



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK INDIVIDU, PSIKOLOGIS DAN
ORGANISASI DENGAN PERILAKU PENDOKUMENTASIAN
ASUHAN KEPERAWATAN UNIT RAWAT INAP RS.MH.THAMRIN
PURWAKARTA TAHUN 2011**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit

TRISNA BUDY WIDJAYANTI

1006799981

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARAJANA
KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
DEPOK, JANUARI 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK INDIVIDU,
PSIKOLOGIS DAN ORGANISASI DENGAN PERILAKU
PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN
UNIT RAWAT INAP RS.MH.THAMRIN PURWAKARTA
TAHUN 2011**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Administrasi Rumah Sakit

TRISNA BUDY WIDJAYANTI

1006799981

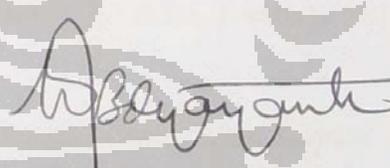
**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM PASCA SARAJANA**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : TrisnaBudyWidjayanti

NPM : 1006799981

TandaTangan : 

Tanggal : Januari 2012

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Trisna Budy Widjayanti
NPM : 1006799981
Program Studi : Kajian Administrasi Rumah Sakit
Tahun Akademik : 2010

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesissaya yan berjudul:

“HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK INDIVIDU, PSIKOLOGIS DAN ORGANISASI DENGAN PERILAKU PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN UNIT RAWAT INAP RS.MH.THAMRIN PURWAKARTA TAHUN 2011”

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Depok, Januari 2012



Trisna Budy Widjayanti
(Trisna Budy Widjayanti)

PERNYATAAN PERSETUJUAN

Tesis dengan Judul:

HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK INDIVIDU, PSIKOLOGIS DAN ORGANISASI DENGAN PERILAKU PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI UNIT RAWAT INAP RS.MH.THAMRIN PURWAKARTA TAHUN 2011

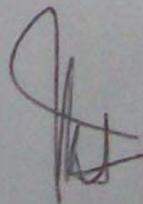
Telah disetujui, diperiksa dan dipertahankan di hadapan Tim Penguji Tesis

Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit

Program Pasca Sarjana Universitas Indonesia

Depok, 20 Januari 2012

PEMBIMBING



(Dr. drg. Mardiaty Najib. M.Sc)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : Trisna Budy Widjayanti
NPM : 1006799981
Program Studi : Magister Administrasi Rumah Sakit
Judul Thesis :

Hubungan Antara Karakteristik Individu, Psikologis Dan Organisasi Dengan Perilaku Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Unit Rawat Inap RS.MH.Thamrin Purwakarta Tahun 2011

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit pada Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. drg. Mardiaty Najib M.S c ()
Penguji : Puput Oktamiviani SKM, MM ()
Penguji : Dr. Dra. Dumilah Ayuningtyas MARS ()
Penguji : Dr. Nina Rosyina MARS ()
Penguji : Sumijatun S.Kep., MARS ()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 20 Januari 2012

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM PASCA SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT

Tesis, Januari 2012

TrisnaBudyWidjayanti

Hubungan Antara Karakteristik Individu, Psikologis Dan Organisasi Dengan Perilaku Pendokumentasian AsuhanKeperawatan Unit Rawat Inap RS.MH.ThamrinPurwakartaTahun 2011

ABSTRAK

Peraturan tentang praktik keperawatan mengharuskan perawat mendokumentasikan setiap pelayanan asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien. Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat pembuktian atas tindakan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan karakteristik individu, psikologis dan organisasi terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit MH. Thamrin Purwakarta. Subjek penelitian ini menggunakan total populasi (perawat yang bertugas di unit rawat inap) yang terdiri dari 52 orang perawat.

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa usia, tingkat pendidikan, lama kerja, status kepegawaian, motivasi, persepsi, imbalan, supervisi, dan desain kerja berhubungan dengan perilaku perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Kata Kunci: Dokumentasi Asuhan Keperawatan, Kinerja Perawat

UNIVERSITY OF INDONESIA
FACULTY OF PUBLIC HEALTH
HOSPITAL ADMINISTRATION STUDY PROGRAM

Thesis, January 2012

TrisnaBudyWidjayanti

The Relationship Between Individual Characteristic, Psychological and Organizational and Behavior In Nursing Documentation

xvii +73 pages + 10 tables + 7 pictures + 3 attachments

ABSTRACT

Regulation of nursing practice requires nurses to document any nursing care services provided to patients. Nursing documentation in the form of documents nursing care is one means of proof for the actions of nurses during duty nursing services.

This study aims to analyze the relationship of individual characteristics, psychological and organization of documentation of nursing care at the Hospital MH.ThamrinPurwakarta. The subject of this study using the total population (nurses who served in the inpatient unit) consisting of 52 nurses.

The results of this study showed that age, education level, length of employment, employment status, motivation, perception, remuneration, supervision, and design work associated with the behavior of nurses in nursing care documentation.

Keywords: Documentation of Nursing Care, Nurse Performance

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

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

Nama : TRISNA BUDY WIDJAYANTI
NPM : 1006799981
Program Studi : KAJIAN ADMINISTRASI RUMAH SAKIT
Fakultas : FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
Jenis karya : Tesis

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

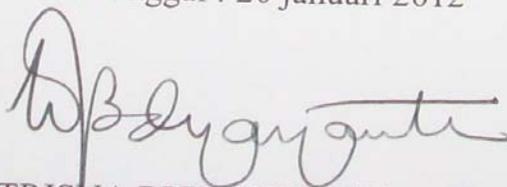
HUBUNGAN ANTARA KARAKTERISTIK INDIVIDU, PSIKOLOGIS DAN ORGANISASI DENGAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN UNIT RAWAT INAP RS.MH.THAMRIN PURWAKARTA TAHUN 2011

beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak. Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalih media/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 20 januari 2012



(TRISNA BUDY WIDJAYANTI)

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa karena atas berkat dan rahmat-Nya dapat menyelesaikan Tesis ini. Tesis ini diajukan oleh penulis sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Administrasi Rumah Sakit. Dalam menyelesaikan tesis ini, penulis banyak mendapatkan bantuan serta dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya penulis haturkan untuk:

1. Dr. drg. Mardiaty Najib ,M.Sc. selaku pembimbing akademik yang telah menyediakan waktu, tenaga, dan pikiran untuk memberikan pengarahan dan masukan kepada penulis dalam penyusunan Tesis ini.
2. Dr. Nina Rosyina,MARS selaku pembimbing lapangan yang senantiasa memberikan masukan dan motivasi serta pencerahan kepada penulis dalam penyusunan Tesis ini.
3. Puput Oktamianti SKM,MM selaku penguji atas segala masukan dan koreksi dalam penyusunan Tesis ini
4. Dr. Dumilah Ayuningtyas selaku penguji atas segala masukan dan koreksi dalam penyusunan Tesis ini.
5. Ibu Sumijatun, S.Kp, MARS selaku penguji atas segala masukan dan koreksi dalam penyusunan Tesis ini.
6. Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas, Indonesia, yang telah memberi kesempatan kepada penulis untuk dapat belajar dan menggali ilmu
7. Seluruh dosen Program Studi Kajian Administrasi Rumah Sakit, Universitas Indonesia yang telah berkenan membuka cakrawala ilmu pengetahuan kepada penulis
8. Seluruh perawat dan karyawan di RS.MH.Thamrin Purwakarta yang memberikan informasi dan data yang berguna dalam penyusunan Tesis ini.

9. Ayesha Macherie, putriku tersayang yang telah memberikan pengertian dan dukungan yang luar biasa walau banyak waktu kebersamaanmu dengan mama tersita oleh waktu kuliah dan tugas-tugas, namun cahaya ketulusanmu yang tidak pernah sirna dan penuh cinta membuat mama optimis meraih mimpi indah kita ke depan.
10. Letkol Laut (T) Aditya Kumara ST,M.Sc yang telah banyak memberikan pelajaran hidup berharga bagi penulis.
11. Seluruh teman-teman KARS Reguler 2010 yang merupakan sumber motivasi bagi penulis dalam menyelesaikan Tesis ini.

Akhir kata, penulis berharap Tuhan yang maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Tesis ini pasti memiliki banyak kekurangan sehingga penulis membutuhkan saran dan kritik yang membangun. Demikian dengan kerendahan hati, tesis ini penulis persembahkan dengan harapan semoga bisa bermanfaat bagi semua pihak.

Depok, Januari 2012

Penulis

RIWAYAT HIDUP PENULIS

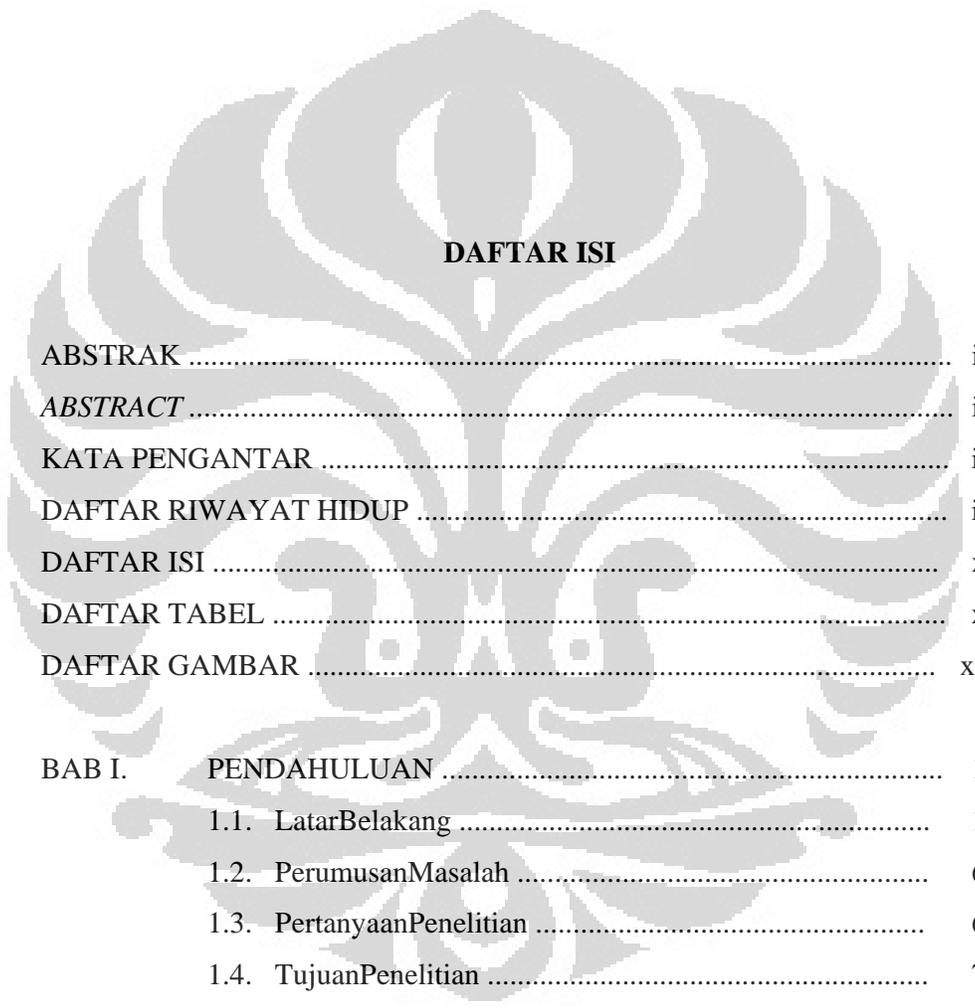
Nama : Trisna Budy Widjayanti
Tempat / Tgl Lahir : Jakarta, 1 November 1971
Alamat : Citra Gran Blok I-7 no. 38, Cibubur-Bekasi

Riwayat Pendidikan:

1. SDN 08 Jakarta Selatan (1978-1984)
2. SMPN 12 Jakarta Selatan (1984-1987)
3. Brandywine High Scholl, Michigan USA (1989-1990)
4. SMAN 6 Jakarta Selatan (1987-1991)
5. Fakultas Kedokteran Gigi Universitas Indonesia (1991-1996)

Riwayat Pekerjaan:

- Koordinator Poli Gigi Rumah Sakit MH . Thamrin Cileungsi
- Manajer Penunjang Medis RS. MH.Thamrin Cileungsi
- Puket I STIKES MH.Thamrin Pondok Gede Jakarta
- Ka. STIKES MH.Thamrin Pondok Gede Jakarta



DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
<i>ABSTRACT</i>	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR RIWAYAT HIDUP	ix
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1.1. LatarBelakang	1
1.2. PerumusanMasalah	6
1.3. PertanyaanPenelitian	6
1.4. TujuanPenelitian	7
1.5. ManfaatPenelitian	7
1.6. RuangLingkupPenelitian	8
BAB II. TINJAUAN PUSTAKA	9
2.1. Kinerja.....	9
2.2. PenilaianKinerja.....	10

2.3.	Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja.....	12
2.4.	Karakteristik Individu.....	13
2.5.	Karakteristik Psikologis.....	19
2.6.	Karakteristik Organisasi.....	22
2.7.	Dokumentasi Keperawatan.....	26
2.7.1.	Pengertian Dokumentasi Keperawatan.....	26
2.7.2.	Manfaat Dokumentasi Keperawatan.....	26
2.8.	Proses Keperawatan	29
2.9.	Tahap-Tahap Proses keperawatan	30
BAB III.	GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT	34
3.1.	Sejarah RS.MH.Thamrin Purwakarta.....	34
3.2.	Visi Misi, Moto, Falsafah RS.MH.Thamrin Purwakarta.....	35
3.3.	Struktur Organisasi RS.MH.Thamrin Purwakarta.....	35
3.4.	Ketenagaan RS.MH.Thamrin Purwakarta.....	37
3.5.	Fasilitas dan Pelayanan.....	39
3.5.1.	Fasilitas gedung dan bangun.....	39
3.5.2.	Fasilitas Pelayanan Medis.....	39
3.5.3.	Fasilitas Ruangan.....	40
3.5.4.	Fasilitas Pendukung.....	41
3.5.5.	Fasilitas Layanan Medis Unggulan.....	42
3.6.	Kinerja MH.Thamrin Purwakarta.....	43
BAB IV.	KERANGKA TEORI, KERANGKA KONSEP, DEFINISI KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL, DAN HIPOTESIS	44
4.1.	Kerangka Teori	44
4.2.	Kerangka Konsep	46
4.3.	Hipotesis	47
4.4.	Definisi Operasional	47
BAB V.	METODOLOGI PENELITIAN	62

5.1.	Jenis Penelitian	62
5.2.	Lokasi dan Waktu Penelitian	62
5.3.	Populasi dan Sampel	62
5.4.	Metode Pengumpulan Data	63
5.4.1.	Sumber Data.....	63
5.4.2.	Instrumentasi.....	63
5.4.3.	Cara Pengumpulan Data	64
5.5.	Pengolahan dan Analisa data.....	65
5.5.1.	Pengolahan Data	65
5.5.2.	Analisa Data	65
BAB VI.	HASIL PENELITIAN	71
6.1.	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	71
6.2.	Karakteristik Individu	71
6.3.	Karakteristik Psikologis dan Organisasi.....	73
6.4.	Hubungan Karakteristik Individu, Psikologis & Organisasi dengan Perilaku Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	79
6.5.	Hubungan Variabel Bebas dengan Perilaku Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	80
BAB VII.	PEMBAHASAN	84
7.1.	Keterbatasan Penelitian	84
7.2.	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	84
7.3.	Hubungan Usia Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	91
7.4.	Hubungan Jenis Kelamin Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	91
7.5.	Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	91
7.6.	Hubungan Lama Kerja Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	94

7.7. Hubungan Status Kepegawaian Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	95
7.8. Hubungan Status Pernikahan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	96
7.9. Hubungan Motivasi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	97
7.10. Hubungan Persepsi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	99
7.11. Hubungan Supervisi Dengan Pendokumentasian Asuhan keperawatan.....	101
7.12. Hubungan Imbalan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.....	102
7.13. Hubungan Desain Dengan Pendokumentasian Asuhan keperawatan.....	103
BAB VIII. KESIMPULAN DAN SARAN	105
8.1. Kesimpulan	105
8.2. Saran	107
DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN	



DAFTAR GAMBAR

2.1	Faktororganisasionaldanmanusiadalamstemsosioteknikal	11
2.2	Faktor yang mempengaruhikeluarankeselamatanpasien	11
2.3.	Pendekatanstudikepemimpinan	18
4.1.	Kerangkateori	37
4.2.	Kerangkakonsept	38
6.1.	Model kerangkakonsepdenganindikator	49
6.2.	Algoritma PLS	50

DAFTAR TABEL

- Tabel 1.1. Jumlah dokumen asuhan keperawatan yang tidak lengkap dan jumlah total dokumen asuhan keperawatan periode Maret-Juli tahun 2011
- Tabel 3.1. Ketenagaan (Medis, Paramedis, Non Medis) RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2011-2012
- Tabel 3.2. Ketenagaan Menurut Jenis Kelamin di RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2011-2012
- Tabel 3.3. Ketenagaan Menurut Tingkat Pendidikan di RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2011-2012
- Tabel 3.4. Ketenagaan Menurut Usia di RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2011-2012
- Tabel 3.5. Kinerja Pelayanan RS.MH.Thamrin Purwakarta Tahun 2009-2011
- Tabel 6.1. Deskripsi Persepsi Perawat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menurut Tahapan Proses Asuhan keperawatan
- Tabel 6.2. Distribusi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menurut Tahapan Proses Asuhan keperawatan
- Tabel 6.3. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Pengkajian Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
- Tabel 6.4. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Diagnosa Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
- Tabel 6.5. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Perencanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
- Tabel 6.6. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Implementasi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
- Tabel 6.7. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Evaluasi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan
- Tabel 6.8. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Praktek Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tabel 6.9. Distribusi Perawat Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Menikah, dan Status Kepegawaian Unit Rawat Inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

Tabel 6.10. Distribusi Perawat Menurut Usia dan Lama Kerja Unit Rawat Inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

Tabel 6.11. Deskripsi Karakteristik Psikologis dan Organisasi Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tabel 6.12. Hubungan Karakteristik Individu, Psikologis & Organisasi dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tabel 6.13. Hubungan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan menurut Tingkat Pendidikan, Status Menikah dan Jenis Kelamin

Table 6.14. Tabel Seleksi Pemodelan Hubungan Variabel Bebas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tabel 6.15. Pemodelan Awal Hubungan Variabel Bebas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tabel 6.16. Pemodelan Akhir Hubungan Variabel Bebas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

DAFTAR TABEL

5.1	Kriteriapenilaianberdasarkanpersentase	
6.1	Karakteristikresponden	47
6.2.	UjiKarakteristikrespondenterhadapsemuavariabel	48
6.3.	Distribusiindikator	51
6.4.	<i>Outer loadings</i>	
6.5.	<i>Cross loading</i>	52
6.6.	<i>Average Variance Extracted (AVE)</i>	53
6.7.	<i>Composite reability</i>	54
6.8	<i>Cronbach's Alpha</i>	54
6.9.	<i>R-square</i>	55
6.10.	<i>Path Coefficients</i>	56
6.11.	Pengaruhlangsungdantidaklangsungantarvariabel	57

BAB I

PENDAHULUAN

1.1. LATAR BELAKANG.

Rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang memiliki peran sangat strategis dalam upaya peningkatan derajat kesehatan masyarakat. Hal ini disebabkan rumah sakit merupakan fasilitas kesehatan yang padat teknologi dan padat tenaga ahli. Perubahan epidemiologi penyakit, perubahan struktur demografis, perkembangan ilmu dan teknologi, serta perubahan sosio ekonomi di masyarakat menuntut perubahan pola pelayanan kesehatan yang sanggup memenuhi kebutuhan masyarakat dan tuntutan pelayanan yang lebih bermutu.

Perubahan sistem pelayanan kesehatan di Indonesia memberi pengaruh terhadap dokumentasi keperawatan dalam praktik keperawatan profesional. Semua catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan memiliki nilai hukum. Dokumentasi menjadi sangat penting sebagai bukti otentik bila sewaktu-waktu terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai konsumen.

Berdasarkan Permenkes No. 269/Menkes/Per III/2008, dinyatakan bahwa rekam medik adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Jelas sekali dinyatakan bahwa rekam medik berisikan berkas catatan baik catatan medik (dokter) maupun catatan perawat dan atau catatan petugas kesehatan lain yang berkolaborasi melakukan upaya pelayanan kesehatan dimaksud. Selain itu rekam medik juga berisikan dokumen yang dapat terdiri dari lembaran expertise pemeriksaan radiologi, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan EKG dll.

Berdasarkan hal diatas serta melihat pada tanggung jawab atas tugas profesi dengan segala risiko tanggung gugatnya dihadapan hukum, maka dokumentasi keperawatan memang benar diakui eksistensinya dan keabsahannya serta mempunyai kedudukan yang setara dengan dokumen medik lain. Dengan demikian dapat dipahami bahwa Undang-undang,Peraturan Pemerintah dan Permenkes yang berisikan tentang kewajiban tenaga kesehatan untuk mendokumentasikan hasil kerjanya didalam rekam kesehatan juga berlaku untuk profesi keperawatan.

Namun pada kenyataannya meskipun telah ada peraturan tentang praktik keperawatan dan rekam medik, Sebagian perawat merasakan bahwa dalam melaksanakan pendokumentasian proses keperawatan bukanlah menjadi kewajiban profesi melainkan sebagai suatu beban (Keliat,et al., 1998). Pernyataan ini didukung dengan hasil evaluasi dokumentasi asuhan keperawatan pada beberapa rumah sakit umum yang menunjukkan bahwa kemampuan perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan rata-rata kurang dari 60%, sedangkan hasil evaluasi dokumentasi keperawatan pada dua rumah sakit jiwa rata-rata kurang dari 40% yang memenuhi kriteria (Keliat,et al.,1998).

Radjak Grup mendirikan rumah sakit MH. Thamrin Purwakarta dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat Purwakarta dan sekitarnya. Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta sebagai rumah sakit umum sesuai dengan misinya antara lain menyelenggarakan layanan kesehatan secara professional, bermutu tinggi dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat; Memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan pelanggan dan senantiasa mengikuti perkembangan teknologi; Menciptakan lingkungan kerja yang mendorong kreatifitas karyawan untuk bekerja maksimal akan selalu terus memberikan kontribusi yang lebih besar dalam bidang kesehatan.

Sebagai rumah sakit umum yang mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2009 dengan nomor ijin rumah sakit 666/045.9/DALKES/IX/2007 Rumah sakit MH.Thamrin Purwakarta memiliki tugas pokok memberikan pelayanan kesehatan kepada

masyarakat juga memiliki kewajiban untuk membuat rekam medis dan dokumentasi asuhan keperawatan sesuai Berdasarkan Permenkes No. 269/Menkes/Per III/2008.

Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta juga dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan kesehatan dan perlindungan kepada pasien dalam persiapan melakukan akreditasi, berusaha menerapkan SOP (*Standard Operating Procedure*) dengan baik sehingga pasien terlindung dari malpraktik. Dengan ditetapkannya UU No. 29 tahun 2004 tentang Praktek Kedokteran maka akreditasi rumah sakit menjadi semakin penting untuk diikuti oleh rumah sakit MH.Thamrin Purwakarta. Dengan mengikuti program akreditasi, berarti rumah sakit MH.Thamrin Purwakarta telah melakukan pelayanan dan perlindungan secara menyeluruh terhadap pasien. Karena itu, untuk menghindari hal – hal yang tidak diharapkan, rumah sakit MH.Thamrin purwakarta harus mempunyai aturan – aturan yang wajib dilaksanakan seperti *hospital by laws*, *medical staf by laws*, pedoman medico – legal dan SOP – SOP yang terkait dengan pelayanan profesi.

Berdasarkan pada Peraturan Permenkes No. 269/Menkes/Per III/2008 di atas maka tenaga keperawatan berkewajiban mendokumentasikan setiap asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien di sarana pelayanan yang menyelenggarakan upaya kesehatan.

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah sesuatu yang mutlak harus ada di setiap sarana pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit. Dokumen adalah catatan dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu, laporan hasil pemeriksaan penunjang, catatan observasi dan pengobatan harian dan semua rekaman, baik berupa foto radiologi, gambar pencitraan dan rekaman elektro diagnostik. Dalam Permenkes ini juga rekam medis pasien rawat inap adalah data pasien rawat inap yang dimasukkan dalam *medical record* yang salah satunya yaitu pelayanan lain yang telah diberikan oleh tenaga kesehatan tertentu yakni perawat berupa dokumentasi asuhan keperawatan.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan melalui observasi yang dilakukan penulis ternyata pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dirasakan masih belum sesuai standar yang diharapkan. Kondisi ini diakui oleh Manajer Keperawatan RS.MH.Thamrin Purwakarta pada saat wawancara dengan penulis yang menyebutkan pendokumentasian asuhan keperawatan belum dilaksanakan secara komprehensif khususnya pada ruang rawat inap yang seharusnya memiliki dokumentasi keperawatan sejak pasien masuk hingga pulang yang lengkap dan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.

Dokumentasi asuhan keperawatan ini merupakan salah satu alat komunikasi antar perawat, penting untuk menghindari pemutar-balikan fakta dan untuk mencegah kehilangan informasi. Dalam studi pendahuluan melalui wawancara didapatkan informasi bahwa terdapat keluhan yang berulang kali dari bagian Keuangan dan marketing di “*morning meeting*” tentang kurang lengkapnya dokumentasi asuhan keperawatan yang turut berperan dalam pemberian pelayanan berkualitas kepada klien pihak penjamin khususnya Jamsostek. Dokumentasi asuhan keperawatan diharapkan dapat menjadi dokumen penunjang yang menjelaskan lebih rinci tentang rekam medik.

Dari wawancara yang dilakukan terhadap bagian Marketing, dokumentasi asuhan keperawatan dikeluhkan antara lain berupa kurang lengkapnya informasi yang menyangkut tanggal, waktu pencatatan, banyaknya coretan pada dokumen asuhan keperawatan yang tidak jelas, terkadang penggunaan bahasa gaul (seperti : terapi dilanjutkan ajah deh), Penggunaan bahasa atau kalimat yang tidak baku sesuai tata bahasa Indonesia yang baik.

Dari hasil penelusuran data yang dilakukan oleh peneliti ditemukan persentase dokumentasi asuhan keperawatan yang dikeluhkan tidak lengkap oleh bagian keuangan saat melakukan konfirmasi asuhan keperawatan hampir menunjukkan lima puluh persen dari jumlah total dokumen pasien di unit rawat inap.

Tabel 1.1. Jumlah dokumen asuhan keperawatan yang tidak lengkap dan jumlah total dokumen asuhan keperawatan periode Maret-Juli tahun 2011

	Maret	April	Juni
Total dokumentasi asuhan keperawatan	194	179	198
Total dokumentasi yang tidak lengkap	114 (59%)	106 (59%)	106 (54%)

Permenkes HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat disebutkan bahwa asuhan keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a meliputi pengkajian, penetapan diagnose keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan. Implementasi keperawatan sebagaimana dimaksud pada ayat 4 meliputi penerapan perencanaan dan pelaksanaan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan sebagaimana yang dimaksud meliputi pelaksanaan prosedur keperawatan, observasi keperawatan, pendidikan dan konseling kesehatan.

Standar pelayanan keperawatan menurut Depkes RI 2001 adalah meliputi:

- a. Standar 1 : falsafah keperawatan,
- b. Standar 2 : tujuan asuhan keperawatan,
- c. Standar 3 : pengkajian keperawatan,
- d. Standar 4 : diagnose keperawatan,
- e. Standar 5 : perencanaan keperawatan,
- f. Standar 6 : intervensi keperawatan,
- g. Standar 7 : Evaluasi keperawatan,
- h. Standar 8 : Catatan asuhan keperawatan

Dokumentasi yang kurang terutama karena format pengkajian yang dijadikan pedoman belum mencantumkan secara lengkap jenis data yang harus dikaji, khususnya pada data aspek psikologis, sosial dan spiritual. Pada perencanaan asuhan keperawatan juga belum dituliskan secara jelas tujuan dan kriteria hasil dari tindakan yang akan dilakukan sehingga dapat berpengaruh pada pencatatan evaluasi, karena evaluasi ini didasarkan pada kriteria keberhasilan dalam perencanaan. Dengan melihat hasil survey tersebut diatas menunjukkan bahwa mutu pelayanan keperawatan masih rendah dan asuhan keperawatan belum terlaksana sesuai dengan standar.

Pada pasal 12 Permenkes HK.02.02/Menkes/148/I/2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat disebutkan perawat wajib melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis. Dan berkewajiban meminta persetujuan tindakan keperawatan yang akan dilakukan terhadap pasien.

Wawancara mendalam dengan manajer keperawatan menyebutkan bahwa beberapa kali sudah dilakukan sikap proaktif untuk menindaklanjuti keluhan dari bagian keuangan dengan antara lain memberikan teguran lisan yang sifatnya menyampaikan keluhan dari unit lain kepada bagian keperawatan. Namun hal ini ternyata tidak memberikan perubahan yang signifikan.

Bertitik tolak dari semua penemuan di atas diduga bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta masih belum sesuai dengan standar yang diharapkan, sehingga perlu diketahui apakah ada hubungan karakteristik individu, faktor psikologis dan faktor organisasi dengan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.

1.2. PERUMUSAN MASALAH

Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta masih belum sesuai dengan standar yang diharapkan sehingga perlu diketahui lebih rinci mengenai hubungan individu (Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Lama Kerja, Status kepegawaian), karakteristik psikologis (motivasi dan persepsi terhadap pekerjaan), dan karakteristik organisasi (kepemimpinan, imbalan, desain pekerjaan) dengan dengan perilaku pendokumentasi asuhan keperawatan pada perawat di unit rawat inap Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta.

1.3. PERTANYAAN PENELITIAN

- 1.3.1. Bagaimana gambaran karakteristik individu, psikologis dan organisasi dan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat unit rawat inap di Rumah Sakit MH. Thamrin Purwakarta?
- 1.3.2. Bagaimana hubungan karakteristik individu dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat di unit rawat inap Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta?
- 1.3.3. Bagaimana hubungan karakteristik psikologis dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat di unit rawat inap Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta?
- 1.3.4. Bagaimana hubungan karakteristik organisasi dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat unit rawat inap Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta?

1.4. TUJUAN PENELITIAN

1.4.1. Tujuan Umum

Mengetahui faktor-faktor yang berhubungan dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat di unit rawat inap Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta.

1.4.2. Tujuan Khusus

- a) Mengetahui gambaran karakteristik individu, psikologis dan organisasi dan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat unit rawat inap di Rumah Sakit MH. Thamrin Purwakarta.
- b) Mengetahui hubungan karakteristik individu dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat di unit rawat inap Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta.
- c) Mengetahui hubungan karakteristik psikologis dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat di unit rawat inap Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta.
- d) Mengetahui hubungan karakteristik organisasi dengan perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat unit rawat inap Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta.

1.5. MANFAAT PENELITIAN.

1. Bagi Rumah Sakit Sebagai bahan evaluasi dan informasi yang berguna bagi manajemen keperawatan rumah sakit dalam menetapkan kebijakan tentang sistem pendokumentasian asuhan keperawatan yang baku dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.

2. Diharapkan dengan penulisan ini dapat memperkaya bahasan masalah manajemen Sumber Daya Manusia di bidang Keperawatan yang berhubungan dengan kinerja perawat.

1.6. RUANG LINGKUP PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian kuantitatif terkait Kinerja Perawat dengan mengambil domain khusus perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan meliputi Pengkajian, Diagnosa Keperawatan, Perencanaan, Implementasi, Evaluasi dan Praktek Dokumentasi Asuhan Keperawatan. Variabel yang diduga mempengaruhi hal tersebut adalah karakteristik individu (Umur, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Lama Kerja, Status kepegawaian), karakteristik psikologis (motivasi dan persepsi terhadap pekerjaan), dan karakteristik organisasi (kepemimpinan, imbalan, desain pekerjaan).

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1. Kinerja

Berdasarkan KepMenKes 857/Menkes/SK/IX/2009 Pembangunan kesehatan berdasarkan Rencana Pembangunan Jangka Panjang Nasional bidang kesehatan tahun 2005-2025 diselenggarakan antara lain dengan meningkatkan sumber daya manusia kesehatan. Untuk mendukung hal tersebut disusunlah strategi pembangunan kesehatan yang diantaranya adalah strategi pengembangan dan pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan. Dalam Sistem Kesehatan Nasional 2009, upaya pengembangan dan pemberdayaan Sumber Daya Manusia kesehatan meliputi: upaya perencanaan, pengadaan, pendayagunaan serta pembinaan dan pengawasan SDM kesehatan untuk mendukung penyelenggaraan pembangunan kesehatan guna meningkatkan derajat kesehatan masyarakat setinggi-tingginya. Rumah sakit sebagai sub sistem upaya kesehatan mempunyai peranan yang sangat strategis sebagai institusi pelaksana teknis, sehingga dituntut memiliki kemampuan dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan melalui peningkatan kinerja Sumber Daya Manusiannya.

Menurut Thoha (2004) yang dikutip dari pendapat Kurb mengemukakan bahwa kinerja adalah suatu hasil pekerjaan yang merupakan gabungan dari karakteristik pribadi dan pengorganisasian seseorang. Pengertian lain dari kinerja adalah penampilan hasil karya baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personal. Penampilan hasil karya tidak terbatas kepada personal yang memegang jabatan fungsional maupun struktural, tetapi juga kepada keseluruhan jajaran personal dalam organisasi. (Ilyas, 2002)

Deskripsi dari kinerja menyangkut 3 (tiga) komponen penting yaitu: tujuan, ukuran dan penilaian. Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan ini akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap personel. Walaupun demikian, penentuan tujuan saja tidaklah kinerja. Untuk itu ukuran kuantitatif dan kualitatif standar kinerja untuk setiap tugas dan jabatan personel memegang peranan penting. Perilaku yang sesuai dengan tuntutan pekerjaan akan meningkatkan kinerja (Wibowo,2007)

Aspek ketiga dari definisi kinerja adalah penilaian. Penilaian Kinerja adalah proses menilai hasil karya sumber daya manusia dalam suatu organisasi melalui instrument penilaian kinerja. Instrumen adalah alat yang digunakan untuk mengukur kinerja sumber daya manusia yang terdiri dari variable yang dinilai, bobot dan skor. (Ilyas, 2002)

Kinerja dapat diukur melalui keluaran atau hasilnya (As'ad,2000). Kinerja dapat dianggap sebagai suatu catatan keluaran hasil suatu fungsi jabatan kerja atau seluruh aktivitas kerjanya, dalam periode tertentu.

Suatu organisasi dapat berkembang merupakan keinginan setiap individu yang ada di dalam organisasi tersebut, sehingga diharapkan dengan perkembangan tersebut organisasi mampu bersaing dan mengikuti kemajuan zaman. Kemajuan organisasi dipengaruhi faktor-faktor lingkungan yang bersifat eksternal dan internal.

Menurut Soeprihanto (2000), kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam suatu organisasi, sesuai dengan wewenang dan tanggungjawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral dan etika.

Dalam pelayanan kesehatan sangat penting untuk memiliki instrumen penilaian kinerja yang efektif bagi tenaga profesional. Proses evaluasi kinerja bagi profesional menjadi bagian terpenting

dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi (Ilyas,2002)

2.2. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja adalah merupakan cara pengukuran kontribusi-kontribusi dari individu dalam instansi yang dilakukan terhadap organisasi. Nilai penting dari penilaian kinerja adalah menyangkut penentuan tingkat kontribusi individu atau kinerja yang diekspresikan dalam menyelesaikan tugas-tugas yang menjadi tanggungjawabnya (Rosidah, 2005).

Kinerja perawat adalah aktivitas perawat dalam mengimplementasikan sebaik-baiknya suatu wewenang, tugas dan tanggungjawabnya dalam rangka pencapaian tujuan tugas pokok profesi dan terwujudnya tujuan dan sasaran unit organisasi (Haryono, 2004).

Kinerja perawat sebenarnya sama dengan prestasi kerja di perusahaan. Perawat ingin diukur kinerjanya berdasarkan standar obyektif yang terbuka dan dapat dikomunikasikan. Jika perawat diperhatikan dan dihargai sampai penghargaan superior, mereka akan lebih terpacu untuk mencapai prestasi pada tingkat lebih tinggi (Neal,2004).

Aktivitas/kegiatan personal (atasan/bawahan) merupakan segala sesuatu yang harus dilakukan oleh setiap orang (pejabat/pegawai) dalam merealisasikan wewenang, tugas dan tanggungjawab pada tugas pokok profesinya. Aktivitas merupakan cerminan dari tingkah laku seseorang, dalam mengimplementasikan sebaik baiknya suatu wewenang, tugas dan tanggungjawabnya dalam rangka pencapaian tujuan tugas pokok profesi dan terwujudnya tujuan dan sasaran unit organisasi.

Aktivitas dan tingkah laku baik seseorang (akuntabilitas spiritual) dapat menjadi jantung kehidupan keseharian setiap sub

bagian/sub bidang, bagian/bidang, unit organisasi serta keseluruhan organisasi agar tetap hidup, berkembang dan punya manfaat dan outcome (Haryono, 2004).

Penilaian Kinerja keperawatan menggunakan metode penerapan dan instrumen penilaian baku (Depkes,2001) yaitu instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan. Tujuan penilaian kinerja perawat menurut Murray adalah mempertahankan perawatan dengan tingkat kompetensi yang aman, memenuhi tujuan organisasi, membangun pengembangan ke arah profesionalisme, dan mengembangkan ide-ide untuk riset keperawatan klinik (Murray,1997)

Penilaian kinerja adalah proses penilaian yang dilakukan pemimpin atau atasan untuk mengevaluasi bawahan dengan cara membandingkan uraian pekerjaan yang telah disusun sebelumnya (standar kerja) dengan pekerjaan yang dilakukan bawahan dan memberikan umpan balik untuk kesesuaian tingkat kerja.

Menurut Soeprihanto (2000), Penilaian Kinerja adalah suatu sistem yang digunakan untuk menilai dan mengetahui apakah seorang karyawan telah melaksanakan pekerjaannya masing-masing secara keseluruhan. Sedangkan Dale Furtwengler (2002), mengatakan bahwa kinerja dapat diukur melalui empat aspek kinerja yaitu kecepatan, kualitas, layanan dan nilai.

Banyak komponen yang dinilai dari karyawan, tergantung dari kedudukan seseorang yang mau dinilai, karena setiap level tertentu akan berbeda tentang komponen kinerja yang akan dinilai. Umar membagi komponen kinerja meliputi mutu pekerjaan, kejujuran karyawan, inisiatif, kehadiran, sikap, kerjasama, tanggungjawab dan pemanfaatan waktu kerja (Umar,2008).

Mangkunegara berpendapat dimana komponen yang dinilai dalam kinerja karyawan terdiri dari pengetahuan tentang pekerjaan, kualitas kerja, produktivitas, adaptasi dan fleksibilitas, inisiatif dan pemecahan masalah kooperatif dan kerjasama, kendala atau pertanggungjawaban, kemampuan komunikasi dan interaksi, supervisi

dan pengembangan diri bawahan merupakan komponen tambahan (Mangkunegara,2009)

2.3. Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut Gibson (1997) terdapat tiga variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja dari individu terdiri dari variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis.

Variabel individu dikelompokkan pada sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja pengalaman serta sub variabel demografis: usia, asal usul dan jenis kelamin memberikan efek yang tidak langsung kepada kinerja individu.

Usia menurut Gibson (1997) berpengaruh terhadap kinerja individu dimana pada usia 40-54 tahun individu memasuki tahap perawatan yang ditandai dengan usaha stabilisasi dari hasil usaha masa lampaunya. Pada tahap ini individu membutuhkan penghargaan, sebagian individu merasa tidak nyaman secara psikologis pada masa ini yang diakibatkan oleh pengalaman kritis di masa karirnya dimana individu tidak mencapai kepuasan dalam masa kerjanya, kesehatan yang buruk dan perasaan khawatir akan masa kerjanya. Sehingga sebagian individu merasa tidak membutuhkan peningkatan kinerja sampai dengan masa penarikan (55-56 tahun).

Variabel organisasi terdiri dari sumber daya, supervisi, imbalan, struktur, dan desain pekerjaan yang mengatur pekerjaan secara individu maupun kelompok yang dapat mengoptimalkan kemampuan individu mencapai tujuan organisasi.

Variabel psikologis terdiri dari sub variabel persepsi, sikap,kepribadian, belajar dan motivasi. Variabel ini menurut Gibson (1997) banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis ini merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur, juga sulit menyatakan

atau mencapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam suatu organisasi pada usia, etnis, latar belakang budaya, dan ketrampilan berbeda satu dengan lainnya.

2.4. Karakteristik Individu

Sumber daya yang terpenting dalam organisasi adalah sumber daya manusia, orang-orang yang memberikan tenaga, bakat, kreativitas, dan usaha mereka kepada organisasi agar suatu organisasi dapat tetap eksistensinya. Setiap manusia memiliki karakteristik individu yang berbeda antara satu dengan yang lainnya. Berikut ini beberapa pendapat tentang karakteristik individu.

Robbins (2005) menyatakan bahwa faktor faktor yang mudah didefinisikan dan tersedia, data yang dapat diperoleh sebagian besar dari informasi yang tersedia dalam berkas personalia seorang pegawai mengemukakan karakteristik individu meliputi usia, jenis kelamin, status perkawinan, banyaknya tanggungan dan masa kerja dalam organisasi.

Siagian (2008) menyatakan bahwa, “karakteristik biografikal (individu) dapat dilihat dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, jumlah tanggungan dan masa kerja”.

Menurut Morrow menyatakan bahwa komitmen organisasi dipengaruhi oleh karakter personal (individu) yang mencakup usia, masa kerja, pendidikan dan jenis kelamin (Prayitno,2002)

Dari pendapat Robbins dan Siagian di atas yang membentuk karakteristik individu dalam organisasi meliputi: usia, jenis kelamin, status perkawinan, masa kerja, dan jumlah tanggungan.

Menurut Mathias (2001) ada empat karakteristik individu yang mempengaruhi bagaimana orang-orang membuat karir, yaitu:

1. Minat, orang cenderung mengejar karir yang mereka yakini cocok dengan minat mereka;

2. Jati diri, karir merupakan perpanjangan dari jati diri seseorang dan juga hal yang membentuk jati diri;
3. Kepribadian, faktor ini mencakup orientasi pribadi karyawan dengan kebutuhan individual, latihan ,kekuasaan, dan kepribadian.
4. Latar belakang social, status sosial ekonomi dan tingkat pendidikan, seorang karyawan merupakan faktor yang berfungsi dalam kategori.

Sejalan dengan itu, Robbins (2001) mengungkapkan karakteristik individu meliputi umur, jenis kelamin, status pernikahan, keahlian, banyaknya tanggungjawab dan status masa kerja.

2.4.1. Usia

Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas karyawan. Kedewasaan adalah tingkat kedewasaan teknis dalam melaksanakan tugas-tugas maupun kedewasaan psikologis. Umumnya kinerja personil meningkat sejalan dengan peningkatan usia pekerja.

Dyne dan Graham (2005) menyatakan bahwa, “ pegawai yang berusia lebih tua cenderung lebih mempunyai rasa keterikatan atau komitmen pada organisasi dibandingkan dengan yang berusia muda sehingga meningkatkan loyalitas mereka pada organisasi. Hal ini bukan saja disebabkan karena lebih lama tinggal di organisasi, tetapi dengan usia tuanya tersebut, makin sedikit kesempatan pegawai untuk menemukan organisasi.”

Robbins (2003) menyatakan bahwa “semakin tua usia pegawai, makin tinggi komitmennya terhadap organisasi, hal ini disebabkan karena kesempatan individu untuk mendapatkan pekerjaan lain menjadi lebih terbatas sejalan dengan meningkatnya usia. Keterbatasan tersebut di pihak lain dapat meningkatkan persepsi yang lebih positif mengenai atasan sehingga dapat meningkatkan komitmen terhadap organisasi.

Nitisemito (2001) menyatakan bahwa, "Pegawai yang lebih muda cenderung mempunyai fisik yang kuat, sehingga diharapkan dapat bekerja keras dan pada umumnya mereka belum berkeluarga anaknya relative masih sedikit. Tetapi pegawai yang lebih muda umumnya kurang berdisiplin, kurang bertanggungjawab dan sering berpindah pindah pekerjaan dibandingkan pegawai yang lebih tua.

Menurut Siagian (2008), semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknisnya, demikian pula psikologis serta menunjukkan kematangan jiwa. Usia yang semakin meningkat akan meningkat pula kebijaksanaan kemampuan seseorang dalam mengambil keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, dan bertoleransi terhadap pandangan orang lain, sehingga berpengaruh terhadap peningkatan motivasinya

2.4.2. Jenis kelamin

Sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa, manusia dibedakan menurut jenis kelaminnya yaitu pria dan wanita. Robbins (2003) menyatakan bahwa, "tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar. Namun studi-studi psikologi telah menemukan bahwa wanita lebih bersedia mematuhi wewenang dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam memiliki pengharapan untuk sukses.. Bukti yang konsisten juga menyatakanya bahwa wanita mempunyai tingkat kemangkiran yang lebih tinggi daripada pria."

Dyne dan Graham (2005) menyatakan bahwa, "Pada umumnya wanita menghadapi tantangan lebih besar dalam mencapai karirnya, sehingga komitmennya lebih tinggi. Hal ini disebabkan pegawai wanita merasa bahwa tanggungjawab rumah tangganya ada di tangan suami mereka, sehingga gaji atau upah yang diberikan oleh organisasi bukanlah sesuatu yang sangat penting bagi dirinya."

Shye(1991, dalam Ilyas 2002) mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan produktivitas kerja antara perawat wanita dan perawat pria. Walaupun demikian jenis kelamin perlu diperhatikan karena sebagian besar tenaga kesehatan berjenis kelamin wanita dan sebagian kecil berjenis kelamin pria. Pada pria beban keluarga tinggi akan meningkatkan jam kerja perminggu, sebaliknya wanita dengan beban keluarga tinggi akan mengurangi jam kerja perminggu.

Mowday (1982) menyatakan bahwa, “wanita sebagai kelompok cenderung memiliki komitmen terhadap organisasi lebih tinggi dibandingkan dengan pria. Wanita pada umumnya harus mengatasi lebih banyak rintangan dalam mencapai posisi mereka dalam organisasi sehingga keanggotaan dalam organisasi menjadi lebih penting dari mereka”.

2.4.3. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan formal yang semakin tinggi, berakibat pada peningkatan harapan dalam hal karier dan perolehan pekerjaan dan penghasilan. Akan tetapi di sisi lain, lapangan kerja yang tersedia tidak selalu sesuai dengan tingkat dan jenis pengetahuan serta keterampilan yang dimiliki oleh para pencari kerja tersebut (Ellitan, 2003).

Menurut Arfida (2003), terdapat dua konsekuensi yang dihadapi oleh organisasi pengguna tenaga kerja, yaitu:

- Menyelenggarakan pelatihan secara intensif dan terprogram agar para pegawai memiliki pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan
- Menawarkan pekerjaan yang sebenarnya memerlukan pengetahuan dan keterampilan yang lebih rendah dari yang dimiliki oleh para pekerja berkat pendidikan formal yang pernah ditempuhnya apabila diterima oleh pekerja yang bersangkutan berarti tingkat imbalan yang diperoleh lebih rendah dari yang semula diharapkan.

Konfigurasi ketenagakerjaan menuntut kesiapan dan kesediaan manajemen melakukan perubahan, bukan hanya dalam bentuk berbagai kebijaksanaan manajemen SDM, tetapi juga menyangkut kultur organisasi, etos kerja dan persepsi tentang pengakuan terhadap harkat dan martabat manusia.

Salah satu faktor yang dapat meningkatkan produktifitas atau kinerja perawat adalah pendidikan formal perawat. Pendidikan memberikan pengetahuan bukan saja yang langsung dengan pelaksanaan tugas, tetapi juga landasan untuk mengembangkan diri serta kemampuan memanfaatkan semua sarana yang ada di sekitar kita untuk kelancaran tugas. Semakin tinggi pendidikan semakin tinggi produktivitas kerja (Arfida, 2003).

Perusahaan penyedia layanan jasa tidak akan mendapatkan hasil yang memuaskan tanpa adanya pendidikan dan pelatihan yang cukup untuk perawatnya. Bila manajemen berpikir bahwa pendidikan dan pelatihan butuh biaya yang mahal maka bila terjadi kelalaian atau kesalahan dari perawat yang berakibat pada konsumen maka harga yang harus dibayar bisa lebih mahal. Menurut Grossmann (1999), pendidikan merupakan salah satu kebutuhan dasar manusia yang diperlukan untuk pengembangan diri.

Menurut Simanjuntak (1985) semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin tinggi produktivitas kerjanya. Semakin tinggi tingkat pendidikan, semakin mudah mereka menerima serta mengembangkan pengetahuan dan teknologi, sehingga akan meningkatkan produktivitas yang pada akhirnya akan meningkatkan kesejahteraan keluarga. Agar perawat termotivasi untuk meningkatkan kinerjanya, sebaiknya perusahaan menggunakan keterampilan sebagai dasar perhitungan kompensasi. Kepada perawat juga perlu dijelaskan bahwa kompensasi yang diberikan, dihitung berdasarkan keterampilan dan kemampuannya menyelesaikan tugas yang dibebankan kepada perawat. Misalnya: perawat yang mampu menggunakan komputer

dengan terampil, dinilai lebih dari perawat yang hanya mampu mengoperasikan mesin ketik manual.

Pendidikan formal mendasari seorang perawat untuk melakukan analisa dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan kemampuan intelektual, interpersonal dan teknikal yang memadai. Baik perawat lulusan D III keperawatan maupun S1, kedua-duanya mempunyai fungsi untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Namun dengan latar pendidikan yang berbeda maka kualitas dan kelengkapannya pun berbeda, hal tersebut sesuai bekal ilmu yang didapat saat pendidikan.

Banyak teori menyatakan bahwa seseorang yang memiliki tingkat pendidikan formal yang lebih tinggi biasanya memiliki tingkat pemahaman kerja yang lebih baik. Beberapa teori yang mendukung bahwa pendidikan berpengaruh terhadap kinerja individu seperti pendapat Soeprihanto (2000) yang menyatakan, pendidikan formal dapat memberi kesempatan berprestasi yang lebih baik pada diri seorang pekerja.

Rahmat (2004) salah satu faktor situasional yang mempengaruhi perilaku adalah faktor-faktor sosial yang di dalamnya adalah kecerdasan yang diperoleh melalui pendidikan.

2.4.4. .Masa Kerja

Siagian (2008) menyatakan bahwa ,”Masa kerja menunjukkan berapa lama seseorang bekerja pada masing-masing pekerjaan atau jabatan”.

Kreitner dan Kinicki (2004) menyatakan bahwa,”masa kerja yang lama akan cenderung membuat seorang pegawai lebih merasa betah dalam suatu organisasi, hal ini disebabkan diantaranya karena telah beradaptasi dengan lingkungan yang cukup lama sehingga seorang pegawai akan merasa nyaman dengan pekerjaannya. Penyebab

lain juga dikarenakan adanya kebijakan dari instansi atau perusahaan mengenai jaminan hidup di hari tua.

Lama kerja pada seseorang dapat dilihat pada teori motivasi prestasi Mc. Clelland, dimana seseorang akan mempunyai keinginan untuk berprestasi dibandingkan dengan orang lain, karena semakin lama seseorang bertugas di tempat tertentu akan semakin menyatu dengan tempat tugas tersebut sehingga menimbulkan keinginan untuk berprestasi dibandingkan orang lain, karena dia telah merasa menyatu dan telah menguasai pekerjaan tersebut yang tentunya akan membuat seseorang ingin berprestasi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa lamanya bertugas atau lama kerja seseorang membuat seseorang merasa termotivasi untuk menghasilkan yang terbaik dalam melaksanakan tugas.

Masa kerja adalah lamanya seseorang bekerja pada suatu organisasi. Setiap organisasi pelayanan kesehatan menginginkan turn over yang rendah dalam arti tenaga yang aktif yang lebih lama bekerja di kantor tersebut tidak pindah ke unit kerja lain. Siagian (2008) mengatakan bahwa semakin banyak tenaga aktif meninggalkan organisasi dan pindah ke organisasi lain mencerminkan ketidakberesan organisasi tersebut.

Lama kerja seseorang dalam organisasi perlu diketahui karena lama kerja itu dapat merupakan salah satu indikator tentang kecenderungan para karyawan dalam berbagai segi kehidupan organisasi (Siagian,2008).

Anderson (1994) bahwa makin lama pengalaman kerja seseorang, maka semakin terampil petugas tersebut. Biasanya seseorang sudah masa kerja pada bidang tugasnya makin mudah ia memahami tugas dan tanggungjawabnya, sehingga memberi peluang orang tersebut untuk meningkatkan prestasi serta beradaptasi dengan lingkungan dimana ia berada.

2.4.5. Status Kepegawaian

Adanya perbedaan status kepegawaian antara pegawai tetap dengan pegawai honorer menyebabkan kesenjangan antar tenaga perawat yang bekerja dalam satu sarana pelayanan kesehatan dengan status dan penggajian yang berbeda. Selain itu bagi perawat yang tetap peluang ini makin tersa dengan pemberlakuan angka kredit bagi perawat. Sehingga hal ini akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. (BPPSDM Depkes, 2002)

2.4.6. Status Pernikahan

Lembaga Demografi FE UI (2000) menyatakan bahwa, “Status perkawinan adalah ikatan lahir batin antara pria dan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa”.

Soekanto (2003) menyatakan bahwa, “Perkawinan adalah ikatan yang sah antara seorang pria dan wanita yang menimbulkan hak-hak dan kewajiban-kewajiban antara mereka maupun turunannya.”

Menurut Robbins (2003) bahwa pernikahan memaksakan peningkatan tanggungjawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting”.

Menurut Siagian (2008) status perkawinan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif yang berarti bahwa status perkawinan seseorang turut pula memberikan petunjuk tentang cara, dan teknik motivasi yang cocok digunakan baginya dibandingkan dengan orang yang tidak berkeluarga.

Sedangkan menurut Robins (2001) seseorang yang telah menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih

rendah dan lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada rekan kerjanya yang belum menikah, hal ini dapat disebabkan karena perkawinan memaksakan peningkatan tanggungjawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Sehingga di sini dapat dilihat bahwa adanya pengaruh status perkawinan terhadap kinerja seseorang.

2.5.Karakter Psikologis

Karakteristik organisasi merupakan kondisi internal organisasi. Dalam organisasi perlu ada kejelasan karir agar pegawai lebih mudah merencanakan dan melalui jalur jalur karirnya. Karakteristik organisasi yang dimaksud adalah 1. Struktur organisasi, yang mempunyai unsure pembagian kerja, departemenalisasi, hierarki, koordinasi; 2. Budaya organisasi, yang mempunyai unsur artifak, nilai yang mendukung dan asumsi dasar (Agus,2001)

2.5.1. Motivasi

Menurut Stoner (1996) motivasi adalah hal yang menyebabkan dan mendukung perilaku seseorang. Sementara Robbins (1998) menyatakan motivasi merupakan kemampuan untuk berjuang atau berusaha ke tingkat yang lebih tinggi, dengan syarat tidak mengabaikan kemampuannya untuk memperoleh kepuasan dalam bentuk pemenuhan kebutuhan pribadi.

Ini sesuai dengan pendapat Foster dkk (2001) yang menyatakan bahwa meningkatnya Kinerja terkait dengan motivasi yang tinggi untuk melaksanakan tugas dan ketrampilan yang baik. Wexley dkk (1992) menambahkan bahwa kuat lemahnya motivasi seorang pekerja ikut menentukan besar kecilnya prestasi atau baik dan buruknya kinerja.

Menurut pendapat Maslow yang dikutip dalam Atkinson (2004) timbulnya perilaku seseorang pada saat tertentu ditentukan oleh kebutuhan yang memiliki kekuatan yang tinggi, sehingga penting bagi setiap manajer untuk memiliki pemahaman tentang kebutuhan-kebutuhan yang dirasakan penting bagi bawahannya.

Penelitian yang dilakukan oleh Hageman (1993) menemukan hasil atas pertanyaan apa yang memotivasi responden untuk bertindak melakukan sesuatu. Diperoleh hasil bahwa lebih dari 60% responden menjawab berhubungan dengan kebutuhan sosio-psikologis seperti umpan balik, keadilan, rasa memiliki, kejujuran, kredibilitas, kepercayaan, partisipasi dan tanggungjawab. Sekitar 20% jawaban responden berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan intelektualitas seperti pemenuhan diri sendiri, tugas yang menarik, variatif, dan tantangan. Hanya 10% jawaban yang berhubungan dengan faktor materi, sisanya 10% jawaban berkaitan dengan motivasi yang mengikuti kata hatinya.

2.5.2. Persepsi terhadap pekerjaan

Persepsi adalah hasil pengamatan langsung dari individu terhadap obyek melalui alat indra. Stoner (1996) mengatakan bahwa persepsi peran adalah kejelasan peran dalam arti bahwa seseorang pegawai memahami dan menyetujui apa yang diharapkan dari padanya di dalam melaksanakan pekerjaan.

Pengertian persepsi menurut (Koentjaraningrat,2001) adalah akal manusia yang sadar meliputi proses fisik, fisiologis dan psikologis yang mengolah bermacam-macam input sebagai penggambaran lingkungan. Persepsi merupakan perlakuan melibatkan penafsiran melalui proses pemikiran tentang apa yang dilihat, didengar, dialami, atau dibaca sehingga persepsi mempengaruhi tingkah laku, percakapan, serta perasaan seseorang.

Persepsi yang baik harus sengaja diciptakan oleh pimpinan organisasi dengan cara menyampaikan visi, misi, dan tujuan organisasi dalam setiap pertemuan atau rapat-rapat rutin, agar perawat merasa bahwa bekerja adalah untuk mencapai tujuan organisasi rumah sakit yaitu pelayanan yang bermutu. Persepsi perawat yang baik terhadap pekerjaannya akan memberikan motivasi bagi perawat untuk bekerja lebih baik dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Abd.Rahim (2009)

Achua (2004) menyebutkan bahwa kekuatan sebuah organisasi dalam mencapai tujuannya terletak di dalam kemampuan manajemen untuk mendeskripsikan tugas pada bawahan dalam bentuk kerjasama yang kuat dalam tim. Kekuatan Tim dapat dijadikan alat untuk perubahan yang cukup hebat dalam tubuh organisasi dan mereka akan member produk yang cukup baik dalam pelayanan.

Penelitian Sarwastuti (2001) menunjukkan pengaruh persepsi kerja terhadap pendokumentasian dikarenakan oleh system supervisi yang dating dari top manajemen hingga lower manajemen di rumah sakit. Terbentuknya persepsi yang baik ini menciptakan system kerja yang baik. Persepsi yang baik akan membuat perawat berupaya maksimal mungkin untuk meningkatkan kualitas pekerjaan semata-mata untuk kepentingan pasien, rumah sakit dan dirinya sendiri.

Gibson et al (1997) menyebutkan persepsi adalah proses pemberian arti (cognitive) yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya. Karena setiap orang member arti kepada stimulus, maka individu yang berbeda akan melihat hal yang sama dengan cara yang berbeda-beda. Beberapa hal yang menyebabkan perbedaan dalam persepsi antara lain perhatian, harapan seseorang akan rangsangan yang timbul, kebutuhan sistem nilai dan cirri kepribadiannya sehingga setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda-beda terhadap suatu rangsangan.

Rangsangan atau stimulus yang diterima oleh alat sensorik ke otak, sehingga terjadilah suatu proses di otak sehingga individu dapat menyadari apa yang diterima. Proses ini dinamakan proses pengamatan. Setelah proses ini terbentuklah pengamatan, setelah itu terbentuklah persepsi tentang obyek yang baru diamati (Atkinson, 2004)

2.5.3. Sikap

Sikap adalah reaksi atau respon seseorang yang masih tertutup terhadap suatu stimulus atau objek. manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari – hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku (Notoatmodjo, 2003).

2.5.4. Kepribadian

Menurut Wursanto, 2002 kepribadian adalah keseluruhan dari sikap, kelaziman, pikiran, baik biologis maupun psikologis, yang dimiliki seseorang yang dapat mempengaruhi peran dan kedudukannya dalam berbagai kelompok, serta dapat mempengaruhi kesadaran akan diri individu yang bersangkutan. Lebih lanjut Wursanto mengatakan, kepribadian dipengaruhi berbagai faktor antara lain kebudayaan, keturunan, keluarga, kelas sosial dan interaksi kelompok di luar lingkungan keluarga.

2.5.4. Belajar

Menurut Hilgar, ER (Wursanto,2002) belajar merupakan suatu proses timbulnya atau berubahnya tingkah laku melalui prosedur latihan, sebagai perbedaan dari perubahan oleh faktor-faktor yang tidak dapat tidak dapat digolongkan pada latihan. Lebih lanjut Hilgar mengatakan bahwa belajar merupakan salah satu proses yang mendasari timbulnya atau terjadinya perubahan perilaku. Sebagian besar perilaku diperoleh melalui belajar, dalam belajar da perilaku yang berubah dimana perubahan tersebut terjadi melalui prosedur pelatihan. Perubahan perilaku yang tidak melalui prosedur pelatihan tidak dapat dinamakan belajar.

2.6. Karakteristik Organisasi

Menurut Gibson (1997) karakteristik organisasi yang mempengaruhi kinerja individu terdiri dari sumber daya, supervisi, imbalan, struktur organisasi dan desain pekerjaan.

2.6.1. Sumber daya

Organisasi memiliki beberapa unsur masukan , proses, keluaran, dampak, umpan balik dan lingkungan. Semua unsur dalam sistem ini saling berkaitan dan saling mempengaruhi. Sumber daya merupakan bagian dari unsur masukan yang keberadaannya dalam suatu organisasi merupakan hal yang paling pokok karena merupakan modal dasar untuk dapat berfungsinya suatu organisasi.

2.6.2. Supervisi

Supervisi adalah kemampuan untuk mempengaruhi suatu kelompok untuk pencapaian tujuan. Bentuk pengaruh tersebut dapat secara formal seperti tingakat manajerial pada suatu organisasi. Karena posisi manajemen terdiri atas tingkatan yang biasanya menggambarkan otoritas, seorang individu bisa mengasumsikan suatu peran supervisi sebagai akibat dari posisi yang ia pegang pada organisasi tersebut (Robbins,2002;163).

Dalam suatu organisasi, peranan pemimpin dalam mencapai tujuan organisasi cukup besar. Hal ini disebabkan karena pemimpinlah yang mengorganisasikan seluruh kegiatan pencapaian tujuan organisasi. Dalam hal ini kemampuan supervisi seorang pemimpin dalam organisasi sangat menentukan kebijakan yang akan diambil di dalam suatu organisasi.

Menurut Terry (2000;13) supervisi adalah aktivitas untuk mempengaruhi orang-orang supaya diarahkan mencapai tujuan. Berdasarkan definisi di atas dapat diketahui bahwa supervisi adalah sebuah proses pengarahan dan pemberian pengaruh kepada bawahan yang didasarkan pada kemampuan seorang pimpinan untuk mengarahkan bawahannya dalam mencapai tujuan organisasi.

Menurut pendapat Hersey dan Blanchard (1990) mengemukakan pendapatnya tentang hubungan antara pemimpin dan bawahan yang dikenal dengan teori siklus hidup dalam penerapan kebijakan organisasi member motivasi kerja dan member dampak kepada peningkatan kerja staf. Menurut teori ini hubungan antara pemimpin dengan bawahan berjalan melalui empat tahap sesuai dengan tingkat kematangan bawahan sehingga seorang pemimpin organisasi harus dapat menerapkan kebijakan yang tepat kepada seluruh stafnya.

Pendapat senada diungkapkan oleh Kepner (1998) bahwa tidak ada sebuah organisasi yang dapat mencapai potensi sepenuhnya,

kecuali organisasi itu merangsang dan menikmati kerjasama dari kegiatan produktif dari para anggotanya. Semakin rumit kegiatan organisasi semakin diperlukan koordinasi, jika organisasi ini ingin berkembang. Organisasi harus mampu melakukan suatu tindakan yang sifatnya dapat mengikat antara pemimpin dan bawahan dalam bentuk suatu kebijakan yang disepakati bersama.

Gaya supervisi adalah cara bekerja dan bertingkah laku pemimpin dalam membimbing para bawahannya untuk berbuat sesuatu (Kartono,2005:62). Di dalam suatu organisasi, gaya supervisi merupakan salah satu faktor lingkungan intern yang sangat jelas mempunyai pengaruh terhadap perumusan kebijakan dan penentuan strategi organisasi yang bersangkutan. Hal ini penting mendapat perhatian karena seorang pemimpin dalam menjalankan tugasnya memperhatikan beberapa bentuk sikap yang berbeda.

Menurut Robbins (2002:173), pemimpin yang berkarakter *directive leader* membiarkan bawahannya mengetahui apa yang diinginkan mereka, jadwal kerja yang harus diselesaikan, dan memberikan panduan khusus tentang bagaimana menyelesaikan tugas-tugas. Menurut Luthans (2006), suatu hal yang pasti, gaya supervisi dapat membuat perbedaan, baik positif maupun negatif.

Peran pimpinan dalam pengawasan cukup berarti untuk mewujudkan tujuan organisasi. Hal yang perlu dipertimbangkan oleh pimpinan dalam proses pengawasan adalah menciptakan pengawasan yang fleksibel atau tidak terlalu kaku. Pengawasan yang terlalu kaku dapat mengurangi kepuasan kerja karyawan.

Winardi (2004) mengatakan bahwa pengawasan sebagai aktivitas yang dilaksanakan oleh atasan dalam upaya memastikan hasil aktual sesuai dengan yang direncanakan. Inti pengawasan adalah evaluasi yang dilakukan oleh atasan sebagai orang yang bertanggungjawab menyelaraskan rencana dengan tindakan pekerjaan.

Terry dalam Hasibuan (2003) menyatakan bahwa pengawasan merupakan proses penentuan standar yang harus dicapai yaitu: pelaksanaan, menilai pelaksanaan dan jika perlu melakukan perbaikan-perbaikan, sehingga pelaksanaan sesuai dengan rencana yaitu sesuai dengan standar.

2.6.3. Imbalan

Menurut Mathis dan Jackson (2001) menyatakan bahwa imbalan merupakan bayaran yang secara langsung dihitung berdasarkan jumlah waktu kerja. Selanjutnya Nawawi (2000) menyatakan bahwa, “imbalan bagi organisasi atau perusahaan berarti penghargaan atau ganjaran pada para pekerja yang telah memberikan kontribusi dalam mewujudkan tujuannya melalui kegiatan yang disebut bekerja. Kepuasan terhadap imbalan akan tercipta dengan adanya usaha atau kerja yang dilakukan oleh seseorang sebab secara pribadi seseorang akan merasa puas jika hasil pekerjaannya dihargai dalam bentuk materi maupun non materi. Pemberian imbalan yang layak akan menjadi penentu kepuasan seseorang dalam bekerja.

Siagian (2008) berpendapat bahwa imbalan erat hubungannya dengan prestasi kerja seorang karyawan. Imbalan erat kaitannya dengan prestasi kerja seseorang. Notoadmodjo (1992) mengatakan bahwa imbalan baik material maupun non material akan mempengaruhi motivasi kerja seseorang. Imbalan dapat dibedakan menjadi dua jenis, yaitu imbalan eksterinsik (uang, status, promosi dan penghargaan) dan imbalan intrinsik (prestasi, otonomi dan karier)

Murlis (2004) menyebutkan reward dalam bentuk uang seperti yang diharapkan para pegawai berdasarkan struktur golongan dan tunjangan amat perlu, sebab dengan dibuatnya struktur golongan maka peringkat jabatan individual menjadi tampak seperti broadband strukture yang berfungsi sebagai alat konsistensi dan control dalam pemberian imbalan.

2.6.4. Struktur Organisasi

Struktur organisasi menunjukkan garis kewenangan dan rentang kendali dari suatu organisasi yang akan menentukan kegiatan dan hubungan serta ruang lingkup tanggungjawab dan peran masing-masing individu (Robbins,1998)

Terdiri dari hubungan pekerjaan dan kelompok pekerjaan yang relative tetap dan tidak stabil. Tujuan utama struktur organisasi untuk mempengaruhi perilaku individu dan kelompok sehingga dapat mencapai prestasi yang efektif. Struktur organisasi menentukan tingkat diferensiasi dalam organisasi, tingkat aturan dan peraturan, dan dimana keputusan diambil.

2.6.5. Desain Pekerjaan

Desain pekerjaan menguraikan cakupan, kedalaman, dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan lainnya. Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisa kerja, para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktivitas yang dituntut agar membuahkan hasil (Gibson,1998).

Menurut Eddy Herjanto (2001) ” desain Pekerjaan adalah rincian tugas dan cara pelaksanaan tugas atau kegiatan yang mencakup siapa yang mengerjakan tugas, bagaimana tugas itu dilaksanakan, dimana tugas dikerjakan dan hasil apa yang diharapkan”. Dari definisi di atas dapat diambil kesimpulan bahwa desain pekerjaan harus dapat memberikan detail mengenai tugas yang diberikan yaitu bagaimana tugas dikerjakan dan apa saja hasil yang diharapkan pada saat pekerjaan tersebut selesai dilaksanakan.

Sulipan (2000) mengatakan bahwa desain Pekerjaan adalah fungsi penetapan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok karyawan secara organisasional. Tujuannya untuk mengatur penugasan kerja supaya dapat memenuhi kebutuhan organisasi.

2.7. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

2.7.1. Pengertian Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik atau semua warkat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum (Hidayat, 2001). Sedangkan dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggungjawab perawat (Hidayat,2001)

Asuhan keperawatan yang bermutu merupakan asuhan manusiawi yang diberikan kepada pasien, memenuhi standar dan kriteria profesi keperawatan, sesuai dengan standar biaya dan kualitas yang diharapkan rumah sakit, serta mampu mencapai tingkat kepuasan dan memenuhi harapan pasien. Mengingat begitu pentingnya pelayanan keperawatan di rumah sakit, sehingga dibutuhkan tenaga-tenaga perawat yang handal dan mempunyai komitmen kuat dalam melaksanakan tugasnya dalam memberikan asuhan keperawatan.

2.7.2. Manfaat Dokumentasi asuhan Keperawatan

Hidayat (2001) mengatakan bahwa, dokumentasi asuhan keperawatan merupakan tuntutan profesi yang harus dapat dipertanggungjawabkan, baik dari aspek etik maupun aspek hukum. Artinya dokumentasi asuhan keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan dari kedua aspek ini berkaitan erat dengan aspek manajerial, yang di satu sisi melindungi pasien sebagai penerima pelayanan (konsumen) dan di sisi lain melindungi perawat sebagai pemberi jasa pelayanan dan asuhan keperawatan.

Hakekat dokumentasi asuhan keperawatan adalah terciptanya kegiatan-kegiatan keperawatan yang menjamin tumbuhnya pandangan, sikap, cara berpikir dan bertindak profesional pada setiap perawat. Pendekatan yang sistematis dan logis dengan landasan ilmiah yang benar, serta melalui dokumentasi asuhan keperawatan, semua kegiatan dalam proses keperawatan dapat ditampilkan kembali sehingga dapat diteliti ulang untuk dikembangkan atau diperbaiki.

Melalui dokumentasi asuhan keperawatan ini pula diharapkan para perawat dan tim pelayanan kesehatan dapat saling berkomunikasi dan berkonsultasi untuk pengembangan pelayanan kesehatan yang diberikan, keperluan pendidikan serta digunakan sebagai dokumen legal bila diperlukan dalam proses peradilan. Selain itu dokumentasi asuhan keperawatan juga merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawat dan pelayanan keperawatan. Kualitas asuhan keperawatan bergantung kepada akuntabilitas dari individu perawat dalam hal menggunakan proses keperawatan pada pelaksanaan asuhan keperawatan, serta pengaruhnya pada pasien secara individual dari hasil asuhan yang diberikan. Proses keperawatan sebagai metode saintifik memerlukan tindakan nyata dan dokumentasi (Depkes RI,1995).

Kegiatan dokumentasi asuhan keperawatan mencakup pencatatan dan pelaporan, terutama yang berkaitan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan profesional dan merupakan satu hal yang mutlak harus ada dan dilaksanakan pada setiap tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian (pengumpulan dan analisis data), diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengadakan evaluasi hasil tindakan keperawatan (Depkes, 1995). Perawat perlu memahami berbagai konsep untuk model dokumentasi keperawatan, menurut pendapat Hidayat (2001) yang mengutip pendapat Fischbach, terdapat tiga komponen model dokumentasi yang saling berhubungan, saling ketergantungan, dan dinamis, yaitu: komunikasi, proses keperawatan,

dan standar dokumentasi. Tiap-tiap komponen memiliki ketrampilan tertentu yang dapat dipelajari dan digunakan oleh perawat.

Ketrampilan komunikasi secara tertulis adalah ketrampilan perawat dalam mencatat dengan jelas, mudah dimengerti, dan berisi informan yang akurat yang secara tepat dapat diinterpretasikan oleh orang lain.

Ketrampilan dokumentasi proses keperawatan adalah ketrampilan perawat dalam melakukan pencatatan proses keperawatan seperti ketrampilan mendokumentasikan pengkajian pasien, ketrampilan mengidentifikasi masalah dan kebutuhan untuk keperawatan, ketrampilan mendokumentasikan rencana keperawatan, ketrampilan mendokumentasikan implementasi keperawatan, ketrampilan mendokumentasikan evaluasi respon pasien terhadap keperawatan, dan ketrampilan mengkomunikasikan hasil kajian pasien kepada perawat atau anggota tim kesehatan lainnya.

Ketrampilan standar dokumentasi merupakan untuk dapat memenuhi dan melaksanakan standar dokumentasi yang telah ditetapkan dengan tepat. Ketrampilan tersebut antara lain ketrampilan dalam memenuhi standar dokumentasi pengkajian, diagnosa, rencana tindakan, implementasi dan evaluasi keperawatan.

Dokumentasi keperawatan menurut Nursalam (2001) mempunyai makna yang penting bila dilihat dari berbagai aspek:

1. Aspek Hukum

Semua catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah (misconduct) yang berhubungan dengan profesi keperawatan dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan setiap saat. Dokumentasi tersebut dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas dan obyektif dan ditanda tangani oleh perawat serta tanggal.

2. Aspek Jaminan Mutu

Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Hal ini tentunya akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

3. Aspek Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga keehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4. Aspek Keuangan

Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan dicatat dengan lengkap sehingga dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam menentukan biaya keperawatan pasien.

5. Aspek Pendidikan

Dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai nilai pendidikan, karena isinya mengandung kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pembelajaran bagi mahasiswa dan profesi keperawatan

6. Aspek Penelitian

Dokumentasi asuhan keperawatan memiliki nilai penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7. Aspek Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan dan

pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu, juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat karir tertentu.

Sebagai salah satu fasilitas pelayanan kesehatan, rumah sakit memiliki peran yang sangat strategis dalam upaya mempercepat peningkatan derajat kesehatan masyarakat Indonesia. Peran strategis ini didapat, karena rumah sakit adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang padat teknologi dan padat pakar. Peran tersebut dewasa ini semakin menonjol mengingat timbulnya perubahan-perubahan epidemiologi penyakit, perubahan struktur demografis, perkembangan iptek, perubahan sosio-ekonomi masyarakat.

Perlu disadari bahwa dengan semakin tingkat pendidikan dan kesejahteraan masyarakat, tuntutan terhadap mutu suatu pelayanan kesehatan pun semakin meningkat. Di lain pihak pelayanan rumah sakit yang memadai, baik di bidang diagnostik, pengobatan maupun tindakan keperawatan yang berkualitas semakin dibutuhkan. Depkes (2006) menjelaskan bahwa salah satu upaya penyembuhan pasien adalah melalui pengobatan dan perawatan yang dilaksanakan dalam ruang rawat inap.

Pemberian pelayanan yang berkualitas, mudah dan cepat kepada pasien di ruang rawat inap tidak hanya didukung oleh alat berteknologi tinggi. Sumber daya manusia yang berkualitas juga menjadi sangat penting sebagai penggerak sumber daya lain. Schultz (dalam Ancok, 1992) mengatakan ada beberapa faktor yang menentukan kualitas sumber daya manusia yaitu tingkat kecerdasan, bakat, sifat kepribadian, tingkat pendidikan, kualitas fisik, etos (semangat kerja) dan disiplin kerja.

2.8. Proses Keperawatan

Proses keperawatan adalah sesuatu yang disengaja, dengan pendekatan pemecahan masalah untuk menemukan kebutuhan keperawatan pasien dalam pelayanan kesehatan. Meliputi pengkajian (pengumpulan data), diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi, serta menggunakan modifikasi mekanisme umpan balik untuk meningkatkan upaya pemecahan masalah.

Proses merupakan serangkaian kegiatan yang direncanakan atau serangkaian operasional untuk mencapai hasil yang diharapkan. Proses keperawatan adalah metode yang sistematis dan rasional dalam merencanakan dan memberikan pelayanan keperawatan kepada individu. Tujuannya untuk mengidentifikasi status kesehatan klien, kebutuhan atau masalah kesehatan aktual atau risiko, membuat perencanaan sesuai dengan kebutuhan yang telah diidentifikasi dan melaksanakan intervensi keperawatan spesifik sesuai dengan kebutuhan (Kozier et al. 2004)

Sedangkan Clark (1992) mengatakan bahwa proses keperawatan sebagai suatu metode/proses berpikir yang terorganisir untuk membuat suatu keputusan klinis dan pemecahan masalah. Demikian juga dengan Yura dan Walsh (1988), menyatakan bahwa proses keperawatan adalah tindakan yang berurutan, dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah klien, membuat perencanaan untuk mengatasinya, melaksanakan rencana tersebut atau menugaskan orang lain untuk melaksanakannya dan mengevaluasi keberhasilan secara efektif terhadap masalah yang diatasi.

2.9. Tahap-Tahap Proses Keperawatan

Pengkajian

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang respon klien agar dapat mengidentifikasi dan mengenali masalah atau kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien. Area yang termasuk respon klien antara lain kegiatan sehari-hari, emosional, sosio-ekonomi, kultural dan spiritual (Yura dan Walsh,1988)

Menurut Kozier et al. (2004) proses pengkajian terdiri atas empat kegiatan, yaitu pengumpulan data, organisasi data, validasi data, dan pencatatan data.

Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah struktur dan proses. Struktur diagnosa keperawatan tergantung pada tipenya, antara lain:

Diagnosa keperawatan actual (*Actual nursing diagnoses*). Diagnosa keperawatan aktual menyajikan keadaan yang secara klinis telah divalidasi melalui batasan karakteristik mayor yang dapat diidentifikasi. Tipe dari diagnosa keperawatan ini mempunyai empat komponen yaitu label, definisi, batasan karakteristik dan faktor-faktor yang berhubungan (Craven & Hirnle, 2000)

Diagnosa keperawatan risiko dan risiko tinggi (*risk and high risk nursing diagnoses*) adalah keputusan klinis bahwa individu, keluarga dan masyarakat sangat rentan untuk masalah, dibanding yang lain pada situasi yang sama (Craven & Hirnle, 2000)

Diagnosa keperawatan kemungkinan (*possible nursing diagnoses*) adalah pernyataan tentang masalah-masalah yang diduga masih memerlukan data tambahan. Namun banyak perawat-perawat telah diperkenalkan untuk menghindari sesuatu yang bersifat

sementara dan NANDA tidak mengeluarkan diagnosa keperawatan untuk jenis ini (Craven & Hirnle, 2000)

Diagnosa keperawatan sejahtera (*wellness nursing diagnoses*) adalah ketentuan klinis mengenai individu, keluarga dan masyarakat dalam transisi dari tingkat kesehatan khusus ke tingkat kesehatan yang lebih baik. Pernyataan diagnostik untuk diagnosa keperawatan sejahtera merupakan bagian dari pernyataan yang berisikan hanya sebuah label. Label ini dimulai dengan “potensial terhadap peningkatan...”, diikuti tingkat sejahtera yang lebih tinggi yang dikehendaki oleh individu atau keluarga, misalnya “potensial terhadap peningkatan proses keluarga “ (Craven & Hirnle,2000).

Diagnosa keperawatan sindrom (*syndrome nursing diagnoses*), terdiri dari sekelompok diagnosa keperawatan aktual atau risiko tinggi yang diduga akan tampak karena suatu kejadian atau situasi tertentu. NANDA telah menyetujui dua diagnosa keperawatan sindrom yaitu “sindrom trauma perkosaan” dan “Risiko terhadap sindrom disuse” (Carpenito,1997). Secara umum diagnosa keperawatan yang lazim dipergunakan oleh perawat di Indonesia adalah diagnosa keperawatan aktual dan diagnosa keperawatan risiko atau risiko tinggi.

Perencanaan

Langkah ketiga dari proses keperawatan adalah perencanaan. Menurut Kozier et al. (2004) perencanaan adalah sesuatu yang telah dipertimbangkan secara mendalam, tahap yang sistematis dari proses keperawatan meliputi kegiatan pembuatan keputusan dan pemecahan masalah. Dalam perencanaan keperawatan, perawat menetapkannya berdasarkan hasil pengumpulan data dan rumusan diagnosa keperawatan yang merupakan petunjuk dalam membuat tujuan dan asuhan keperawatan untuk mencegah, menurunkan, atau mengeliminasi masalah kesehatan klien.

Langkah-langkah dalam membuat perencanaan keperawatan meliputi; penetapan prioritas, penetapan tujuan/hasil yang diharapkan, menentukan intervensi keperawatan yang tepat dan pengembangan rencana asuhan keperawatan. Setelah diagnosa keperawatan dirumuskan secara spesifik, perawat menggunakan kemampuan berpikir kritis untuk segera menetapkan prioritas diagnosa keperawatan dan intervensi yang penting sesuai dengan kebutuhan klien (Potter & Perry,2005). Penetapan prioritas bertujuan untuk mengidentifikasi urusan intervensi keperawatan yang sesuai dengan berbagai masalah klien (Carpenito, 1997).

Penetapan prioritas dilakukan karena tidak semua masalah dapat diatasi dalam waktu yang bersamaan. Salah satu metode dalam menetapkan prioritas dengan mempergunakan hirarki kebutuhan menurut Maslow. Prioritas dapat diklasifikasi menjadi tiga tingkatan, antara lain high priority, intermediate priority, dan low priority.

Dalam menetapkan prioritas perawat juga harus memperhatikan nilai dan kepercayaan klien terhadap kesehatan,prioritas klien,sumber yang tersedia untuk klien dan perawat, pentingnya masalah kesehatan yang dihadapi, rencana pengobatan medis.

Implementasi

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu klien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang lebih baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan (Potter & Perry,2005). Ukuran intervensi keperawatan yang diberikan kepada klien terkait dengan dukungan, pengobatan, tindakan untuk memperbaiki kondisi, pendidikan untuk klien-keluarga, atau tindakan untuk mencegah masalah kesehatan yang muncul di kemudian hari.

Untuk kesuksesan pelaksanaan implementasi keperawatan agar sesuai dengan rencana keperawatan, perawat harus mempunyai kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan dalam hubungan interpersonal, dan ketrampilan dalam melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Kozier et al.,2004).

Beberapa pedoman dalam pelaksanaan implementasi keperawatan (Kozier et al.,2004) adalah sebagai berikut:

1. Harus berdasarkan ilmu pengetahuan, hasil penelitian keperawatan dan standar pelayanan profesional
2. Perawat mengerti dengan jelas pesan-pesanan yang ada dalam rencana implementasi.
3. Harus dapat menciptakan adaptasi dengan klien sebagai individu.
4. Dapat menjaga rasa aman/melindungi klien.
5. Memberikan pendidikan, dukungan dan bantuan.
6. Bersifat holistik.
7. Menjaga martabat dan harga diri klien.
8. Mengikutsertakkan partisipasi aktif klien dalam implementasi keperawatan.

Evaluasi

Meskipun proses keperawatan mempunyai tahap-tahap, namun evaluasi berlangsung terus menerus sepanjang pelaksanaan proses keperawatan (Alfaro-LeFevre,1998). Tahap evaluasi merupakan perbandingan yang sistemik dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan, dilakukan berkesinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi dalam keperawatan merupakan kegiatan dalam menilai tindakan keperawatan yang telah ditentukan, untuk mengetahui pemenuhan kebutuhan klien

secara optimal dan mengukur hasil dari proses keperawatan. Menurut Craven dan Hirnle (2000) evaluasi didefinisikan sebagai keputusan dari efektivitas asuhan keperawatan antara dasar tujuan keperawatan klien yang telah ditetapkan dengan respon perilaku klien yang tampil.

Perawat menggunakan berbagai kemampuan dalam memutuskan efektif atau tidaknya pelayanan keperawatan yang diberikan. Untuk memutuskan hal tersebut dalam melakukan evaluasi seorang perawat harus mempunyai pengetahuan tentang standar pelayanan, respon klien yang normal, dan konsep model teori keperawatan.

Dalam melakukan proses evaluasi, ada beberapa kegiatan yang harus diikuti oleh perawat, antara lain mengkaji ulang tujuan klien dan kriteria hasil yang telah ditetapkan, mengumpulkan data yang berhubungan dengan hasil yang diharapkan, mengukur pencapaian tujuan, melakukan revisi atau modifikasi terhadap rencana keperawatan.

BAB III

GAMBARAN UMUM RUMAH SAKIT MH.THAMRIN PURWAKARTA

3.1. Sejarah

Yayasan RS. MH. Thamrin didirikan pada tanggal 13 September 1979 oleh Dr H. Abdul Radjak, DSOG yang berkedudukan di Jl. Salemba Tengah No. 24-28 Jakarta Pusat. Selain sebagai pendiri beliau juga menjabat sebagai Ketua Yayasan.

Yayasan Rumah Sakit MH. Thamrin merupakan salah satu bentuk partisipasi masyarakat dalam meneruskan cita-cita pahlawan nasional Mohammad Husni Thamrin dalam pembangunan bidang kesehatan di Indonesia khususnya masyarakat Betawi. Yayasan ini bergerak dalam bidang pelayanan kesehatan dan pendidikan. Di bidang kesehatan dalam usianya sampai sekarang ini (25 tahun) yayasan memiliki dan mengelola 3 rumah sakit dan 7 rumah bersalin/klinik 24 jam yang lokasinya tersebar di wilayah Jabotabek.

Sesuai dengan falsafah untuk terus memberikan kontribusi yang lebih besar dalam bidang kesehatan, Radjak Grup bermaksud mendirikan rumah sakit MH. Thamrin Purwakarta dalam rangka memenuhi kebutuhan pelayanan kesehatan masyarakat Purwakarta dan sekitarnya.

Pendirian Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta bertujuan ikut berpartisipasi dalam pelayanan kesehatan masyarakat Purwakarta dan sekitarnya dan merupakan salah satu bentuk wujud program Yayasan untuk memperluas dan menambah sarana pelayanan kesehatan yang tersebar di seluruh Indonesia.

Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta mulai beroperasi sejak 1 Januari 2009 berlokasi di depan Jalan raya Bungursari no.36, Purwakarta dengan nomor ijin operasional 666/045.9/Dalkes/ix/2007.

Bangunan RS.MH.Thamrin Purwakarta secara teknis berusaha memenuhi persyaratan bangunan untuk sebuah rumah sakit. Pembagian ruangan-ruangan dalam bangunan diatur sesuai dengan unit-unit kerja yang dibutuhkan untuk menunjang dan memperlancar proses pelayanan yang berlangsung di rumah sakit. Konsep “*Consumer Oriented*” diterapkan di rumah sakit ini. Bangunan rumah Sakit terdiri dari 4(empat) lantai dan 1 (lantai) paling atas yaitu *Roof Floor*

3.2. Visi, Misi, Moto, Falsafah Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta

Sebagai rumah sakit yang memiliki landasan kuat untuk berdiri tegak, falsafah yang dianut rumah sakit ini adalah senantiasa menyadari serta memperhatikan aspirasi masyarakat dan bangsa, serta menjaga korporasi dalam memberikan kontribusi yang lebih besar untuk mencapai aspirasi tersebut, berpegang teguh pada standart etika yang tinggi dalam setiap kegiatan yang dijalankan dan menganut pandangan yang fleksibel dan obyektif dalam menerima perubahan dan penemuan baru. Motto yang selalu dipahami adalah tumbuh berkembang untuk kesejahteraan bersama “Care and Trust” . Selayaknya bangunan kuat, rumah sakit ini memiliki visi yaitu menjadi rumah sakit rujukan di Jawa Barat . Visi akan dicapai melalui uraian misi yaitu:

1. Menyelenggarakan layanan kesehatan secara professional, bermutu tinggi dan terjangkau oleh seluruh lapisan masyarakat.
2. Memberikan pelayanan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhan pelanggan dan senantiasa mengikuti perkembangan teknologi
3. Menciptakan lingkungan kerja yang mendorong kreatifitas karyawan untuk bekerja maksimal

3.3. STRUKTUR ORGANISASI RUMAH SAKIT MH.THAMRIN PURWAKARTA

Organisasi RS.MH.Thamrin Purwakarta disusun sebagai berikut:

3.3.1. Unsur Pimpinan

- a) Direktur
- b) Wakil Direktur bagian Medik, yang membawahi
 - Pelayanan Medik & Penunjang Medik
 - Keperawatan
- c) Wakil Direktur bagian Umum

3.3.2. Manajer Divisi

- a) Manajer Divisi Pelayanan Medik, yang membawahi:
 - UGD
 - Kamar Bedah
 - Pelayanan Intensif
 - Pelayanan Rawat Jalan
 - Pelayanan Rawat Inap
 - Hemodialisa
- b) Manajer Divisi Penunjang Medik, yang membawahi:
 - Radiologi
 - Laboratorium Klinik
 - Farmasi
 - Rehabilitasi Medik
 - Pelayanan Gizi
 - Rekam Medik

c) Manajer Divisi Keperawatan, yang membawahi:

- Asuhan Keperawatan
- Perawat Kamar Bedah
- Perawat UGD
- Perawat Kamar Bedah
- Perawat Pelayanan Intensif
- Perawat Rawat Jalan
- Perawat VK
- Perawat Hemodialisa

d) Manajer Divisi Pemasaran, yang membawahi:

- Promosi dan Pengenalan Produk
- Hubungan Pelanggan dan Pelayanan

e) Manajer Divisi Akuntansi dan Keuangan, yang membawahi:

- Akuntansi
- Keuangan

f) Manajer Divisi Sumber Daya Manusia, yang membawahi:

- Administrasi dan Personalia
- Pemberdayaan dan Pengembangan
- Diklat Personalia
- Rumah Tangga

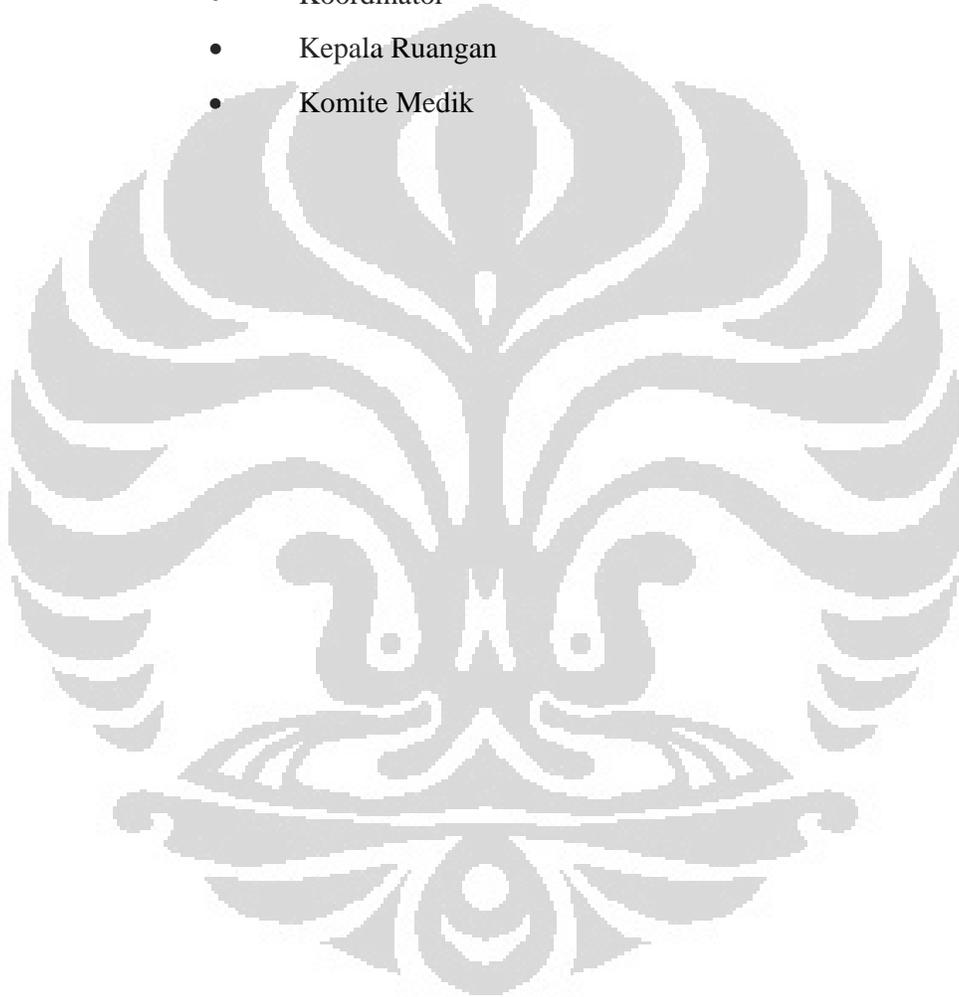
g) Manajer Divisi Logistik, yang membawahi:

- Logistik Farmasi
- Logistik Umum

- h) Manajer Divisi Teknik, yang membawahi:
- Teknik Medis
 - Teknik Umum

3.3.3. Unsur Staf dan lain-lain

- Koordinator
- Kepala Ruangan
- Komite Medik



3.4. Ketenagaan RS.MH.Thamrin Purwakarta

Tabel 3.1. Ketenagaan (Medis, Paramedis, Non Medis)
RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2011-2012

JENIS KETENAGAAN	POSISI	UNIT	JUMLAH
MEDIS	1. DOKTER SPESIALIS	1. BEDAH	1
		2. ANAK	1
		3. OBSGYN	1
		4. ANESTESI	1
	2. DOKTER UMUM TETAP		3
PARA MEDIS	1. PERAWAT		110
	2. ASISTEN PERAWAT		4
	3. PENUNJANG MEDIS	1. RADIOLOGI	4
		2. LAB.KLINIK	8
		3. FARMASI	9
		4. REHAB.MEDIK	2
		5. PEL. GIZI	3
		6. REKAM MEDIK	7
NON MEDIS	1. MANAJERIAL		10
	2. UMUM	1. ADMISSION	8
		2.MARKETING	2
		3.LOGISTIK	5
		4. SDM	4
		5. KEUANGAN	20
		6.SEKRETARIS	1
		7.OPERATOR	2
		8.LAUNDRI	4
		9.RUMAH TANGGA	2
		10. SUPIR	3
		11. OB	1
		12.TEKNIK UMUM	7
	13. KEAMANAN	20	
TOTAL			243

Jumlah sumber daya manusia di RS.MH.Thamrin Purwakarta per Januari 2012 adalah 243 orang yang terdiri dari tenaga Medis, Paramedis dan Non Medis.

Adapun jumlah tenaga berdasarkan jenis kelamin, pendidikan dan usia dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.2. Ketenagaan Menurut Jenis Kelamin di RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2011-2012

No	Jenis Kelamin	Karyawan Menurut Jenis Kelamin
1.	Laki Laki	105
2.	Perempuan	138
	Total	243

Tabel 3.3. Ketenagaan Menurut Tingkat Pendidikan di RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2011-2012

No	Pendidikan	Jumlah
1.	SMP	4
2.	SMU	63
3.	SMK	11
4.	D1	9
5.	D3	127
6.	S1	24
7.	S2	5
	TOTAL	243

Tabel 3.4. Ketenagaan Menurut Usia di RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2011-2012

NO.	USIA	JUMLAH
1	18-21	37
2	22-25	89
3	26-28	47
4	30-33	35
5	34-37	16
6	39-42	11
7	43-46	5
8	47-50	2
9	50 KE ATAS	1
	TOTAL	243

3.5. Fasilitas Dan Pelayanan

Fasilitas dan Pelayanan yang tersedia di RS.MH.Thamrin Purwakarta meliputi:

3.5.1. Fasilitas gedung dan bangunan

Secara garis besar berikut rincian pengaturan fungsi di setiap bangunan Rumah Sakit MH.Thamrin Purwakarta :

- Lantai 1 pengaturan ruangan diperuntukan untuk pelayanan medis rawat jalan dan penunjang medis.
- Lantai 2 diperuntukan sebagai lantai perawatan intensif dan kamar tindakan.
- Lantai 3 diperuntukan sebagai unit rawat inap 1,2, dan 3 .
- Lantai 4 diperuntukan sebagai unit rawat inap utama, VIP dan kantor manajemen pelayanan medis.
- Lantai paling atas yaitu Roof Floor yang dalam perencanaan jangka panjang dapat diaktifkan pelayanan medis dengan menggunakan *Helipad*.

- Sementara kantor pelayanan non medis seperti unit Keuangan, unit Logistik, unit SDM Rumah Sakit berada di gedung Anex yang terletak di belakang bangunan utama.

3.5.2. Fasilitas Pelayanan Medis

1. Instalasi Gawat Darurat, Dokter Jaga dan Ambulans 24 Jam
2. Poliklinik Umum
3. Poliklinik Gigi
4. Poliklinik Spesialis
 - Penyakit Dalam
 - Kesehatan Anak
 - Kebidanan dan Kandungan
 - Bedah
 - Saraf
 - Telinga Hidung dan Tenggorokan
 - Mata
 - Bedah Mulut
 - Bedah Tulang
 - Bedah Saraf
 - Kesehatan Jiwa (Psikiatri)
5. Rawat Inap
 - EMERALD Room (VIP)
 - SAPHIRE Room (Rawat Inap Dewasa Kelas I)
 - RUBY Room (Rawat Inap Dewasa Kelas II)
 - TOPAZ Room (Rawat Inap Dewasa Kelas III)
 - TOPAZ KID'S Room (Rawat Inap Anak Kelas III)
 - Perinatologi (Perawatan Bayi)
 - Ruang Isolasi
 - ICU/ICCU
 - NICU/PICU

- Intermediate Dewasa & Anak

3.5.3. Fasilitas Ruangan

KELAS VIP

- 1 tempat tidur pasien
- 1 tempat tidur penunggu pasien
- Air Conditioning
- Telepon internal
- Televisi 29"
- Kulkas
- Dispenser air panas dan dingin
- Kamar mandi air panas dan dingin
- Overbed table & bed side cabinet

KELAS UTAMA

- 1 tempat tidur pasien
- 1 sofa bed
- Air Conditioning
- Telepon internal
- Televisi 29"
- Dispenser air panas dan dingin
- Kamar mandi air panas dan dingin
- Overbed table & bed side cabinet

KELAS I

- 2 tempat tidur pasien
- 1 sofa duduk
- Air Conditioning
- Telepon internal

- Televisi 21”
- Dispenser air panas dan dingin
- Kamar mandi air panas dan dingin
- Overbed table & bed side cabinet

KELAS II

- 3 tempat tidur pasien
- Air Conditioning
- Televisi 21”
- Dispenser air panas dan dingin
- Kamar mandi air panas dan dingin
- Overbed table & bed side cabinet

KELAS III

- 6 - 10 tempat tidur pasien
- Televisi 21”
- Kamar mandi air panas dan dingin
- Overbed table & bed side cabinet

3.5.4. Fasilitas Pendukung

1. Layanan 24 Jam
 - Instalasi Laboratorium
 - Instalasi Radiologi
 - Instalasi Farmasi (Drug Store)
 - CT Scan
 - Kamar Operasi

- ATM Center
- 2. USG 4 Dimensi
- 3. Medical Check Up
- 4. Rehabilitasi Medik
- 5. Gedung Berlantai 5
- 6. Helipad (area pendaratan helikopter medis)
- 7. Layanan penjemputan ambulans gratis dalam kota
- 8. Internet area
- 9. Bank & Anjungan Tunai Mandiri (ATM)
- 10. Ruang tunggu & lobi eksklusif
- 11. Restaurant
- 12. Guest House
- 13. Musholla
- 14. Parkir luas
- 15. Playground (tempat bermain anak)
- 16. Ruang laktasi

3.5.5. Fasilitas Layanan Medis Unggulan

- **CT SCAN**

Merupakan alat canggih yang saat ini tidak perlu diragukan lagi dalam hal penunjang ketepatan diagnosis kasus penyakit dalam, penyakit saraf, bedah serta kasus-kasus sulit lainnya.

- **C-ARM**

Dengan teknologi terkini berupa peralatan komputer pemandu yang disebut C-ARM, beberapa kasus operasi, terutama bedah saraf, bedah tulang serta bedah urologi menjadi sesuatu hal yang sangat aman, mudah, cepat serta minimal invasif. Hanya dengan sayatan kecil tetapi mampu mencapai sasaran kerusakan pada organ tubuh bagian dalam dengan hasil maksimal. Masa penyembuhan menjadi lebih singkat, membuat pasien merasa lebih nyaman dan tenang.

3.6. KINERJA RUMAH SAKIT MH.THAMRIN PURWAKARTA

Salah satu indikator yang digunakan dalam mengukur kinerja rumah sakit adalah melalui penilaian efisiensi pengelolaan rumah sakit yang menetapkan 4(empat) parameter dasar dalam perhitungan, yaitu:

a) **Bed Occupancy Rate (BOR)**

Indikator ini digunakan untuk menghitung berapa banyak tempat tidur di rumah sakit yang digunakan pasien dalam suatu masa.

b) **Turn Over Internal (TOI)**

Indikator ini digunakan untuk menghitung waktu rata-rata suatu tempat tidur kosong atau banyaknya selang hari kosong dari 1(satu) tempat tidur yang dipakai dari satu pasien ke pasien berikutnya.

c) **Length Of Stay (LOS)**

Indikator ini digunakan untuk menghitung lama hari perawatan bagi 1(satu) pasien selama 1(satu) tahun

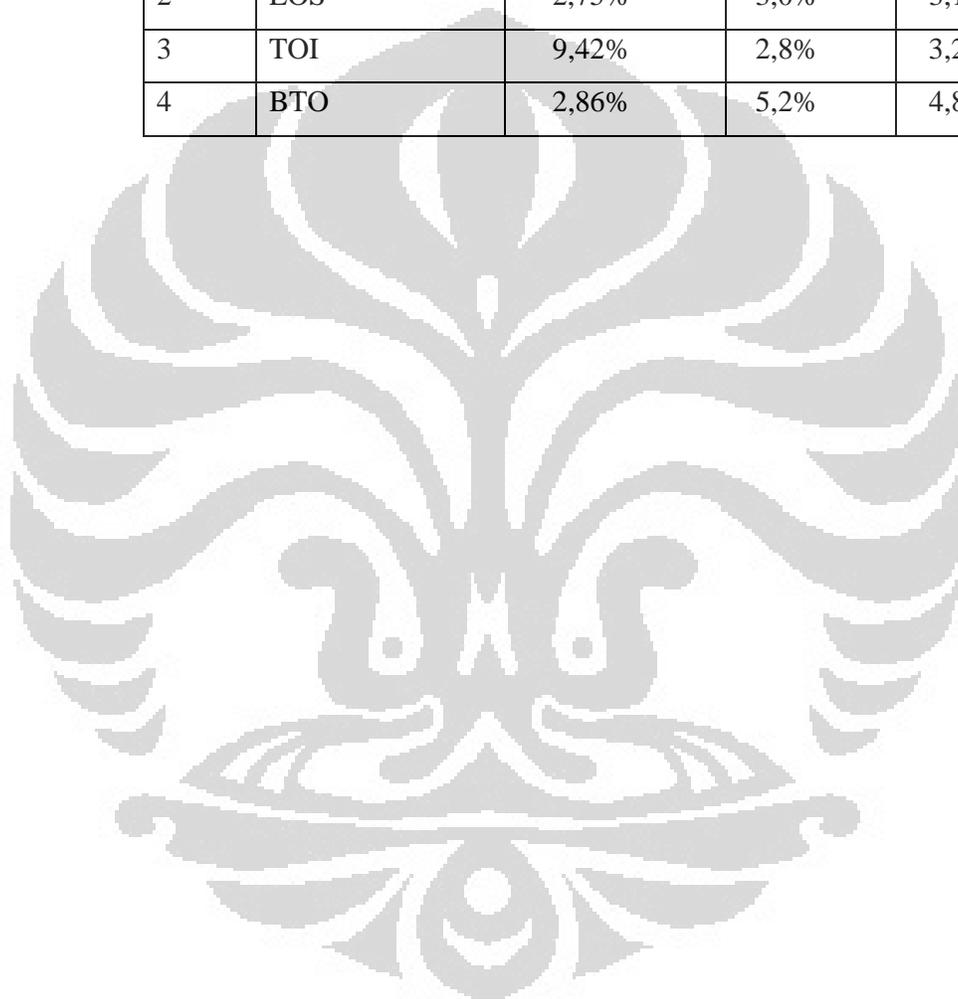
d) **Bed Turn Over**

Indikator ini digunakan untuk menghitung berapa kali satu tempat tidur ditempati pasien dalam satu tahun

Pencapaian kinerja rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta tahun 2009-2011 dapat dilihat pada tabel berikut:

Tabel 3.5. Kinerja Pelayanan RS.MH.Thamrin Purwakarta Tahun 2009-2011

No	INDIKATOR	2009	2010	2011
1	BOR	33,9%	54,6%	51.62%
2	LOS	2,75%	3,0%	3,17%
3	TOI	9,42%	2,8%	3,21%
4	BTO	2,86%	5,2%	4,89%



BAB IV

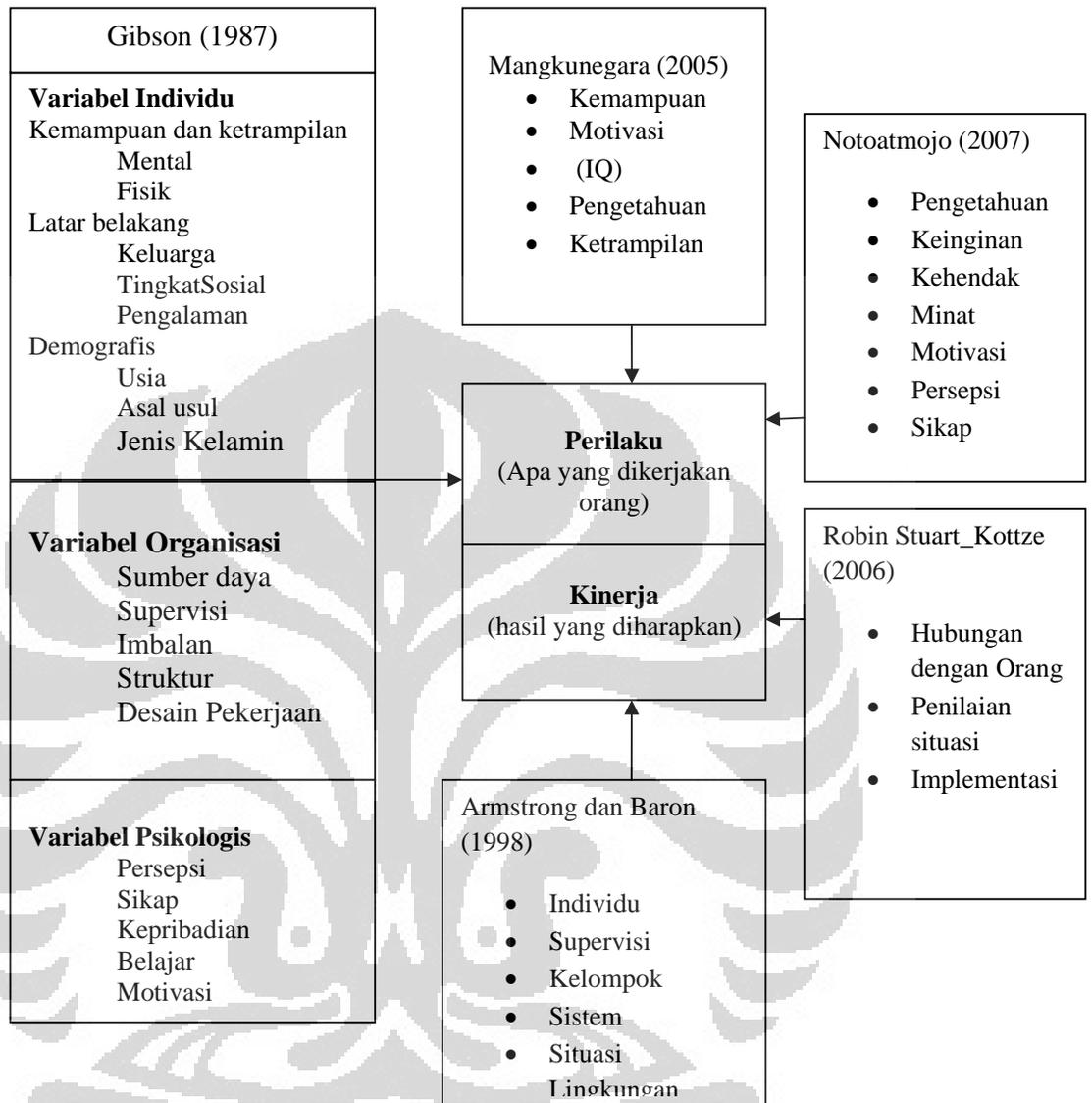
KERANGKA KONSEP PENELITIAN

4.1. Kerangka Teori

Kinerja adalah penampilan hasil karya seseorang baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja. Dalam pelayanan kesehatan sangat penting untuk memiliki instrument penilaian kerja yang efektif bagi tenaga profesional. Proses evaluasi kinerja bagi profesional menjadi bagian terpenting dalam upaya manajemen untuk meningkatkan kinerja organisasi (Ilyas, 2002)

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai standar. Dengan demikian pemahaman dan ketrampilan dalam menerapkan standar dengan baik merupakan suatu hal yang mutlak bagi setiap tenaga keperawatan agar mampu membuat dokumentasi keperawatan secara baik dan benar (Nursalam, 2001)

Menurut Gibson (1997) terdapat beberapa variabel yang mempengaruhi prestasi dan perilaku dari individu yang dapat mempengaruhi kinerja dari individu tersebut. Variabel tersebut antara lain yaitu 1). Individu, 2). Organisasi, dan 3). Psikologis (Armstrong dan Baron ,1998; Mangkunegara,2005; Robin Stuart_Kottze (2006); Notoatmojo 2007)



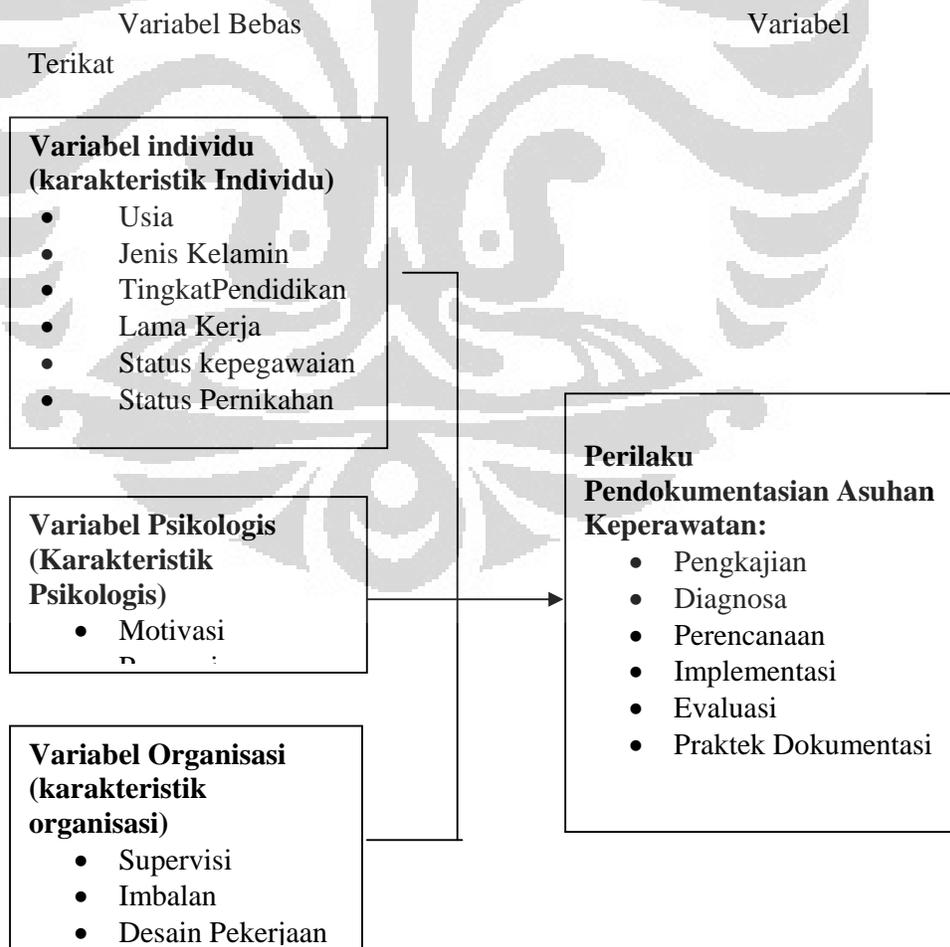
Gambar 4.1. Diagram skematis variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu menurut James L. Gibson (1987). (Armstrong dan Baron ,1998; Mangkunegara,2005; Robin Stuart_Kottze (2006); Notoatmojo 2007)

4.2.. Kerangka Konsep

Berdasarkan tujuan penelitian maka kerangka konsep yang digunakan dalam penelitian ini dikembangkan dari teori Gibson

(1987), ada tiga variabel yang mempengaruhi perilaku dan kinerja seseorang yaitu: Variabel individu, Variabel organisasi dan Variabel organisasi. Sehubungan dengan keterbatasan peneliti, maka dalam penelitian ini variabel yang akan diteliti adalah Karakteristik Individu (Usia, Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Lama Kerja, Status kepegawaian, Status Pernikahan), Karakteristik Psikologis (motivasi dan persepsi) dan karakteristik Organisasi yang terdiri supervisi, imbalan, dan desain pekerjaan sebagai variabel bebas (independent variabel) yang diduga berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan sebagai variabel terikat (dependent variabel). Dari uraian diatas maka dapat digambarkan kerangka konsep yang akan digunakan dalam penelitian ini seperti terlihat pada gambar 4.2.

Gambar 4.2. Kerangka Konseptual Penelitian



4.3. Hipotesis

1. Ada hubungan karakteristik individu dengan pendokumentasian asuhan keperawatan pada unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.
2. Ada hubungan antara karakteristik psikologis dengan pendokumentasian asuhan keperawatan pada unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.
3. Ada hubungan antara karakteristik Organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan pada unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.

4.4. Definisi Operasional

4.4.1. Perilaku Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Definisi : Persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan kepada pasien yang merupakan komposit dengan variabel terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi dengan nilai total komposit 30-150 dengan rincian sebagai berikut:

1. Pengkajian

Definisi : Persepsi perawat dalam mendokumentasikan informasi atau data tentang respon pasien agar dapat mengidentifikasi masalah/kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Alat Ukur: Kuesioner skala Likert dengan jumlah pertanyaan 5 menggunakan skala Likert sebagai berikut:

1= Tidak Pernah

2= Jarang

3=Kadang-kadang

4= Sering

5= Selalu

Hasil Ukur : Skor pengkajian dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25

Skala Data: ordinal

2. Diagnosa keperawatan

Definisi : persepsi perawat dalam mendokumentasikan pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari pasien di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Alat Ukur: Kuesioner skala Likert dengan jumlah pertanyaan 5 menggunakan Skala Likert sebagai berikut:

1= Tidak Pernah

2= Jarang

3=Kadang-kadang

4= Sering

5= Selalu

Hasil Ukur : Skor diagnosa dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25

Skala Data: ordinal

3. Perencanaan

Definisi: Persepsi perawat dalam mendokumentasikan desain spesifik

intervensi untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Alat Ukur:Kuesioner skala Likert dengan jumlah pertanyaan 5 menggunakan skala Likert sebagai berikut:

1= Tidak Pernah

2= Jarang

3=Kadang-kadang

4= Sering

5= Selalu

Hasil Ukur : Skor diagnosa dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25

Skala Data: ordinal

4. Implementasi

Definisi : persepsi perawat dalam mendokumentasikan pengelolaan dan perwujudan dari suatu rencana tindakan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Alat Ukur: Kuesioner skala Likert dengan jumlah pertanyaan 5 menggunakan skala Likert sebagai berikut:

1= Tidak Pernah

2= Jarang

3=Kadang-kadang

4= Sering

5= Selalu

Hasil Ukur : Skor implementasi dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25

Skala Data: ordinal

5. Evaluasi

Definisi : Persepsi perawat dalam mendokumentasikan penilaian efek dari tindakan yang diberikan perawat pada pasien di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

Alat Ukur: Kuesioner skala Likert dengan jumlah pertanyaan 5 menggunakan skala Likert sebagai berikut:

1= Tidak Pernah

2= Jarang

3=Kadang-kadang

4= Sering

5= Selalu

Hasil Ukur : Skor evaluasi dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25

Skala Data:ordinal

6. Praktek Pendokumentasian asuhan keperawatan

Definisi : Persepsi perawat dalam melakukan bukti pencatatan dan pelaporan dokumentasi asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH. Thamrin Purwakarta.

Alat Ukur: Kuesioner skala Likert dengan jumlah pertanyaan 5 menggunakan skala Likert sebagai berikut:

1= Tidak Pernah

2= Jarang

3=Kadang-kadang

4= Sering

5= Selalu

Hasil Ukur : Skor praktek dokumentasi dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25

Skala Data: ordinal

4.4.2. Karakteristik Individu

Definisi : Ciri khas yang melekat pada diri perawat terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, masa kerja dan tingkat pendidikan

1. Usia

Definisi : lama hidup responden dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

Cara Ukur: wawancara terstruktur

Alat Ukur : Kuesioner dengan pertanyaan terbuka

Hasil ukur: usia perawat dalam tahun

Skala data : ordinal

2. Jenis kelamin

Definisi : identitas perawat sesuai biologis dan fisiknya yaitu laki-laki dan perempuan

Cara ukur: pengamatan langsung

Alat Ukur : kuesioner

Hasil ukur: 1=laki-laki,
2 = perempuan

Skala data: Nominal

3. Tingkat pendidikan

Definisi : Tingkat pendidikan formal terakhir yang diperoleh oleh perawat dan telah selesai saat pengisian kuesioner. Cara ukur: wawancara terstruktur

Alat Ukur : Kuesioner

Hasil ukur: Gambaran tingkat pendidikan terakhir perawat dengan klasifikasi sebagai berikut:

1= SPK

2= D3 keperawatan

3= S1

Skala data: Ordinal

4. Lama Kerja

Definisi : lamanya pekerja dalam tahun, perhitungan dari Surat Keputusan (SK) penempatan pertama sebagai perawat di tempat tugas sampai dilaksanakan

penelitian ini di unit rawat inap
RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Cara Ukur: Wawancara

Alat ukur: Kuesioner dengan pertanyaan terbuka

Hasil ukur: gambaran lama kerja perawat dalam tahun di
RS.MH.Thamrin Purwakarta

Skala Ukur: ordinal

5. Status Kepegawaian

Definisi : Bentuk perjanjian kerjasama antara perawat dengan
rumah sakit MH.Thamrin Purwakarta

Cara Ukur: wawancara

Alat ukur: kuesioner

Hasil ukur : 1 = pegawai tetap,
2= pegawai kontrak

Skala ukur: nominal

6. Status Menikah

Definisi : Status apakah saat ini mempunyai pasangan hidup
yang sah atau tidak.

Cara Ukur : wawancara

Alat Ukur: kuesioner

Hasil Ukur: status yang dikategorikan menjadi

1. = Janda/Duda,
2= menikah,
3= belum menikah

Skala Ukur= Nominal

4.4.3. Karakteristik Psikologis

Definisi : Persepsi perawat tentang faktor psikologis dalam
melaksanakan pendokumentasian asuhan
keperawatan di unit rawat inap RS. MH.Thamrin

Purwakarta dengan mengakumulasi nilai dari motivasi dan persepsi pekerjaan.

1. Motivasi

Definisi : persepsi perawat terhadap proses internal dan eksternal yang mendorong perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

Alat ukur: Kuesioner dengan 5 pertanyaan, alternatif jawaban dengan menggunakan Likert sebagai berikut:

1= Sangat Tidak Setuju

2= Tidak Setuju

3= Setuju

4= Sangat Setuju

Hasil Ukur: : jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa motivasi memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.

Skala Data: ordinal

2. Persepsi

Definisi : Persepsi perawat terhadap tugas dan tanggungjawabnya dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Alat ukur: Kuesioner dengan 5 pertanyaan, alternatif jawaban dengan menggunakan Likert sebagai berikut:

1= Sangat Tidak Setuju

2= Tidak Setuju

3= Setuju

4= Sangat Setuju

Hasil Ukur: jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa persepsi terhadap pekerjaan memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.

Skala Data: ordinal

4.4.4. Karakteristik Organisasi

Definisi : Persepsi perawat tentang situasi dan kondisi organisasinya

dengan mengakumulasikan nilai dari supervisi, imbalan, dan desain kerja.

1. Supervisi

Definisi: persepsi perawat tentang proses supervisi kepala ruangan dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta .

Alat ukur: Kuesioner dengan 5 pertanyaan, alternatif jawaban dengan menggunakan Likert sebagai berikut:

1= Sangat Tidak Setuju

2= Tidak Setuju

3= Setuju

4= Sangat Setuju

Hasil Ukur: jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa supervisi memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.

Skala Data: ordinal

2. Imbalan

Definisi : Persepsi perawat tentang upah yang diterima dalam bentuk materil (gaji, insentif yang sesuai dengan kinerja perawat) yang

mendukung pendokumentasikan asuhan keperawatan

Alat Ukur :Kuesioner dengan 5 pertanyaan, alternatif jawaban dengan menggunakan Likert sebagai berikut:

1= Sangat Tidak Setuju

2= Tidak Setuju

3= Setuju

4= Sangat Setuju

Hasil Ukur: jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa imbalan memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.

Skala Data: ordinal

3. Desain pekerjaan

Definisi adalah persepsi perawat tentang :

1. Adanya uraian tugastertulis perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.
2. Adanya uraian tugas tertulis yang mudah dipahami dan dilaksanakan oleh perawat untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

Alat ukur: Kuesioner dengan 5 pertanyaan, alternatif jawaban dengan menggunakan Likert sebagai berikut:

1= Sangat Tidak Setuju

2= Tidak Setuju

3= Setuju

4= Sangat Setuju

Hasil Ukur: jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa Desain pekerjaan memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.

Skala Data: ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	<ul style="list-style-type: none"> Persepsi perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan kepada pasien yang terdiri dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi. 			
1.	Pengkajian	<ul style="list-style-type: none"> Persepsi perawat dalam pendokumentasikan informasi atau data tentang respon pasien agar dapat mengidentifikasi masalah/kebutuhan kesehatan dan keperawatan pasien di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta 	Kuesioner	Skor pengkajian dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25	Ordinal
2.	Diagnosa	<ul style="list-style-type: none"> Persepsi perawat dalam mendokumentasikan pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari pasien di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta. 	Kuesioner	Skor diagnosa dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25	Ordinal
3.	Perencanaan	<ul style="list-style-type: none"> Persepsi perawat dalam mendokumentasikan desain spesifik intervensi untuk membantu pasien dalam mencapai tujuan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta. 	Kuesioner	Skor Perencanaan dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25	Ordinal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
4.	Implementasi	<ul style="list-style-type: none"> Persepsi perawat dalam mendokumentasikan pengelolaan dan perwujudan dari suatu rencana tindakan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta 	Kuesioner	Skor implementasi dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25	Ordinal
5.	Evaluasi	<ul style="list-style-type: none"> Persepsi perawat dalam mendokumentasikan penilaian efek dari tindakan yang diberikan perawat pada pasien di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta 	Kuesioner	Skor Evaluasi dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25	Ordinal
6.	Praktek Pendokumentasian	<ul style="list-style-type: none"> Persepsi perawat dalam melakukan bukti pencatatan dan pelaporan dokumentasi asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH. Thamrin Purwakarta. 	Kuesioner	Skor praktek dokumentasi dengan nilai minimum 5 dan maksimal 25	Ordinal
	Karakteristik Individu	Ciri khas yang melekat pada diri perawat terdiri dari usia, jenis kelamin, status pernikahan, masa kerja dan tingkat pendidikan			
7.	Usia	lama hidup responden dihitung sejak tanggal kelahiran hingga ulang tahun terakhir pada saat mengisi kuesioner di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta	Kuesioner	usia perawat dalam tahun	Ordinal
8.	Jenis Kelamin	identitas perawat sesuai biologis dan fisiknya yaitu laki-laki dan perempuan.	Kuesioner	1=laki-laki, 2 = perempuan	Nominal

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
9.	Tingkat Pendidikan	Tingkat pendidikan formal terakhir yang diperoleh oleh perawat dan telah selesai saat pengisian kuesioner.	Kuesioner	Gambaran tingkat pendidikan terakhir perawat dengan klasifikasi sebagai berikut: 1= SPK, 2= D3 , 3= S1	Ordinal
10.	Lama Kerja	lamanya pekerja dalam tahun, perhitungan dari Surat Keputusan (SK) penempatan pertama sebagai perawat di tempat tugas sampai dilaksanakan penelitian ini di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.	Kuesioner	Gambaran lama kerja perawat dalam tahun di RS.MH.Thamrin Purwakarta	Ordinal
11.	Status Kepegawaian	Bentuk perjanjian kerjasama antara perawat dengan rumah sakit MH.Thamrin Purwakarta	Kuesioner	1 = pegawai tetap, 2= pegawai kontrak	nominal
12.	Status Menikah	Status apakah saat ini mempunyai pasangan hidup yang sah atau tidak.	Kuesioner	status yang dikategorikan menjadi 1= Janda/Duda, 2= menikah, 3= belum menikah	Nominal
	Karakteristik Psikologis	Persepsi perawat tentang faktor psikologis dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS. MH.Thamrin Purwakarta dengan mengakumulasi nilai dari motivasi dan persepsi pekerjaan.			

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
13.	Motivasi	persepsi perawat terhadap proses internal dan eksternal yang mendorong perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta	Kuesioner	jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa motivasi memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.	Ordinal
14.	Persepsi	Persepsi perawat terhadap tugas dan tanggungjawabnya dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.	Kuesioner	jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa persepsi terhadap pekerjaan memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.	Ordinal
	Karakteristik Organisasi	Persepsi perawat tentang situasi dan kondisi organisasinya dengan mengakumulasi nilai dari supervisi, imbalan, dan desain kerja.			

No	Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
15.	Supervisi	Ppersepsi perawat tentang proses supervisi kepala ruangan dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta .	Kuesioner	jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa supervisi memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan	ordinal
16.	Imbalan	Persepsi perawat tentang upah yang diterima dalam bentuk materil (gaji, insentif yang sesuai dengan kinerja perawat) yang mendukung pendokumentasikan asuhan keperawatan .	Kuesioner	jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa imbalan memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.	Ordinal
17.	Desain pekerjaan	Ppersepsi perawat tentang : <ol style="list-style-type: none"> 1. Adanya uraian tugastertulis perawat dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta. 2. Adanya uraian tugas tertulis yang mudah dipahami dan dilaksanakan oleh perawat untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin 	Kuesioner	jumlah skor yang berkisar antara 5-20 semakin tinggi skor semakin setuju bahwa Desain pekerjaan memiliki kontribusi pada pendokumentasian asuhan keperawatan.	ordinal

BAB V

METODE PENELITIAN

5.1. Jenis Penelitian

Penelitian ini pendekatan *cross sectional* yaitu suatu pendekatan yang sesaat pada suatu waktu dan tidak diikuti terus menerus dalam kurun waktu tertentu.

Menurut Sugiyono(2009) survey analitik dengan desain cross sectional diarahkan untuk menjelaskan atau mempelajari situasi dinamika korelasi antara variabel bebas dan variabel terikat. Sehingga penelitian ini dianggap sesuai untuk mendapatkan gambaran tentang hubungan karakteristik individu, karakteristik psikologis dan karakteristik organisasi pendokumentasi asuhan keperawatan.

5.2. Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan di ruang rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta. Pengumpulan data dilakukan pada bulan Agustus sampai dengan November 2011.

5.3. Populasi dan Sampel

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah seluruh tenaga perawat yang bekerja di ruang rawat inap RS. MH.Thamrin Purwakarta yang berjumlah 52 orang perawat. Teknik pengambilan sampel dalam penelitian ini adalah semua populasi diambil sebagai sampel.

Sampel dengan kriteria inklusi yaitu semua perawat yang bertugas di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta. Dan kriteria eksklusi sampel yaitu semua perawat yang cuti atau tidak bertugas selama penelitian berlangsung di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

5.4. Metode Pengumpulan Data

5.4.1. Sumber Data

Sumber data yang dikumpulkan dalam penelitian ini diperoleh secara langsung dari perawat yang melaksanakan tugas di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta dengan wawancara menggunakan kuesioner yang diisi oleh perawat.

5.4.2. Instrumentasi

Instrumen yang digunakan yaitu kuesioner yang terdiri dari empat bagian yaitu:

Kuesioner bagian A untuk mengidentifikasi karakteristik individu perawat, kuesioner bagian B untuk mengidentifikasi Karakteristik Psikologis, kuesioner bagian C untuk mengidentifikasi Karakteristik Organisasi dan kuesioner bagian D untuk mengidentifikasi pendokumentasian asuhan keperawatan.

Kuesioner A berisikan pertanyaan tentang karakteristik individu yang merupakan ciri khas yang melekat pada diri perawat terdiri dari umur, jenis kelamin, status pernikahan, masa kerja, tingkat pendidikan, status kepegawaian.

Kuesioner B berisikan tentang faktor psikologis yang terdiri dari 10 pertanyaan. Dalam kuesioner B ada dua bagian yaitu bagian motivasi dan persepsi terhadap pekerjaan.

Kuesioner C berisikan tentang faktor organisasi yang terdiri dari 15 pertanyaan. Terbagi dalam tiga bagian pertanyaan meliputi imbalan, kepemimpinan dan desain pekerjaan.

Kuesioner D berisikan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan terdiri dari 30 pertanyaan terbagi dalam bagian pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dokumentasi asuhan keperawatan.

Kuesioner A,B, dan C disesuaikan dengan kebutuhan penelitian yang dikembangkan oleh Abdul Rahim(2009) menurut konsep Gibson (1997). Sedangkan Kuesioner D dan Check List E diadopsi dari Instrumen Studi Dokumentasi Penerapan standar Asuhan keperawatan Direktorat Rumah Sakit Umum dan Pendidikan Departemen Kesehatan RI tahun 2001.

Alternatif jawaban pada kuesioner B,C,menggunakan skala Likert. Kriteria jawaban dan nilai sebagai berikut: Sangat Setuju (skor :4); Setuju (skor:3); Tidak Setuju (skor:2), dan Sangat Tidak Setuju (skor:1).

Sedangkan alternative jawaban untuk kuesioner D tentang dokumen asuhan keperawatan: Selalu (Skor:5); Sering(skor:4); Kadang-kadang (skor:3), Jarang (skor:2), dan Tidakpernah (skor:1)

Guna memperoleh hasil penelitian yang lebih baik, maka kuesioner yang dijadikan sebagai instrument pengumpulan data primer lebih dahulu dilakukan uji validitas guna menghasilkan data yang akurat sesuai dengan tujuan ukurannya. Sugiyono (2004) menyatakan bahwa pengukuran uji validitas setiap butir pertanyaan (*content validity*) dengan cara mengkorelasikan skor item masing-masing variable dengan skor total masing-masing variable sehingga akan terlihat butir instrument yang layak dan tidak layak untuk mengukur variable penelitian ini.

5.4.3. Cara Pengumpulan Data

Langkah awal untuk mengumpulkan data yaitu mengidentifikasi perawat yang memenuhi kriteria melalui dokumen kepegawaian tentang unit kerja perawat. Setelah mengetahui perawat yang memenuhi kriteria maka dapat dilakukan pengukuran karakteristik individu, karakteristik psikologis dan karakteristik organisasi, dan pendokumentasian dengan menggunakan kuesioner bagian A,B,C dan D. Pengisian kuesioner A,B, dan C dilakukan sendiri oleh perawat dengan menilai karakteristik Individu, Psikologis dan Organisasi. Sedangkan kuesioner D menilai

pendokumentasian asuhan keperawatan diisi oleh peneliti dengan melakukan observasi terhadap perawat dalam satu bulan.

5.5. Pengolahan dan Analisis Data

5.5.1. Pengolahan Data

Agar analisis penelitian menghasilkan informasi yang benar, maka sebelum

data dianalisis dilakukan pengolahan data yang mencakup:

1. Editing
Mengecek isian instrumen yang telah diisi oleh responden tentang kelengkapan jawaban, kejelasan tulisan, relevansi dan konsistensi.
2. Koding
Merubah data yang bersifat huruf ke dalam angka atau bilangan untuk mempermudah pada saat analisis dan mempercepat entri data.
3. Processing
Memproses data dengan cara melakukan entri data untuk dianalisis dengan program komputer
4. Cleaning
Pembersihan data dilakukan untuk melihat kembali data yang telah dientry ke komputer apakah ada kesalahan atau tidak
5. Penetapan skor yaitu penentuan skor untuk variable bebas dan variable terikat.

5.5.2. Analisis Data

Analisis data pada penelitian ini akan dilakukan dengan tiga tahap yaitu:

1. Analisis Univariat

Dilakukan untuk mengetahui distribusi frekwensi dari masing-masing variabel independen yaitu karakteristik individu, karakteristik psikologis dan karakteristik organisasi. Sedangkan variabel dependen dalam penelitian ini adalah pendokumentasian asuhan keperawatan

2. Analisis Bivariat

Merupakan analisa hasil dari variabel-variabel independen yang diduga mempunyai hubungan dengan variabel dependen. Analisis yang digunakan adalah Regresi Linier Sederhana, Uji t-independent, dan uji Anova, sehingga dapat diketahui ada/tidaknya hubungan yang bermakna secara statistik dengan menggunakan program komputerisasi

- Regresi Linier Sederhana

Analisis regresi merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan antar dua atau lebih variabel. Tujuan analisis regresi adalah untuk membuat perkiraan (prediksi) nilai suatu variabel (variabel dependen) melalui variabel yang lain (variabel independen).

Persamaan garis Regresi Linier Sederhana:

$$Y = a + bx + e$$

Y = Variabel Dependen

X = Variabel Independen

a = **Intercept**, perbedaan besarnya rata-rata variabel Y ketika variabel X = 0

b = **Slope**, perkiraan besarnya perubahan nialia variabel Y bila nilai variabel X

berubah satu unit pengukuran

e = nilai kesalahan (error) yaitu selisih antara niali Y individual yang teramati

dengan nilai Y yang sesungguhnya pada titik X tertentu

Derajat kepercayaan (Confidence Level) yang digunakan adalah 95% sedangkan derajat kemaknaan yang digunakan $p < 0,05$ ($\alpha=5\%$) dan uji kemaknaan ini dilakukan terhadap seluruh faktor yang diteliti, kemudian dilakukan interpretasi secara deskriptif dan analitik.

- Uji t-Independent

Prinsip pengujian dua mean dengan Uji t-independet adalah melihat perbedaan variasi kedua kelompok data. Oleh karena itu, diperlukan informasi varian dari kedua kelompok. Bentuk varian kedua kelompok data akan berpengaruh pada nilai standar error yang akhirnya akan membedakan rumus pengujiannya.

a. Uji untuk varian sama

$$T = \frac{X_1 - X_2}{S_p \sqrt{(1/n_1) + (1/n_2)}}$$

$$S_p^2 = \frac{(n_1-1) S_1^2 + (n_2-1) S_2^2}{n_1 + n_2 - 2}$$

$$df = n_1 + n_2 - 2$$

Ket :

n_1 atau n_2 = jumlah sampel kelompok 1 atau 2

S_1 atau S_2 = standar deviasi sampel kelompok 1 atau 2

b. Uji untuk Varian tidak sama

$$T = \frac{X_1 - X_2}{\sqrt{(S_1^2/n_1) + (S_2^2/n_2)}}$$

$$df = \frac{[(S_1^2/n_1) + (S_2^2/n_2)]^2}{[(S_1^2/n_1)^2/(n_1-1)] + [(S_2^2/n_2)^2/(n_2-1)]}$$

c. Uji homogenitas varian

$$F = \frac{S_1^2}{S_2^2}$$

Tujuan dari uji ini adalah untuk mengetahui varian antara kelompok data satu apakah sama dengan kelompok data yang kedua. ($df_1 = n_1 - 1$ dan $df_2 = n_2 - 1$). Pada perhitungan uji F, varian yang lebih besar sebagai pembilang dan varian yang lebih kecil sebagai penyebut.

Derajat kepercayaan (Confidence Level) yang digunakan adalah 95% sedangkan derajat kemaknaan yang digunakan $p < 0,05$ ($\alpha = 5\%$) dan uji kemaknaan ini dilakukan terhadap seluruh faktor yang diteliti, kemudian dilakukan interpretasi secara deskriptif dan analitik.

- Uji Anova

Prinsip uji ANOVA adalah melakukan telaah variabilitas data menjadi dua sumber variasi yaitu variasi dalam kelompok (within) dan variasi antar kelompok (between). Bila variasi within dan between sama (nilai perbandingan kedua varian sama dengan 1 maka mean-mean yang dibandingkan tidak ada perbedaan, sebaliknya bila hasil perbandingan tersebut menghasilkan lebih dari 1, maka mean yang dibandingkan menunjuk ada perbedaan.

Perhitungan uji ANOVA sbb:

$df = k-1 \rightarrow$ untuk pembilang; $n-k \rightarrow$ untuk penyebut; $N =$ jumlah seluruh data

$$F = \frac{Sb^2}{Sw^2}$$

$$Sw^2 = \frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2 + \dots + (n_k-1)S_k^2}{N-k}$$

$$Sb^2 = \frac{n_1(X_1-\bar{X})^2 + n_2(X_2-\bar{X})^2 + \dots + n_k(X_k-\bar{X})^2}{k-1}$$

$$\bar{X} = \frac{n_1 \cdot X_1 + n_2 \cdot X_2 + \dots + n_k \cdot X_k}{N}$$

Analisis multiple comparison bertujuan untuk mengetahui lebih lanjut kelompok mana saja yang berbeda mean-nya bilamana pada pengujian ANOVA dihasilkan ada perbedaan yang bermakna (H_0 ditolak). Ada berbagai jenis analisis multiple comparasion diantaranya adalah Bonferroni, Honestly Significant different (HSD), Scheffe dan lain-lain. Pada penelitian ini yang digunakan adalah jenis analisis multiple comparison Bonferroni.

Derajat kepercayaan (Confidence Level) yang digunakan adalah 95% sedangkan derajat kemaknaan yang digunakan $p < 0,05$ ($\alpha = 5\%$) dan uji kemaknaan ini dilakukan terhadap seluruh faktor yang diteliti, kemudian dilakukan interpretasi secara deskriptif dan analitik.

3. Analisis Multivariat

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen, uji yang digunakan adalah regresi linier berganda untuk mengetahui faktor yang paling dominan berhubungan dengan

variabel dependen, yaitu kinerja perawat dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.

Menurut Mickey dan Greenland (1989), dalam Hastono (2001), menyatakan bahwa persyaratan uji multivariat adalah setiap variabel yang pada saat dilakukan uji G (Rasio Log-Likelihood) pada tahap uji bivariat memiliki nilai $P.value < 0,25$ dan mempunyai kemaknaan secara substansi dapat dijadikan kandidat yang akan dimasukkan ke dalam model multivariat.

Analisis ini dilakukan untuk mengetahui variabel independen yang paling dominan berhubungan dengan variabel dependen, uji yang digunakan adalah regresi logistik untuk mengetahui faktor mana yang berhubungan dan untuk mengetahui faktor yang paling besar pengaruhnya terhadap variabel dependen.

Tujuan analisis regresi linier ganda adalah untuk menemukan model regresi yang paling sesuai menggambarkan faktor-faktor yang berhubungan dengan variabel dependen.

Persamaan garis Uji Regresi Linier Ganda adalah:

$$Y = a + b_1X_1 + b_2X_2 + \dots + b_kX_k + e$$

Uji Regresi Linier Ganda harus memenuhi asumsi/persyaratan yang telah ditetapkan, yaitu:

- Asumsi Eksistensi

Untuk tiap nilai dari variabel X (variabel independen), variabel Y (dependen) adalah variabel random yang mempunyai mean dan varian tertentu. Asumsi ini berkaitan dengan teknik pengambilan sampel. Untuk memenuhi asumsi ini, sampel yang diambil harus dilakukan secara random. Cara mengetahui asumsi eksistensi dengan cara melakukan analisis deskriptif variabel residual dari model, bila residual menunjukkan adanya mean dan sebaran (varian atau standar deviasi) maka asumsi eksistensi terpenuhi.

- Asumsi Independensi

Suatu keadaan dimana masing-masing nilai Y bebas satu sama lain. Jadi nilai dari tiap-tiap individu saling berdiri sendiri. Tidak diperbolehkan nilai observasi yang berbeda yang diukur dari satu individu diukur dua kali. Untuk mengetahui asumsi ini dilakukan dengan cara mengeluarkan uji Durbin Watson, bila nilai Durbin -2 s.d. $+2$ berarti asumsi independensi terpenuhi, sebaliknya bila nilai Durbin < -2 atau $> +2$ berarti asumsi tidak terpenuhi

- Asumsi Linieritas

Nilai mean dari variabel Y untuk suatu kombinasi $X_1, X_2, X_3, \dots, X_k$ terletak pada garis/bidang linier yang dibentuk dari persamaan regresi. Untuk mengetahui asumsi linieritas dapat diketahui dari uji ANOVA (overall F test) bila hasilnya signifikan ($p \text{ value} < \alpha$) maka model berbentuk linier.

- Asumsi Homoscedasticity

Varian nilai variabel Y sama untuk semua nilai variabel X. Homoscedasticity dapat diketahui dengan melakukan pembuatan plot residual. Bila titik tebaran tidak berpola tertentu dan menyebar merata disekitar garis titik nol maka dapat disebut varian homogen pada setiap nilai X dengan demikian asumsi homoscedasticity terpenuhi. Sebaliknya bila titik tebaran membentuk pola tertentu misalnya mengelompok di bawah atau di atas garis tengah nol, maka diduga variannya terjadi heteroscedasticity.

- Asumsi Normalitas

Variabel Y mempunyai distribusi normal untuk setiap pengamatan variabel X. dapat diketahui dari Normal P-P Plot residual, bila data menyebar di sekitar garis diagonal dan mengikuti arah garis diagonal, maka model regresi memenuhi asumsi model regresi tidak memenuhi asumsi normalitas.

BAB VI

HASIL PENELITIAN

Berdasarkan proses pengambilan data yang dilakukan pada bulan Agustus sampai November 2011, total perawat yang dapat diambil sebagai sampel adalah jumlah total perawat yaitu sejumlah 52 orang perawat. Kuesioner diberikan kepada perawat dan diminta untuk dikumpulkan kepada salah satu perawat yang telah ditunjuk untuk mengumpulkan kuesioner yang telah diisi dengan lengkap. Setelah kuesioner kembali kepada peneliti, tetapi ternyata masih ada kuesioner yang tidak lengkap, maka kuesioner tersebut akan dikembalikan kepada perawat yang bersangkutan dan diminta untuk melengkapi kuesioner tersebut.

Setelah jumlah dan isi kuesioner lengkap maka akan dilakukan pengolahan data. Guna memperoleh hasil penelitian yang lebih baik, maka kuesioner yang dijadikan sebagai instrumen pengumpulan data primer lebih dahulu dilakukan uji validitas guna menghasilkan data yang akurat sesuai dengan tujuan ukurannya.

Pengukuran uji validitas setiap butir pertanyaan (*content validity*) dengan cara mengkorelasikan skor item masing-masing variabel dengan skor total masing-masing variabel sehingga akan terlihat butir instrumen yang layak dan tidak layak untuk mengukur variabel penelitian ini (Sugiyono)

Pertanyaan-pertanyaan dalam kuesioner yang diuji validitas dan reliabilitasnya sejumlah 55 pertanyaan. Hasil uji (terlampir) menunjukkan bahwa nilai r -hitung lebih besar dari r -table ($df=18$) = 0,4438, maka pertanyaan-pertanyaan tersebut valid dan reliabel.

6.1. Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tabel 6.1. Deskripsi Persepsi Perawat Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menurut Tahapan Proses Asuhan keperawatan

Variabel	N	Minimum	Maksimum	Mean	Modus	Median	SD
Perilaku Pendokumentasian	52	65	143	105,5	81	111	22,65

Rata-rata skor pendokumentasian asuhan keperawatan adalah sebesar 105,5 (rentang 30-150) yang artinya perawat di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta sering melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Tabel 6.2. Distribusi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Menurut Tahapan Proses Asuhan keperawatan

Variabel	N	Min	Maks	Mean	Modus	Median	SD
Pengkajian	52	9,00	25,00	17,9	20	18	4,3
Diagnosa	52	9,00	25,00	18	20	18	4,5
Perencanaan	52	11,00	20,00	15,6	14	16	2,4
Implementasi	52	9,00	25,00	17,7	11	11	5,2
Evaluasi	52	10,00	25,00	17,6	14	14	4,5
Praktek Dokumentasi	52	10,00	25,00	18,6	25	19	4,9

Berdasarkan tabel 6.2. tampak bahwa perawat paling sering melakukan tahap praktek dokumentasi asuhan keperawatan. Sedangkan tahap Perencanaan adalah tahapan yang kadang-kadang dilakukan oleh perawat yaitu 15,6 (rentang skor 5-25) .

Berikut tabel Rincian Perilaku Tahapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan :

Tabel 6.3. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Pengkajian Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

NO	SUB VARIABEL	N	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
A	PENGENKAJIAN	52					
1.	Pengkajian data sejak klien masuk sampai dengan pulang		0	18	12	3	19
2.	Pengamatan wawancara, dan pemeriksaan fisik		22	12	15	10	13
3.	Pengelompokan menjadi data bio-psiko sosio dan spiritual		7	13	21	8	3
4.	Pengkajian data subyektif dan data obyektif berdasarkan keluhan klien dan pemeriksaan fisik		5	11	12	5	19
5.	Pencatatan data yang dikaji sesuai dengan format dan pedoman pengkajian yang baku		4	9	16	12	11

Perawat sebagian besar menyatakan selalu mendokumentasikan pengkajian asuhan keperawatan. Namun perawat menyatakan hanya kadang-kadang melakukan pengkajian data dengan pengamatan, wawancara dan pemeriksaan fisik dan kadang kadang saja melakukan pengelompokan data bio-psiko-sosio-spritual pasien. Perawat juga menyatakan selalu mengkaji data subyektif dan objektif berdasarkan keluhan pasien dan dan pemeriksaan fisik. Namun sebagian perawat menyatakan tidak selalu mencatat data yang dikaji sesuai dengan format dan pedoman pengkajian yang baku. Hasil temuan penelitian memang perawat cukup sering dalam pendokumentasian asuhan keperawatan tahap pengkajian ini

Tabel 6.4. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Diagnosa Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

NO	SUB VARIABEL	N	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
B	DIAGNOSA	52					
1.	Perumusan diagnosa/masalah keperawatan klien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan		5	13	11	17	6
2.	Perumusan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditetapkan		4	11	9	13	15
3.	Perumusan diagnosa keperawatan mencerminkan problem etiologi dan simpton (PES)		3	11	8	10	20
4.	Perumusan diagnosa keperawatan dapat juga mencerminkan problem dan etiologi		7	10	13	9	13
5.	Pencatatan rumusan diagnosa sesuai dengan format dan pedoman baku		4	14	10	11	13

Rata-rata perawat menyatakan hanya kadang kadang saja melakukan pendokumentasian pada tahap diagnosa keperawatan. Sebagian besar perawat menyatakan merumuskan masalah keperawatan klien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan dan pola fungsi kehidupan. Sebagian besar perawat selalu merumuskan diagnose keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditetapkan. Perawat kebanyakan menyatakan selalu merumuskan diagnosa keperawatan yang mencerminkan problem dan etiologi. Kebanyakan perawat jarang mencatat rumusan diagnosa sesuai dengan format dan pedoman baku.

Tabel 6.5. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Perencanaan
Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

NO	SUB VARIABEL	N	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
C	PERENCANAAN	52					
1.	membuat rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan dan disusun menurut urutan prioritas		4	15	19	12	2
2	merumuskan tujuan keperawatan yang dibuat mengandung komponen klien, perubahan perilaku, kondisi klien dan kriteria hasil.		6	17	17	11	1
3.	membuat rencana tindakan keperawatan mengacu kepada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.		5	18	14	15	0
4.	membuat rencana tindakan keperawatan dengan menggambarkan keterlibatan klien dan keluarga di dalamnya, dan tim kesehatan lain		9	16	18	8	1
5.	mencatat perencanaan sesuai dengan format dan pedoman yang baku		6	15	23	8	1

Pada tahapan perencanaan perawat menyatakan antara rentang jarang dan kadang-kadang dalam melakukan pendokumentasian. Bila dilihat dari tahap perencanaan yang ditulis perawat masih kadang-kadang tertulis rumusan tujuan keperawatan yang mengandung komponen pasien, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan kriteria hasil serta belum mengacu kepada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.

Tabel 6.6. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Implementasi
Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

NO	SUB VARIABEL	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
D	IMPLEMENTASI					
1.	Implementasi menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan	4	11	13	8	16
2.	melakukan observasi terhadap setiap respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan	0	11	10	12	19
3.	Implementasi bertujuan untuk promotif, preventif, rehabilitatif dan mekanisme coping.	3	9	14	11	15
4.	Implementasi bersifat holistik, dan menghargai hak-hak klien	2	10	14	15	11
5.	mencatat implementasi sesuai dengan format dan pedoman baku	4	7	15	8	18

Sementara tahap pendokumentasian implementasi perawat merasa sering melakukan. Perawat menyatakan selalu melaksanakan observasi respon pasien setelah melakukan tindakan keperawatan. Namun ditemukan bahwa pada tahap ini perawat menyatakan jarang melakukan implementasi tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan. Dan perawat menyatakan hanya kadang-kadang mencatat tahapan implementasi sesuai dengan format dan pedoman baku. Semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan perawat tidak dicatat dengan ringkas dan jelas.

Tabel 6.7. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Evaluasi
Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

NO	SUB VARIABEL	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
D	EVALUASI					
1.	Komponen yang dievaluasi mengenai status kesehatan klien meliputi aspek kognitif, afektif, kemampuan psikomotor klien melakukan tindakan, perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala	2	10	16	15	9
2.	melakukan evaluasi dilakukan menggunakan pendekatan SOAP	0	10	9	15	18
3.	melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil	1	8	8	21	14
4.	melakukan evaluasi terhadap perubahan fungsi tubuh dan kesehatan klien setelah dilakukan tindakan	1	12	12	17	10
5.	mencatat evaluasi dengan format dan pedoman pengkajian yang baku	0	10	12	14	16

Pendokumentasian asuhan keperawatan tahap evaluasi menurut perawat sering dilakukan di unit rawat inap dengan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Perawat masih jarang melakukan cara evaluasi yang sesuai standar asuhan keperawatan yang baku dalam pendokumentasian di rumah sakit MH.Thamrin.

Tabel 6.8. Distribusi Perilaku Perawat dalam Tahap Praktek Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

NO	SUB VARIABEL	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
D	PRAKTEK					
1.	melakukan pendokumentasian setiap tahap proses keperawatan ditulis dengan jelas, ringkas, memakai istilah yang baku dan benar	0	11	12	15	14
2.	melakukan tindakan/kegiatan keperawatan, perawat mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal dan jam dilakukannya tindakan	2	8	11	12	21
3.	Dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan ini ditulis menggunakan format yang baku	1	12	12	15	12
4.	menerapkan prinsip dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu; tulis apa yang telah dilakukan dan jangan lakukan apa yang tidak tertulis	0	8	12	13	19
5.	Berkas dokumentasi proses keperawatan di ruangan ini disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	0	11	12	7	22

Sebagian besar perawat menyatakan sering melakukan praktek pendokumentasian asuhan keperawatan dan selalu menyimpan berkas dokumentasi sesuai dengan tempat yang ditentukan. Perawat menyatakan jarang menulis pendokumentasian menggunakan istilah yang baku dan benar.

6.2. Karakteristik Individu

Mayoritas perawat unit rawat inap adalah Perempuan dan hampir setengahnya (51,9%) dengan status menikah. Tingkat Pendidikan perawat unit rawat inap sebagian besar (94,2%) lulusan Diploma. Tenaga perawat dengan status kontraker mendominasi perawat rawat inap(92,3%) di RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Tabel 6.9. Distribusi Perawat Menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, Status Menikah, dan Status Kepegawaian Unit Rawat Inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

Variabel	Frekuensi N=52	Persentase
Jenis Kelamin		
Laki-Laki	13	25
Perempuan	39	75
Tingkat Pendidikan		
D3	49	94,2
S1	3	5,8
Status Menikah		
Janda/Duda	1	1,9
Menikah	27	51,9
Belum Menikah	24	46,2
Status Kepegawaian		
Pegawai Tetap	4	7,7
Pegawai Kontrak	48	92,3

Rata-rata usia perawat di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta berkisar antara 20 sampai 34 tahun, kebanyakan yang berusia sekitar 22 tahun. Rata-rata lama kerja perawat adalah 1,5 tahun. Sebagian besar perawat telah bekerja di RS.Thamrin selama 1 tahun.

Tabel 6.10. Distribusi Perawat Menurut Usia dan Lama Kerja Unit Rawat Inap RS.MH.Thamrin Purwakarta

Variabel	N	Minimum	Maksimum	Mean	Modus	Median	SD
Usia (th)	52	20	34	25,81	22	25	3,94
Lama Kerja (th)	52	0,1	3	1,5	1	1	1

6.3. Karakteristik Psikologis dan Organisasi

Rata-rata skor persepsi perawat tentang motivasi yaitu 17 (rentang skor 5-20) artinya perawat setuju faktor motivasi berupa pembinaan, kesempatan dan dukungan yang didapat dari rumah sakit diperlukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta. Sementara Rata-rata skor persepsi perawat tentang supervisi merupakan skor terendah dibandingkan skor rata-rata sub variable lain yaitu 11,8 (rentang skor 5-20) artinya perawat setuju bahwa pemberian bimbingan, monitoring, dorongan dan supervisi pimpinan masih diperlukan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS. MH.Thamrin Purwakarta.

Tabel 6.11. Deskripsi Karakteristik Psikologis dan Organisasi Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Variabel	N	Mini	Maks	Mean	Modus	Median	SD
Motivasi	52	13,00	20,00	17	16	17	2
Persepsi	52	10,00	18,00	15,1	16	15,5	1,9
Imbalan	52	6,00	18,00	13,2	14	13	2,8
Supervisi	52	5,00	18,00	11,8	13	12	3,0
Desain Kerja	52	5,00	18,00	12,1	11	12	2,9

Berdasarkan wawancara yang mendalam diketahui sebagian besar perawat menyatakan menulis pendokumentasian asuhan keperawatan karena menganggap ini sudah menjadi kewajiban dan kekhawatiran terhadap adanya tanggung gugat jika ada masalah di kemudian hari. Namun, masih ada perawat menyatakan kadang-kadang tidak menulis dokumentasi asuhan keperawatan karena merasa beban kerja yang berat dengan perbandingan jumlah pasien. Perawat menganggap bahwa yang paling utama adalah melayani pasien. Perawat perawat yang lain menyatakan bahwa apa yang mereka tuliskan hanyalah tindakan yang selalu dilakukan. Artinya kolom pengkajian, perencanaan, dan evaluasi tidak diisi.

Mereka beralasan bahwa kolom tindakan menjadi kunci utama dan dibutuhkan saat operan jaga dengan perawat selanjutnya, sebagai alat komunikasi.

“Dokumentasi tersebut sangat bermanfaat untuk alat komunikasi, sehingga antar perawat jaga bisa mengetahui kondisi pasien dari dokumentasi asuhan keperawatan yang ada.”

Beberapa manfaat penulisan dokumentasi asuhan keperawatan bagi perawat yang dikemukakan antara lain sebagian besar perawat menyatakan pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut adalah bukti bahwa perawat telah melaksanakan asuhan keperawatan sepenuhnya kolom-kolom asuhan keperawatan sehingga kolom-kolom diisi agar tidak tampak kosong. Beberapa orang perawat memberikan jawaban bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan sangat diperlukan sebagai alat komunikasi yang berkesinambungan antara perawat.

“Ya saya melakukannya. Menurut saya penulisan dokumentasi asuhan keperawatan itu penting, suatu saat jika ada apa – apa dengan pasien bisa sebagai alat bukti kita.”

Dalam hal penghargaan yang diperoleh bagi perawat yang selalu melakukan penulisan dokumentasi asuhan hampir semua perawat menjawab tidak ada penghargaan (*reward*) apapun bagi mereka yang aktif menuliskan pendokumentasian asuhan keperawatan. Seandainya tidak melakukan, mereka beralasan paling-paling juga cuma ditegur dan seterusnya lupa.

“Selama saya di sini belum pernah ada penghargaan (reward), bahkan tidak melakukanpun tidak apa apa, paling – paling hanya ditegur tidak lama, juga akan lupa lagi.”

Ada perawat yang beranggapan bahwa manfaat penulisan dokumentasi asuhan keperawatan bagi Rumah Sakit adalah untuk kerapian sehingga jika ada akreditasi akan lebih mudah. Sebagian lagi berpendapat untuk peningkatan mutu pelayanan rumah sakit dan sebagai bagian dari legal aspek perawat. Ada juga perawat yang beranggapan bahwa hal tersebut berguna untuk penelitian dan pengembangan. Perawat yang lain menyatakan bahwa penulisan dokumentasi asuhan keperawatan bermanfaat sebagai tambahan kesibukan perawat jaga.

“Saya berpendapat dengan pendokumentasian aspek yang baik, akan meningkatkan kerapian dokumen yang ada sehingga mempermudah semua pihak ketika ada akreditasi Rumah Sakit.”

Sebagian besar perawat menyatakan faktor penghambat atau kesulitan yang dirasakan dalam upaya melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan adalah tenaga yang minim jumlahnya sementara pekerjaannya banyak (hal ini terutama di ruang rawat kelas 3). Mereka menyatakan bahwa mengisi dokumen asuhan keperawatan memakan waktu, karena terlalu panjang formatnya. Perawat yang lain menyatakan bahwa waktu mereka tersita untuk mendampingi *visite* dokter berikut mengisi format dokter yang sering tidak dilengkapi. Ada juga yang memberikan jawaban bahwa mereka malas melakukan karena mengerjakan atau tidak mengerjakan sama-sama tidak diberi peringatan oleh bagian penyimpanan Catatan Medis maupun pimpinannya.

“Kesulitan paling besar yang perawat rasakan adalah jumlah perawat minim sementara pekerjaan banyak”

Untuk faktor pendorong yang dirasakan untuk melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan sebagian perawat menyatakan bahwa faktor pendorong yang utama adalah pemenuhan aspek legalitas. Lebih lanjut mereka menerangkan bahwa maksudnya sebagai bukti otentik jika ada pemeriksaan maupun jika suatu saat terjadi masalah tertentu yang membutuhkan dokumentasi asuhan keperawatan.

Mereka menyatakan bahwa faktor pendorong mereka melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan adalah dorongan Kepala Ruang. Beberapa perawat terdorong karena kewajiban. Perawat yang lain menyatakan demi untuk mendapatkan *reward* dan untuk kelancaran atau kelangsungan dalam bekerja, sebagai bukti bahwa mereka bekerja terdokumentasi dengan baik.

Bagi perawat motivasi dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan salah satunya adalah untuk melengkapi catatan asuhan keperawatan sehingga lebih tahu keluhan dan tindakan yang harus dilakukan kepada pasien. Disamping itu ada juga yang menjawab karena bimbingan Kepala Ruang. Perawat yang lain menyatakan karena kesadaran pribadi dan tanggungjawab yang tinggi terhadap tugas yang diberikan sebagai perawat dan demi peningkatan kualitas kerja serta sebagai bukti tertulis bahwa perawat telah merawat pasien dengan baik.

“Kalau tidak didorong oleh Kepala Ruang besar kemungkinan saya tidak mendokumentasikan asuhan keperawatan”

Dalam hal adakah perbedaan teori ketika kuliah dengan aplikasi tentang penulisan dokumentasi asuhan keperawatan, sebagian besar perawat menyatakan bahwa antara kuliah dan teori tidak berbeda jauh. Ketika kuliah sebagian besar menyatakan bahwa penulisan dokumentasi asuhan keperawatan harus sesuai dengan teori. Beberapa perawat memberikan jawaban bahwa di bangku kuliah asuhan keperawatan harus ditulis lengkap.

“Perawat menyatakan bahwa penulisan dokumentasi asuhan keperawatan harus sesuai sebagai bukti bahwa perawat telah melakukan dokumentasi asuhan keperawatan.”

Di sisi lain ketika sudah bekerja di rumah sakit perawat memberikan jawaban bahwa penulisan asuhan keperawatan di rumah sakit dimodifikasi sesuai kondisi klien. Ada perawat menyatakan bahwa yang ditulis hanyalah implementasi saja, artinya bagian perawat yang lain seperti pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan dan evaluasi tidak ditulis lengkap. Bahkan ada yang menjawab lebih ekstrim lagi bahwa terkadang penulisan dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan semata-mata hanya untuk memenuhi dokumen tanpa melihat keadaan pasiennya.

Perawat yang lain menyatakan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit tergantung kebutuhan. Mereka menyatakan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit memakan waktu atau tidak efisien sehingga penulisan banyak mereka disingkat terkadang penulisan masih menggunakan bahasa gaul.

Beberapa perawat menggambarkan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit penulisannya jauh lebih sederhana dibandingkan dengan teori. Bahkan pendokumentasian di rumah sakit dimana mereka bekerja sebelumnya lebih rapi dan tertib serta taat azas pendokumentasian asuhan keperawatan.

“Setelah bekerja saya menyadari bahwa penulisan dokumentasi askep tidaklah sesulit ketika masih kuliah. Formnya simpel dan kondisi pasiennya riil sehingga lebih mudah. teori juga sudah lupa lagi”

Sebagian besar perawat menyatakan bahwa supervisi Kepala Ruang sangat berpengaruh terhadap pelaksanaan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan namun kebanyakan Kepala Ruang tidak melakukannya.

“Kepala Ruang tidak pernah melakukan pengarahan dokumentasi keperawatan.”

Dominan perawat menyatakan bimbingan secara spesifik tidak ada akan tetapi kepala ruang melakukan dengan memberikan contoh bagaimana melakukan pendokumentasian di ruang Kepala Ruang. Mereka menyatakan bahwa Kepala Ruang tidak pernah melakukan bimbingan karena Kepala Ruang menganggap bahwa bimbingan terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan kewajiban tim rumah sakit terutama Manajer keperawatan bukan tanggungjawab Kepala Ruang.

“Bimbingan secara lisan tidak ada akan tetapi dengan tindakan. Hal ini misalnya dilakukan oleh Kepala Ruang dengan melakukan pendokumentasian di ruang Kepala Ruang.”

Hampir semua perawat menyatakan bahwa observasi tidak pernah dilakukan kecuali kalau pasien akan pulang, karena mereka berasumsi bahwa Catatan Medis pasien yang akan pulang nantinya akan dikirim ke bagian Catatan Medis dan tidak kembali lagi ke ruangan kecuali pasiennya di rawat inap lagi di ruangan tersebut. Cara observasi kepala ruang terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan dengan membuka kembali form catatan asuhan keperawatan klien apakah sudah lengkap atau belum. Jika belum maka perawat jaga saat itu diminta untuk melengkapinya.

“Yang lazim dilakukan perawat maupun Kepala Ruang memastikan bahwa Catatan Medis lengkap terutama pada kolom tindakan bagi pasien yang mau pulang atau pindah ruangan.”

Sebagian besar perawat menyatakan bahwa kepala ruang tidak melakukan evaluasi terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan. Namun ada beberapa perawat menjawab evaluasi dilakukan walau mereka tidak dapat menyebutkan secara spesifik bentuk evaluasinya dan waktu dilakukannya. Perawat yang lain menyatakan tidak pernah dilakukan evaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan secara teratur. Hanya akan dilakukan evaluasi pada saat ada kasus-kasus tertentu saja yang tiba-tiba menjadi masalah di pertemuan rutin setiap hari.

“Sebagian Kepala Ruang melakukan evaluasi.”

6.4. Hubungan Karakteristik Individu, Psikologis & Organisasi dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Dalam penelitian ini diketahui bahwa faktor Usia, motivasi, persepsi, imbalan, supervisi dan desain kerja berhubungan secara statistik dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta ($p < 0.05$). Sedangkan faktor lama kerja perawat ternyata tidak berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH. Thamrin Purwakarta ($p < 0.05$). Faktor yang tidak berhubungan adalah Tingkat Pendidikan, Status menikah dan Status Kepegawaian.

Tabel 6.12. Hubungan Karakteristik Individu, Psikologis & Organisasi dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Variabel	R	R ²	P-value	SD
Usia	0,326	0,106	0,018	1,5
Lama Kerja	0,112	0,013	0,428	3,1
Motivasi	0,350	0,122	0,011	1,5
Persepsi	0,323	0,105	0,019	1,5
Imbalan	0,627	0,393	0,0005	1,55
Supervisi	0,447	0,200	0,001	0,88
Desain Kerja	0,286	0,082	0,040	0,948

Bila dianalisis lebih rinci, tampak bahwa perawat dengan pendidikan lebih tinggi S1 selalu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan disbanding dengan perawat D3. Pada perawat yang sudah menikah dan tidak menikah tidak menunjukkan perbedaan perilaku yang jauh berbeda, rata-rata termasuk sering melakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan.

Pada perawat dengan status sebagai pegawai kontrak ternyata lebih sering melakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan dibandingkan perawat dengan status sebagai pegawai tetap.

Tabel 6.13. Hubungan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan menurut Tingkat Pendidikan, Status Menikah dan Jenis Kelamin

Variabel	Mean	P-value	N
Tingkat Pendidikan			
D3	104,5	0,171	49
S1	123		3
Status Menikah			
Janda/Duda	83	0,471	1
Menikah	108,1		27
Belum Menikah	103,5		24
Jenis Kelamin			
Laki-Laki	111	0,430	13
Perempuan	104,4		39
Status Kepegawaian			
Pegawai Tetap	87,5	0,098	4
Pegawai Kontrak	107,02		48

6.5. Hubungan Variabel Bebas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Menurut Kleinbum (1987) variabel yang pada saat dilaksanakan uji bivariat memiliki P value < 0,25 dapat dijadikan kandidat yang akan dimasukkan ke dalam model Multivariat.

Table 6.14. Tabel Seleksi Pemodelan Hubungan Variabel Bebas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

No.	Variabel	P-value (<0,25)	Keputusan
1	Umur	0,018	Masuk pemodelan multivariat
2	Jenis Kelamin	0,430	Masuk pemodelan multivariat
3	Tingkat Pendidikan	0,171	Masuk pemodelan multivariat
4	Lama Kerja	0,428	Masuk pemodelan multivariat *
5	Status Kepegawaian	0,098	Masuk pemodelan multivariat
6	Status Menikah	0,471	Tidak masuk pemodelan multivariat
7	Motivasi	0,011	Masuk pemodelan multivariat
8	Persepsi	0,019	Masuk pemodelan multivariat
9	Supervisi	0,001	Masuk pemodelan multivariat
10	Imbalan	0,0005	Masuk pemodelan multivariat
11	Desain Kerja	0,040	Masuk pemodelan multivariat

Berdasarkan hasil uji seleksi bivariat diketahui bahwa variabel yang dapat mempengaruhi perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan adalah usia, tingkat pendidikan, lama kerja, status kepegawaian, motivasi, persepsi, imbalan, supervisi, dan desain kerja sehingga dapat masuk pemodelan multivariat ($p < 0,25$). Sedangkan variabel Jenis Kelamin dan Status Menikah tidak mempengaruhi perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan ($p > 0,25$).

Tabel 6.15. Pemodelan Awal Hubungan Variabel Bebas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Variabel	Unstandardized Coefficients		Sig.	R	R-square	P-value
	B	Std. Error				
(Constant)	-40,609	35,140	,007	0,756	0,572	0,0005
Usia	,719	,931	,700			
Pendidikan	11,444	12,877	,830			
Lama Kerja	1,084	4,089	,301			
Statuspegawai	5,972	11,338	,678			
Motivasi	1,430	1,736	,415			
Persepsi	1,539	1,687	,367			
Imbalan	3,251	1,151	,007			
Supervisi	1,086	1,448	,458			
Desain kerja	,391	1,495	,795			

Variabel usia, tingkat pendidikan, lama kerja, status kepegawaian, motivasi, persepsi, imbalan, supervisi, dan desain kerja berhubungan kuat dengan perilaku perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. ($R= 0,756$)

Usia, tingkat pendidikan, lama kerja, status kepegawaian, motivasi, persepsi, imbalan, supervisi, dan desain kerja dapat memperkirakan skor pendokumentasian asuhan keperawatan sebesar 57,2 % sedangkan sisanya dijelaskan oleh variabel lain. ($R\text{-Square} = 0,572$)

Tabel 6.16. Pemodelan Akhir Hubungan Variabel Bebas Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Variabel	Unstandardized Coefficients		Sig.	R	R-square	P-value
	B	Std. Error				
(Constant)	-40,609	35,140	,254	,712	,508	0,0005
Usia (X ₁)	,719	,931	,444			
Pendidikan(X ₂)	11,444	12,877	,379			
Lama Kerja(X ₃)	1,084	4,089	,792			
Status pegawai(X ₄)	5,972	11,338	,601			
Motivasi(X ₅)	1,430	1,736	,415			
Persepsi(X ₆)	1,539	1,687	,367			
Imbalan(X ₇)	3,251	1,151	,007			
Supervisi(X ₈)	1,086	1,448	,458			
Desain kerja (X ₉)	,391	1,495	,795			

Imbalan berhubungan langsung dengan pendokumentasian asuhan keperawatan namun demikian faktor usia, pendidikan, lama kerja, status pegawai, motivasi, persepsi, supervisi dan desain kerja ikut mempengaruhi. ($p < 0,05$).

Pendidikan merupakan faktor yang paling dominan mempengaruhi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. (Coeff B=11,444)

BAB VII

PEMBAHASAN

7.1. Keterbatasan Peneliti

1. Pendokumentasian asuhan keperawatan hanya merupakan salah satu aspek Penilaian Kinerja Perawat dari kegiatan pelayanan asuhan keperawatan secara komprehensif.
2. Penelitian ini hanya dilakukan kepada perawat yang bertugas di unit rawat Inap, karena memiliki kompleksitas dan kesinambungan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dibandingkan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat jalan.

7.2. Perilaku Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Dari studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada dokumentasi asuhan keperawatan menunjukkan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta yang diukur melalui sub variabel pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan praktek dokumentasi asuhan keperawatan masih belum memenuhi standar tahapan proses keperawatan.

Rata-rata perawat menyatakan sering melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Selain dari persepsi perawat dilakukan observasi terhadap 52 perawat dengan cara melihat konsistensi perilaku setiap perawat melakukan tahap-tahap pendokumentasian pada 10 pasien. Hasil observasi peneliti menunjukkan ternyata perawat hanya kadang-kadang saja melakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan. Sebagian besar perawat menyatakan hanya kadang kadang melakukan penulisan dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan format baku. Menurut pendapat saya hal ini dapat terjadi karena banyak perawat muda yang baru memulai kerja di RS.MH.Thamrin Purwakarta. Sehingga perawat masih

menganggap apa yang dia lakukan hanya sekedar bahwa mereka dianggap telah melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan, atau memang saat itu sedang diawasi atau ada masalah yang timbul saja sehingga sedang dibicarakan. Selayaknya menjadi perhatian Rumah Sakit khususnya manajemen keperawatan untuk mengembangkan budaya kerja agar tercipta pandangan, sikap, cara berpikir dan bertindak professional pada setiap perawat.

Menurut Nursalam (2001) hakekat dokumentasi asuhan keperawatan adalah terciptanya kegiatan-kegiatan keperawatan yang menjamin tumbuhnya pandangan, sikap, cara berpikir dan bertindak profesional pada setiap perawat. Pendekatan yang sistematis dan logis dengan landasan ilmiah yang benar, serta melalui dokumentasi proses keperawatan, semua kegiatan dalam proses keperawatan dapat ditampilkan kembali sehingga dapat diteliti ulang untuk dikembangkan atau diperbaiki.

Adanya fenomena di atas disebabkan oleh beberapa alasan mengenai pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan praktek dokumentasi asuhan keperawatan yang dapat diuraikan berdasarkan masing-masing permasalahan dalam sub pendokumentasian pada jabaran di bawah ini.

Perawat sebagian besar menyatakan selalu mendokumentasikan pengkajian asuhan keperawatan. Namun perawat menyatakan hanya kadang-kadang melakukan pengkajian data dengan pengamatan, wawancara dan pemeriksaan fisik dan kadang kadang saja melakukan pengelompokan data bio-psiko-sosio-spritual pasien. Perawat juga menyatakan selalu mengkaji data subyektif dan objektif berdasarkan keluhan pasien dan dan pemeriksaan fisik. Namun sebagian perawat menyatakan tidak selalu mencatat data yang dikaji sesuai dengan format dan pedoman pengkajian yang baku. Hasil temuan penelitian memang perawat cukup sering dalam pendokumentasian asuhan keperawatan tahap pengkajian ini. Hal ini menunjukkan perawat tidak sinkrom dalam menjalankan proses tahap keperawatan yang selanjutnya seharusnya diikuti dengan dengan melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Dari pengamatan peneliti mungkin ada beberapa hal yang menyebabkan hal ini antara lain kurangnya tersedianya form baku yang tersosialisasi pemahaman pengisian form asuhan keperawatan yang ada di Rumah Sakit. Ditambah kurangnya evaluasi yang

dilakukan kurang rutin dan terjadwal dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan, pemahaman perawat perawat muda yang belum menerapkan asuhan keperawatan professional bahwa pencatatan dan pelaporan adalah suatu hal mutlak yang harus ada dan dilaksanakan.

Kegiatan dokumentasi asuhan keperawatan dalam hal ini juga mencakup pencatatan dan pelaporan kajian kondisi fisik pasien sesuai dengan asuhan keperawatan professional dan merupakan suatu hal yang mutlak harus ada dan dilaksanakan pada setiap tahap proses keperawatan (Depkes, 2001).

Rata-rata perawat menyatakan hanya kadang kadang saja melakukan pendokumentasian pada tahap diagnosa keperawatan. Sebagian besar perawat menyatakan merumuskan masalah keperawatan klien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan dan pola fungsi kehidupan. Sebagian besar perawat selalu merumuskan diagnose keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditetapkan. Perawat kebanyakan menyatakan selalu merumuskan diagnosa keperawatan yang mencerminkan problem dan etiologi. Kebanyakan perawat jarang mencatat rumusan diagnosa sesuai dengan format dan pedoman baku. Hasil temuan menunjukkan perawat memang hanya kadang kadang melakukan tahapan pendokumentasian diagnosa.

Hal ini tidak sejalan dengan pendapat Nursalam (2001) semua diagnosa keperawatan harus didukung oleh data. Definisi karakteristik tersebut dinamakan tanda dan gejala, tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh pasien. Setelah perawat mengelompokkan, mengidentifikasi, dan memvalidasi data-data yang bermakna, maka tugas perawat pada tahap ini adalah merumuskan suatu diagnosa keperawatan.

Begitu pula menurut Carpenito yang dikutip dalam Nursalam (2001) diagnosa keperawatan bersifat aktual jika mampu menjelaskan masalah nyata yang terjadi saat ini sesuai data klinik yang ditemukan. Syarat untuk menegakkan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsure (P) = problem (masalah) yaitu pernyataan terhadap masalah kesehatannya baik actual maupun potensial, (E) = etiology (penyebab) adalah penyebab atau alasan yang dicurigai dari respon yang telah

diidentifikasi dari pengkajian, (S) = sign and symptom (tanda dan gejala) adalah manifestasi yang diidentifikasi dalam pengkajian yang menyokong diagnosa keperawatan.

Dari pengamatan peneliti perawat sepertinya ragu menentukan diagnosa yang tepat karena masih kurangnya pengalaman, walaupun selalu melakukan rumusan diagnosa namun kadang kadang saja melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Ada baiknya diadakan diskusi rutin terhadap permasalahan yang ada sehingga bisa terdapat curah pendapat sebagai ajang menambah dan berbagi pengalaman antar perawat.

Pada tahapan perencanaan perawat menyatakan antara rentang jarang dan kadang-kadang dalam melakukan pendokumentasian. Hal ini dapat disebabkan karena perawat menganggap perencanaan keperawatan yang masih belum standar. Bila dilihat dari tahap perencanaan yang ditulis perawat terkadang rumusan tujuan keperawatan belum mengandung komponen pasien, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan kriteria hasil serta belum mengacu kepada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas. Hasil temuan peneliti menunjukkan tahap perencanaan pendokumentasian asuhan keperawatan memang paling jarang dilakukan perawat. Dan bahkan di beberapa ruangan form perencanaan tidak disediakan. Hal ini dapat terjadi karena perawat belum melaksanakan tindakan keperawatan yang mengacu kepada rencana keperawatan yang sudah dijadikan standar operasional prosedur manajemen asuhan keperawatan. Hal ini perlu mendapat perhatian manajemen asuhan keperawatan dalam hal evaluasi, pengawasan dan monitoring serta pembinaan bagi perawat untuk lebih rutin dan terarah.

Keadaan ini tidak sesuai pendapat Hidayat,2001 yang mengatakan bahwa bahwa rencana keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada pasien. Setiap pasien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik. Perencanaan adalah bagian dari fase pengorganisasian dalam proses keperawatan yang meliputi tujuan perawatan, penetapan pemecahan masalah, dan menentukan tujuan perencanaan untuk mengatasi masalah klien.

Demikian juga tidak sejalan pendapat Ali (2002) menyebutkan bahwa perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi.

Berdasarkan beberapa teori tersebut di atas dapat disimpulkan bahwa suatu perencanaan yang kurang baik akan berakibat rendahnya mutu pelayanan keperawatan pada pasien sebagai akibat dari data yang kurang lengkap.

Sementara tahap pendokumentasian implementasi perawat merasa sering. Sesuai dengan hasil temuan peneliti bahwa tahap ini perawat memang sering melakukan pendokumentasian tahap implementasi. Perawat menyatakan selalu melaksanakan observasi respon pasien setelah melakukan tindakan keperawatan. Namun ditemukan bahwa pada tahap ini perawat menyatakan jarang melakukan implementasi tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan. Dan perawat menyatakan hanya kadang-kadang mencatat tahapan implementasi sesuai dengan format dan pedoman baku. Semua tindakan keperawatan yang telah dilakukan perawat tidak dicatat dengan ringkas dan jelas. Hal ini dapat disebabkan karena perawat merasa kurangnya sosialisasi mengenai standar operasional prosedur tentang pendokumentasian asuhan keperawatan yang baku di rumah sakit. Dan kurang dilakukan bimbingan dan arahan yang rutin dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hal ini tidak sejalan dengan pendapat Iyer et al, 1996 yang dikutip dari Nursalam mengatakan bahwa Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tujuan dari Implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam,2008). Jenis tindakan pada implementasi ini terdiri dari tindakan mandiri (independent), saling ketergantungan atau kolaborasi (interdependent), dan tindakan rujukan atau ketergantungan .

Pendokumentasian asuhan keperawatan tahap evaluasi menurut perawat sering dilakukan di unit rawat inap dengan mengacu pada tujuan dan kriteria hasil.

Perawat masih jarang melakukan cara evaluasi yang sesuai standar asuhan keperawatan yang baku dalam pendokumentasian di rumah sakit MH.Thamrin disebabkan oleh penerapan proses keperawatan dari tahap pengkajian sampai dengan evaluasi belum disosialisaikan dengan menyeluruh dan terintegrasi sehingga pencatatan tidak seragam atau sesuai pada format yang baku. Hal ini tampak pada hasil evaluasi yang dicatat juga belum dilakukan dengan ringkas dan jelas.

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses keperawatan. Tugas selama tahap ini termasuk pendokumentasian pernyataan evaluasi dan revisi rencana asuhan keperawatan dan intervensi. Pernyataan evaluasi memberikan informasi yang penting tentang pengaruh intervensi yang direncanakan pada status kesehatan klien (Nursalam, 2008).

Sebagian besar perawat menyatakan sering melakukan praktek pendokumentasian asuhan keperawatan dan selalu menyimpan berkas dokumentasi sesuai dengan tempat yang ditentukan. Perawat menyatakan jarang menulis pendokumentasian menggunakan istilah yang baku dan benar. Hal ini tidak sejalan dengan hasil temuan yang menunjukkan bahwa pada tahap praktek pendokumentasian ternyata perawat hanya kadang-kadang melakukannya. Melalui wawancara dengan manajer keperawatan dan keluhan unit Marketing dan Keuangan bahwa perawat terkadang menulis pendokumentasian asuhan keperawatan tidak jelas dan berantakan.

Pendokumentasian asuhan keperawatan sangat penting dilakukan, hal ini perlu mengingat catatan tersebut dapat digunakan sebagai alat untuk mengevaluasi perawat dalam melakukan tindakannya terhadap pasien. Juga Jika di kemudian hari ada kasus hukum yang berkaitan dengan pasien tertentu maka catatan asuhan keperawatan dapat dijadikan bukti sah terhadap tindakan yang dilakukan oleh perawat.

Dari hasil wawancara penulis kepada 15 perawat, sebagian besar diantaranya menyatakan selalu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan alasan merasa sudah merupakan kewajiban dan kesadaran bahwa dokumen asuhan keperawatan ini dapat menjadi bukti otentik untuk tanggunggugat bila terjadi sesuatu

yang berkaitan dengan pasien. Hal ini menunjukkan bahwa sebenarnya perawat menyadari betapa pentingnya dokumentasi asuhan keperawatan. Sesuai pendapat Hidayat yang mengatakan dokumentasi secara umum merupakan suatu catatan otentik atau semua warkat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Sedangkan dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan pasien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggungjawab perawat (Hidayat,2001).

Kegiatan dokumentasi asuhan keperawatan mencakup pencatatan dan pelaporan, terutama yang berkaitan dengan pelaksanaan asuhan keperawatan profesional dan merupakan satu hal yang mutlak harus ada dan dilaksanakan pada setiap tahapan proses keperawatan, mulai dari pengkajian (pengumpulan dan analisis data), diagnosa keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengadakan evaluasi hasil tindakan keperawatan (Depkes, 1995).

Dokumentasi Keperawatan adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang status kesehatan klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Potter dan Perry, 1984).

7.3. Hubungan Usia Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Usia perawat sebagian besar sekitar 22 tahun. Usia tidak mempengaruhi secara langsung pendokumentasian asuhan keperawatan. Namun usia merupakan *cofounding factor* yang perlu dipertimbangkan. Namun kenyataannya di lapangan ditemukan sebagian besar perawat yang usianya tergolong produktif ternyata lebih jarang melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dibanding perawat yang lebih tua. Dari hasil pengamatan peneliti sepertinya perawat-perawat usia muda memang perlu bimbingan dan arahan dalam bersikap disiplin dan ditanamkan rasa

tanggungjawab sehingga pemanfaatan usia produktif bisa lebih maksimal. Sejalan dengan pendapat Nitisemito menyatakan bahwa, "Pegawai yang lebih muda cenderung mempunyai fisik yang kuat, sehingga diharapkan dapat bekerja keras dan pada umumnya mereka belum berkeluarga anaknya relative masih sedikit. Tetapi pegawai yang lebih muda umumnya kurang berdisiplin, kurang bertanggungjawab dan sering berpindah pindah pekerjaan dibandingkan pegawai yang lebih tua.

Sedangkan menurut Robbin (2001) makin lanjut usia seseorang makin kecil tingkat kemangkirannya dalam melaksanakan tugas dan menunjukkan kemantapan yang lebih tinggi dengan masuk kerja secara lebih teratur sehingga kecil kemungkinan untuk berhenti. Tetapi bila dilihat dari aspek kesehatan sehubungan dengan penuaan dan lebih lamanya waktu pemulihan yang diperlukan pekerja tua bila cedera maka karyawan tua kemungkinan mempunyai tingkat kemangkiran yang lebih tinggi bila dibandingkan dengan karyawan muda. Seperti pendapat Simanjuntak (1985) menyatakan bahwa tingkat partisipasi mula-mula meningkat sesuai dengan bertambahnya usia dan menurun menjelang tua.

Usia berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas perawat. Kedewasaan adalah tingkat kedewasaan teknis dalam melaksanakan tugas-tugas maupun kedewasaan psikologis. Menurut Siagian (1995), semakin lanjut usia seseorang semakin meningkat pula kedewasaan teknis, dan tingkat kedewasaan psikologisnya yang menunjukkan kematangan jiwa, dalam arti semakin bijaksana, mampu berpikir secara rasional, mengendalikan emosi dan bertoleransi terhadap orang lain, yang berarti dapat meningkatkan kinerja seseorang.

7.4. Hubungan Jenis Kelamin Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Mayoritas perawat unit rawat inap RS. MH.Thamrin Purwakarta adalah Perempuan. Rata-rata skor pendokumentasian Asuhan Keperawatan cukup sering dilakukan oleh perempuan dibandingkan pada laki-laki. Profesi keperawatan yang sebagian besar didominasi oleh perempuan memang menuntut seorang yang lebih

telaten dan *caring* melakukan asuhan keperawatan. Hal ini tidak sejalan dengan pendapat Robbins (2003) menyatakan bahwa, “tidak ada perbedaan yang konsisten antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analisis, dorongan kompetitif, motivasi, sosiabilitas atau kemampuan belajar.

Namun hal ini tidak sejalan dengan penelitian Damayanti (1998), bahwa meskipun jenis kelamin laki-laki jumlahnya relatif sedikit tetapi mempunyai peran dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Demikian juga tidak sejalan dengan pendapat Shye (ilyas,1999) mengemukakan bahwa tidak ada perbedaan produktivitas kerja antara perawat wanita dan perawat pria. Walaupun demikian jenis kelamin perlu diperhatikan karena sebagian besar tenaga perawat adalah wanita. Pada pria dengan beban keluarga tinggi akan meningkatkan jam kerja perminggu, sebaliknya wanita dengan beban keluarga tinggi dimana tanggungjawab dan keluarga akan mengurangi jam kerja. Namun secara psikologis wanita lebih bersedia untuk mematuhi wewenang sementara pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinannya daripada wanita dalam memiliki harapan untuk sukses (Robins,2001).

Hal ini bisa menjadi pertimbangan bagian SDM RS.MH.Thamrin Purwakarta dalam merekrut tenaga kerja perawat khususnya.

7.5. Hubungan Tingkat Pendidikan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian di unit rawat inap RS.MH. Thamrin Purwakarta mayoritas perawat memiliki tingkat pendidikan Diploma. Hasil analisis disimpulkan bahwa tidak terlihat perbedaan yang bermakna untuk pendokumentasian asuhan keperawatan pada setiap jenjang pendidikan. Namun Tingkat pendidikan merupakan *confounding factor* yang perlu dipertimbangkan.

Namun kenyataannya di lapangan ditemukan bahwa perawat dengan tingkat pendidikan S1 lebih sering melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Kondisi ini diprediksi mendominasi kinerja perawat vokasi yang lebih terfokus pada

ketrampilan prosedur tindakan keperawatan, sehingga kurang memberikan perhatian pada aspek pendokumentasian asuhan keperawatan.

Berdasarkan persepsi perawat diketahui bahwa tingkat pendidikan merupakan faktor yang paling mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini merupakan temuan yang cukup menarik karena dari awal penelitian dari studi pendahuluan diketahui bahwa tingkat pendidikan perawat di RS.MH.Thamrin Purwakarta khususnya di unit rawat inap hampir didominasi lulusan Diploma (D3) seharusnya teori tentang pendokumentasian asuhan keperawatan yg didapat oleh perawat di bangku kuliah memiliki standar yang sama. Namun pada kenyataannya pengetahuan yang sama tidak berarti mendorong individu untuk berperilaku sama dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Faktor lain yang diduga sebagai penyebab tidak berhubungan secara bermakna tingkat pendidikan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah perawat yang memiliki tingkat pendidikan S1 keperawatan adalah manajer keperawatan atau kepala ruangan yang memiliki tugas pokok dan tanggungjawab untuk melaksanakan fungsi-fungsi manajemen ruang rawat inap, bukan sebagai tenaga teknis pelaksana asuhan keperawatan.

Pendidikan bagi seseorang adalah merupakan suatu penambahan pengetahuan, guna meningkatkan kemampuan dan mutu kehidupan manusia. Selain itu juga pendidikan adalah salah satu alat untuk meningkatkan kualitas hidup baik jasmani dan rohani, meskipun sebagian orang pendidikan merupakan gengsi atau prestise.

Menurut Maslow, bahwa adanya pengakuan dan penghargaan disini dapat berarti gelar pendidikan dari pendidikan yang pernah ditempuh atau suatu kemampuan yang didapat dari hasil pendidikan yang pernah ditempuhnya sehingga mendapat suatu pengakuan dari orang-orang atau lingkungannya tempat bekerja yang menentukan kedudukannya di dalam suatu pekerjaan termasuk masyarakat di lingkungannya.

Begitu pula dalam melaksanakan pekerjaannya atau karier yang diinginkan atau mungkin penghasilan yang akan memacunya untuk meningkatkan diri, hal ini sesuai teori Herzberg. Sehingga dengan pendidikan yang lebih tinggi, maka seseorang

akan meningkatkan kinerjanya yang menghasilkan suatu hasil yang lebih baik, karena dia memiliki pengetahuan dan wawasan yang lebih luas serta sikap yang lebih baik dibandingkan tenaga perawat yang berpendidikan lebih rendah

Menurut Siagian (1997) semakin tinggi pendidikan seseorang semakin besar untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan untuk menduduki suatu jabatan tertentu. Demikian pula tingkat pendidikan perawat dapat mempengaruhi kinerja yang bersangkutan. Tenaga keperawatan yang berpendidikan tinggi, kinerjanya akan lebih baik dan diharapkan dapat memberikan sumbangsuhnya berupa saran-saran yang bermanfaat terhadap manajer keperawatan dalam rangka meningkatkan kinerja perawat.

Seorang perawat untuk melakukan analisa dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan memerlukan kemampuan intelektual, interpersonal dan teknikal yang memadai. Dimana hal penting yang mendasari itu semua adalah pendidikan formal. Baik perawat lulusan D III keperawatan maupun S1, kedua-duanya mempunyai fungsi untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Namun dengan latar pendidikan yang berbeda maka kualitas dan kelengkapannya pun berbeda, hal tersebut sesuai bekal ilmu yang didapat saat pendidikan.

Menurut Sayogo (1995), tingkat pendidikan akan mempengaruhi perilaku seseorang, semakin tinggi tingkat pendidikan semakin baik perilakunya. Hal ini dapat diasumsikan bahwa semakin tinggi pendidikan perawat, akan semakin tinggi pemahaman tentang pentingnya kegiatan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga akan diikuti pula dengan perilaku pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut.

Dimana dengan berbagai ilmu-ilmu dan teori-teori keperawatan serta berbagai disiplin ilmu lainnya yang didapat lebih mendalam, tentunya hal tersebut dapat berpengaruh terhadap kualitas dan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dalam proses keperawatan. Hal senada diungkapkan oleh Effendy (1995) bahwa seorang perawat yang akan menganalisa data keperawatan harus dapat

memiliki dasar-dasar pengetahuan yang mereka pelajari selama mengikuti pendidikan.

Banyak teori menyatakan bahwa seseorang yang memiliki tingkat pendidikan formal yang lebih tinggi biasanya memiliki tingkat pemahaman kerja yang lebih baik. Beberapa teori yang mendukung bahwa pendidikan berpengaruh terhadap kinerja individu seperti pendapat Suprihanto (2000) yang menyatakan, pendidikan formal dapat memberi kesempatan berprestasi yang lebih baik pada diri seorang pekerja.

Rakhmat (2004) salah satu faktor situasional yang mempengaruhi perilaku adalah faktor-faktor sosial yang di dalamnya adalah kecerdasan yang diperoleh melalui pendidikan. Pendapat yang sama dikemukakan Simanjuntak (1985) yang menyebutkan bahwa semakin tinggi pendidikan seseorang akan semakin tinggi produktivitas kerjanya.

7.6. Hubungan Lama Kerja Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Siagian (2008) menyatakan bahwa ,”Masa kerja menunjukkan berapa lama seseorang bekerja pada masing-masing pekerjaan atau jabatan”. Hasil penelitian rata-rata lama kerja perawat di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta adalah 1,5 tahun. Lama Kerja tidak berhubungan langsung dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Namun Lama Kerja merupakan *cofounding factor* yang perlu dipertimbangkan. Hal ini sejalan dengan hasil penelitian Martini (2007) yang menyatakan bahwa tidak ada hubungan antara lama kerja dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Dapat diasumsikan bahwa semakin bertambahnya lama kerja ternyata tidak menunjukkan peningkatan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan malahan semakin terjadi penurunan. Kondisi ini dapat disebabkan oleh berbagai faktor yaitu selain karena terjadi kejenuhan terhadap rutinitas pekerjaan dan kebiasaan pendokumentasian yang kurang pengawasan dari pimpinan terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan serta kurangnya pembinaan mengenai pendokumentasian asuhan keperawatan terhadap para perawat pelaksana sehingga

kemauan dan motivasi untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan rendah. Fenomena ini kemungkinan disebabkan karena rumah sakit yang baru saja beroperasi selama tiga tahun sehingga terhitung masih dalam perkembangan menyangkut lama kerja dan evaluasi dan penilaian kinerja perawat. Namun masukan ini dapat dijadikan RS.MH.Thamrin Purwakarta untuk menentukan perencanaan pengembangan sumberdaya manusia untuk peningkatan kualitas pelayanan RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Pada penelitian yang dilakukan oleh Ade Ira (2009) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan antara lama kerja perawat dengan pelaksanaan kelengkapan rekam medis. Sejalan juga dengan penelitian Megawati (2005) bahwa tidak ada pengaruh yang bermakna antara lama kerja dengan kinerja perawat di RSU Dr. Pringardi Medan.

Kreitner dan Kinicki (2004) menyatakan bahwa, "masa kerja yang lama akan cenderung membuat seorang pegawai lebih merasa betah dalam suatu organisasi, hal ini disebabkan diantaranya karena telah beradaptasi dengan lingkungan yang cukup lama sehingga seorang pegawai akan merasa nyaman dengan pekerjaannya. Penyebab lain juga dikarenakan adanya kebijakan dari instansi atau perusahaan mengenai jaminan hidup di hari tua.

Lama kerja seseorang dalam organisasi perlu diketahui karena lama kerja itu dapat merupakan salah satu indikator tentang kecenderungan para karyawan dalam berbagai segi kehidupan organisasi (Siagian, 1995).

Anderson (1994) bahwa makin lama pengalaman kerja seseorang, maka semakin terampil petugas tersebut. Biasanya seseorang sudah masa kerja pada bidang tugasnya makin mudah ia memahami tugas dan tanggungjawabnya, sehingga member peluang orang tersebut untuk meningkatkan prestasi serta beradaptasi dengan lingkungan dimana ia berada.

Lama kerja pada seseorang dapat dilihat pada teori motivasi prestasi Mc. Clelland, dimana seseorang akan mempunyai keinginan untuk berprestasi dibandingkan dengan orang lain, karena semakin lama seseorang bertugas di tempat tertentu akan semakin menyatu dengan tempat tugas tersebut sehingga menimbulkan

keinginan untuk berprestasi dibandingkan orang lain, karena dia telah merasa menyatu dan telah menguasai pekerjaan tersebut yang tentunya akan membuat seseorang ingin berprestasi. Sehingga dapat disimpulkan bahwa lamanya bertugas atau lama kerja seseorang membuat seseorang merasa termotivasi untuk menghasilkan yang terbaik dalam melaksanakan tugas.

Semua ini dapat dijadikan bahan evaluasi bagi rumah sakit dalam merencanakan dan mengembangkan kesempatan kepada karyawan RS MH.Thamrin khususnya perawat sehingga rasa nyaman dan percaya perawat terhadap pengembangan jenjang karir dan pengembangan individual sebagai perawat diperhatikan dengan baik.

7.7. Hubungan Status Kepegawaian Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa sebagian besar perawat di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta adalah pegawai honor . Tidak terlihat perbedaan pendokumentasian antara pegawai tetap dan honor. Namun status kepegawaian merupakan *cofounding factor* yang perlu dipertimbangkan. Fenomena ini kemungkinan disebabkan proses reward dan punishment belum berjalan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RS.MH.Thamrin Purwakarta.

Hal ini tidak sejalan dengan yang dikemukakan oleh BPPSDM, Depkes (2002) yaitu adanya perbedaan status kepegawaian antara pegawai tetap dengan pegawai honorer menyebabkan kesenjangan antar tenaga perawat yang bekerja dalam satu sarana pelayanan kesehatan dengan status dan penggajian yang berbeda. Selain itu bagi perawat yang tetap peluang ini makin terasa dengan pemberlakuan angka kredit bagi perawat. Sehingga hal ini akan berdampak pada kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat. (BPPSDM Depkes, 2002)

Namun apabila ditelaah lebih dalam ditemukan di lapangan bahwa pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada perawat yang berstatus sebagai pegawai honor lebih sering dibandingkan perawat yang berstatus sebagai pegawai

tetap. Hal ini sebaiknya menjadi perhatian bagian SDM dalam meningkatkan kinerja manajemen SDM untuk dapat memperhatikan kinerja karyawan sehingga proses reward and punishment dapat berjalan dengan baik di RS.MH.Thamrin Purwakarta khususnya keperawatan mengingat komposisi perawat merupakan tenaga terbanyak di rumah sakit.

7.8. Hubungan Status Pernikahan Dengan Pendokumentasian Asuhan

Keperawatan

Lembaga Demografi FE UI (2000) menyatakan bahwa, “Status perkawinan adalah ikatan lahir batin antara pria dan seorang wanita sebagai suami istri dengan tujuan membentuk keluarga yang bahagia dan kekal berdasarkan Ketuhanan Yang Maha Esa”.

Perawat unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta 51,9% telah menikah. Tidak terlihat perbedaan untuk pendokumentasian asuhan keperawatan pada perawat yang janda/duda, menikah dan belum menikah. Namun tetap terlihat perawat yang telah menikah lebih sering melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dibandingkan dengan perawat dengan status belum menikah atau janda/duda. Hal ini dapat disebabkan karena perawat yang telah menikah terbiasa memiliki rasa tanggungjawab lebih dibandingkan dengan yang belum menikah. Menurut Robbins (2003) bahwa pernikahan memaksakan peningkatan tanggungjawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting”.

Hasil penelitian ini menegaskan bahwa status pernikahan tidak berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Di sisi lain ada pengaruh perkembangan budaya di daerah ini yang semakin tidak membedakan status menikah untuk berjuang membangun daerahnya tanpa harus terbebani dengan urusan rumah tangga.

Soekanto (2000) menyatakan bahwa, “Perkawinan adalah ikatan yang sah antara seorang pria dan wanita yang menimbulkan hak-hak dan kewajiban-kewajiban antara mereka maupun turunannya.”

Menurut Siagian (1995) status perkawinan seseorang berpengaruh terhadap perilaku seseorang dalam kehidupan organisasinya, baik secara positif maupun negatif yang berarti bahwa status perkawinan seseorang turut pula memberikan petunjuk tentang cara, dan teknik motivasi yang cocok digunakan baginya dibandingkan dengan orang yang tidak berkeluarga.

Sedangkan menurut Robins (2001) seseorang yang telah menikah lebih sedikit absensinya, mengalami pergantian yang lebih rendah dan lebih puas dengan pekerjaan mereka daripada rekan kerjanya yang belum menikah, hal ini dapat disebabkan karena perkawinan memaksakan peningkatan tanggungjawab yang dapat membuat suatu pekerjaan yang tetap menjadi lebih berharga dan penting. Sehingga di sini dapat dilihat bahwa adanya pengaruh status perkawinan terhadap kinerja seseorang.

7.9. Hubungan Motivasi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Perawat setuju bahwa motivasi mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan. Di unit rawat inap RS.Thamrin Purwakarta sebagian besar perawat merasa memiliki motivasi untuk berusaha mendapatkan hasil yang terbaik dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini menurut perawat perlu didukung adanya kesempatan untuk mengembangkan diri sesuai dengan bidang keahlian. Hasil Penelitian ini menunjukkan motivasi berhubungan dengan pendokumentasian Asuhan Keperawatan.

Namun kenyataannya menunjukkan bahwa perawat kurang berusaha mendapatkan hasil yang terbaik dalam setiap melaksanakan pekerjaan karena pola pembinaan dan pengembangan karir bagi perawat yang dilakukan kurang konsisten dan tidak dapat meningkatkan motivasi dan daya saing kompetitif. Sebagai seorang staf perawat merasa kurang diberikan kesempatan untuk mengembangkan diri sesuai dengan bidang keahliannya.

Hasil lain yang ditemukan juga menyebutkan bahwa pimpinan kurang memberikan dukungan dan penghargaan terhadap setiap prestasi yang mereka raih

sehingga mereka kurang termotivasi untuk meningkatkan keberhasilan kerjanya. Lingkungan tempat kerja yang dirasakan perawat menurut mereka juga kurang memberikan kenyamanan sehingga kurang memberikan dorongan semangat untuk bekerja lebih baik.

Dari wawancara mendalam bahwa selain motivasi intrinsik seperti perawat berusaha sebaik mungkin untuk mendapatkan hasil yang baik, pengembangan diri dan meningkatkan keberhasilan, ternyata motivasi ekstrinsik yang turut berperan adalah menyadari adanya konsekuensi tanggung gugat apabila pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan ini tidak dilakukan sesuai dengan standar operasional yang berlaku. Namun kenyataannya yang ditemukan dilapangan karena pengawasan, monitoring dan evaluasi tidak dilakukan secara rutin mempengaruhi motivasi perawat yang berkurang untuk meningkatkan keberhasilan kerjanya itu. Oleh karena itu penting kiranya pihak rumah sakit untuk mulai memahami kebutuhan-kebutuhan yang dianggap penting bagi karyawan khususnya perawat dalam meningkatkan keberhasilan kinerja mereka.

Menurut pendapat Maslow yang dikutip dalam Atkinson (2004) timbulnya perilaku seseorang pada saat tertentu ditentukan oleh kebutuhan yang memiliki kekuatan yang tinggi, sehingga penting bagi setiap manajer untuk memiliki pemahaman tentang kebutuhan-kebutuhan yang dirasakan penting bagi bawahannya.

Wilujeng (2008) pada penelitiannya menghasilkan bahwa motivasi intrinsik dan ekstrinsik berpengaruh secara bersama terhadap kinerja perawat di instalasi rawat inap RS.Semen Gresik.

Sejalan dengan penelitian Ade Ira (2009) yang menyatakan ada pengaruh yang bermakna antara motivasi terhadap kinerja perawat dalam kelengkapan Rekam Medis. Penelitian lain yang dilakukan Mangatua (2007) menunjukkan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna antara motivasi dengan produktivitas kerja karyawan pada PT. Asikria Mulia.

Ini sesuai dengan pendapat Foster dkk (2001) yang menyatakan bahwa meningkatnya kinerja terkait dengan motivasi yang tinggi untuk melaksanakan tugas dan ketrampilan yang baik. Wexley dkk (1992) menambahkan bahwa kuat lemahnya

motivasi seorang pekerja ikut menentukan besar kecilnya prestasi atau baik dan buruknya kinerja.

Penelitian yang dilakukan oleh Hageman (1993) menemukan hasil atas pertanyaan apa yang memotivasi responden untuk bertindak melakukan sesuatu. Diperoleh hasil bahwa lebih dari 60% responden menjawab berhubungan dengan kebutuhan sosio-psikologis seperti umpan balik, keadilan, rasa memiliki, kejujuran, kredibilitas, kepercayaan, partisipasi dan tanggungjawab. Sekitar 20% jawaban responden berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan intelektualitas seperti pemenuhan diri sendiri, tugas yang menarik, variatif, dan tantangan. Hanya 10% jawaban yang berhubungan dengan faktor materi, sisanya 10% jawaban berkaitan dengan motivasi yang mengikuti kata hatinya.

7.10. Hubungan Persepsi Terhadap Pekerjaan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Sebagian besar perawat di unit rawat inap RS.MH.Thamrin purwakarta setuju bahwa persepsi perawat terhadap tugas dan tanggungjawab pekerjaan berkontribusi dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan. Perawat sudah memiliki kesadaran akan tugas dan tanggungjawabnya sehingga perawat berusaha semaksimal mungkin untuk meningkatkan kualitas dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Persepsi perawat terhadap pekerjaan dengan pendokumentasian Asuhan Keperawatan tidak menunjukkan hubungan secara langsung namun perlu dipertimbangkan karena merupakan *counfounding factor*.

Hal ini dapat dijadikan bahan bagi rumah sakit dalam membangun budaya kerja yang dapat meningkatkan kualitas dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga persepsi tanggungjawab perawat terhadap pentingnya dokumen ini memiliki peran besar dalam peningkatan kualitas pelayanan rumah sakit. Sebaiknya sosialisasi rutin tentang visi dan misi rumah sakit serta arah perkembangan peningkatan mutu dapat dipahami oleh karyawan khususnya tenaga perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Diharapkan pimpinan tertinggi dan

manajemen terkait dapat membentuk persepsi yang baik terhadap pekerjaan dapat dipahami oleh perawat sehingga membentuk sikap dan cara berpikir yang sejalan dengan tujuan organisasi rumah sakit.

Persepsi yang baik pada bidang pekerjaan yang sifatnya mekanistik, seperti adanya kesesuaian kerja yang diciptakan organisasi pada mereka akan memberikan pengaruh positif bagi kinerja perawat. Persepsi yang baik pada diri perawat pada bidang kerjanya juga dapat membuat pekerjaan perawat lebih terpolakan dengan jelas, menjadi lebih pasti dan teratur.

Pengertian persepsi menurut (Koentjaraningrat,2001) adalah akal manusia yang sadar meliputi proses fisik, fisiologis dan psikologis yang mengolah bermacam-macam input sebagai penggambaran lingkungan. Persepsi merupakan perlakuan melibatkan penafsiran melalui proses pemikiran tentang apa yang dilihat, didengar, dialami, atau dibaca sehingga persepsi mempengaruhi tingkah laku, percakapan, serta perasaan seseorang.

Persepsi yang baik harus sengaja diciptakan oleh pimpinan organisasi dengan cara menyampaikan visi, misi, dan tujuan organisasi dalam setiap pertemuan atau rapat-rapat rutin, agar perawat merasa bahwa bekerja adalah untuk mencapai tujuan organisasi rumah sakit yaitu pelayanan yang bermutu. Persepsi perawat yang baik terhadap pekerjaannya akan memberikan motivasi bagi perawat untuk bekerja lebih baik dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh pimpinan rumah sakit. Abd.Rahim (2009)

Achua (2004) menyebutkan bahwa kekuatan sebuah organisasi dalam mencapai tujuannya terletak di dalam kemampuan manajemen untuk mendeskripsikan tugas pada bawahan dalam bentuk kerjasama yang kuat dalam tim. Kekuatan Tim dapat dijadikan alat untuk perubahan yang cukup hebat dalam tubuh organisasi dan mereka akan member produk yang cukup baik dalam pelayanan.

Penelitian Sarwastuti (2001) menunjukkan pengaruh persepsi kerja terhadap pendokumentasian dikarenakan oleh system supervisi yang datang dari top manajemen hingga lower manajemen di rumah sakit. Terbentuknya persepsi yang baik ini menciptakan sistem kerja yang baik. Persepsi yang baik akan membuat

perawat berupaya maksimal mungkin untuk meningkatkan kualitas pekerjaan semaksimal mungkin untuk kepentingan pasien, rumah sakit dan dirinya sendiri.

Gibson et al (1997) menyebutkan persepsi adalah proses pemberian arti (cognitive) yang dipergunakan oleh seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya. Karena setiap orang member arti kepada stimulus, maka individu yang berbeda akan melihat hal yang sama dengan cara yang berbeda-beda. Beberapa hal yang menyebabkan perbedaan dalam persepsi antara lain perhatian, harapan seseorang akan rangsangan yang timbul, kebutuhan sistem nilai dan ciri kepribadiannya sehingga setiap orang mempunyai persepsi yang berbeda-beda terhadap suatu rangsangan.

Rangsangan atau stimulus yang diterima oleh alat sensorik ke otak, sehingga terjadilah suatu proses di otak sehingga individu dapat menyadari apa yang diterima. Proses ini dinamakan proses pengamatan. Setelah proses ini terbentuklah pengamatan, setelah itu terbentuklah persepsi tentang obyek yang baru diamati (Atkinson, 2004)

7.11. Hubungan Supervisi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar perawat setuju bahwa supervisi berkontribusi dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan. Supervisi berhubungan dengan pendokumentasian Asuhan Keperawatan ($p < 0.05$). Perawat setuju bahwa monitoring yang dilakukan atasan langsung secara berkala dapat meningkatkan kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hasil penelitian menjelaskan bahwa supervisi sangat diperlukan untuk perbaikan kerja pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta. Pernyataan yang diungkapkan perawat dalam penelitian ini menyebutkan bahwa pimpinan seharusnya memberikan perhatian dan penghargaan atas apa yang mereka lakukan baik itu dalam bentuk fisik maupun non fisik.

Upaya peningkatan kinerja juga dapat dilakukan oleh mereka jika kesejahteraan para perawat menjadi perhatian yang penuh oleh pimpinan. Mereka menyatakan tidak

adanya penghargaan yang disesuaikan dengan beban kerja mereka membuat mereka kurang termotivasi untuk melaksanakan kegiatan secara maksimal.

Perhatian pimpinan dapat dilakukan dalam bentuk bimbingan dan pengarahan dalam pelaksanaan tugas, ketersediaan waktu atasan untuk mendengarkan saran-saran untuk dipertimbangkan, dan sikap terbuka dalam menerima keluhan staf serta mencari solusi untuk memberi bantuan atas permasalahan yang dihadapi staf dalam bidang kerjanya, terutama juga penegakan aspek disiplin kerja. Hal ini sebetulnya sudah dilakukan oleh pimpinan rumah sakit dan pihak manajemen asuhan keperawatan walaupun masih belum secara rutin dan terencana dalam program. Diharapkan di masa yang akan datang hal ini bisa menjadi sesuatu yang dapat dimonitor dan dievaluasi kinerjanya untuk peningkatan mutu pelayanan.

Monitoring yang dilakukan atasan langsung secara berkala juga dapat memacu untuk bekerja lebih baik. Sebaiknya pimpinan memberikan dorongan dan perhatian terhadap setiap pekerjaan yang dilakukan oleh perawat. Supervisi dari bidang keperawatan di unit rawat inap sebaiknya dilakukan minimal sebulan sekali untuk memberikan bimbingan dokumentasi asuhan keperawatan.

Menurut pendapat Hersey dan Blanchard (1990) mengemukakan pendapatnya tentang hubungan antara pemimpin dan bawahan yang dikenal dengan teori siklus hidup dalam penerapan kebijakan organisasi memberi motivasi kerja dan member dampak kepada peningkatan kerja staf. Menurut teori ini hubungan antara pemimpin dengan bawahan berjalan melalui empat tahap sesuai dengan tingkat kematangan bawahan sehingga seorang pemimpin organisasi harus dapat menerapkan kebijakan yang tepat kepada seluruh stafnya.

Pendapat senada diungkapkan oleh Kepner (1998) bahwa tidak ada sebuah organisasi yang dapat mencapai potensi sepenuhnya, kecuali organisasi itu merangsang dan menikmati kerjasama dari kegiatan produktif dari para anggotanya. Semakin rumit kegiatan organisasi semakin diperlukan koordinasi, jika organisasi ini ingin berkembang. Organisasi harus mampu melakukan suatu tindakan yang sifatnya dapat mengikat antara pemimpin dan bawahan dalam bentuk suatu kebijakan yang disepakati bersama.

Perawat masih membutuhkan bimbingan dari atasan untuk terus dapat mengimplementasikan tugasnya dengan baik. Seharusnya desain pekerjaan yang baik sudah bisa menjiwai diri para perawat tanpa harus mendapat bimbingan terus menerus dan monitoring yang ketat dari atasannya.

7.12. Hubungan Imbalan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian perawat di unit rawat inap RS.MH.Thamrin purwakarta setuju bahwa imbalan berkontribusi dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil penelitian menunjukkan bahwa imbalan yang diterima perawat dari hasil selain gaji dan imbalan lainnya dapat mendorong perawat untuk bekerja lebih baik. Perawat juga menyebutkan seharusnya pemberian insentif dilakukan secara proposional dan rasional, sesuai dengan tugas pokok, fungsi dan tanggungjawab setiap perawat. Kebutuhan perawat akan reward berupa sistem promosi atau pemberian tunjangan dan pengaturan jadwal dinas harus dilakukan secara terbuka dan jelas. Dengan beban kerja. Walaupun ada beberapa penelitian yang dilakukan di tempat lain ada yang menunjukkan bahwa insentif bukanlah hal yang berpengaruh dengan prestasi kerja, namun komponen imbalan sebagai kompensasi perlu dipertimbangkan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan pendapat Sedarmayanti tentang Pengaruh kompensasi. Menurut Sedarmayanti (2001) Kompensasi atau imbalan dapat dijadikan balas jasa untuk kerja mereka, dimana apabila kompensasi diberikan secara tepat, maka para pegawai akan memperoleh kepuasan kerja dan termotivasi untuk mencapai tujuan organisasi. Tetapi apabila kompensasi yang diberikan tidak atau kurang memadai maka prestasi kerja, motivasi dan kepuasan kerja pegawai akan menurun.

Demikian juga dengan pendapat Murlis (2003) menyebutkan reward dalam bentuk uang seperti yang diharapkan para pegawai berdasarkan struktur golongan dan tunjangan amat perlu, sebab dengan dibuatnya struktur golongan maka peringkat

jabatan individual menjadi tampak seperti broadband strukture yang berfungsi sebagai alat konsistensi dan control dalam pemberian imbalan.

7.13. Hubungan Desain Pekerjaan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa perawat di unit rawat inap RS.MH.Thamrin purwakarta sebagian besar setuju bahwa desain pekerjaan berkontribusi dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan. Perawat setuju diperlukan adanya SOP terkait pendokumentasian asuhan keperawatan. Dengan demikian dapat dikatakan ada hubungan antara desain kerja dengan pendokumentasian Asuhan Keperawatan.

Hasil penelitian menemukan dari hasil wawancara mendalam diketahui bahwa banyak dokter yang tidak melengkapi dokumen Catatan Medis, sehingga menambah beban kerja perawat. Disamping itu perawat juga harus mendorong pasien ke Rontgen dan tempat lain, harus mengambil obat ke Apotik dan menyerahkan darah ke laboratorium untuk di analisa. Model catatan asuhan keperawatan terlalu panjang dan kurang fokus sehingga menyita waktu untuk mengisinya.

Hasil penelitian menjelaskan bahwa desain pekerjaan sangat penting untuk memperbaiki kinerja perawat dalam pendokumentasian. Desain pekerjaan yang mereka terima sampai saat ini menurut mereka belum dapat diaplikasikan secara mekanistik dan strategis. Para perawat hanya melakukan pekerjaan atas kebiasaan sehari-hari tanpa mengerti tentang cakupan dan kedalaman tugas yang mereka emban.

Menurut Gibson et al (1997), sebuah desain kerja yang baik adalah yang mampu menguraikan tentang cakupan, kedalaman, dan tujuan dari setiap pekerjaan yang membedakan antara pekerjaan yang satu dengan pekerjaan yang lainnya. Tujuan pekerjaan dilaksanakan melalui analisis kerja, dimana para manajer menguraikan pekerjaan sesuai dengan aktivitas yang dituntut agar membuahkan hasil yang diharapkan.

Hasil penelitian lain yang juga mengungkapkan bahwa para perawat masih membutuhkan bimbingan dari atasan untuk terus dapat mengimplementasikan tugasnya dengan baik. Seharusnya desain pekerjaan yang baik sudah bisa menjiwai diri para perawat tanpa harus mendapat bimbingan secara terus menerus dan monitoring yang ketat dari atasannya. Sulipan (2000) mengatakan bahwa desain Pekerjaan adalah fungsi penetapan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok karyawan secara organisasional. Tujuannya untuk mengatur penugasan kerja supaya dapat memenuhi kebutuhan organisasi.



BAB VIII

KESIMPULAN DAN SARAN

8.1. Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah diperoleh, dapat diambil beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Rata-rata perawat menyatakan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta sering dilakukan. Namun hasil temuan peneliti ternyata perawat hanya kadang-kadang saja melakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan.
2. Perawat sering mendokumentasikan tahap pengkajian, tahap implementasi, tahap evaluasi, dan tahap praktek dokumentasi asuhan keperawatan. Dan hanya kadang kadang saja melakukan pendokumentasian tahap diagnosa keperawatan. Sementara perawat paling jarang melakukan pendokumentasian tahap perencanaan asuhan keperawatan.
3. Mayoritas perawat unit rawat inap adalah Perempuan (75%) dan hampir setengahnya (51,9%) dengan status menikah. Tingkat Pendidikan perawat unit rawat inap sebagian besar (94,2%) lulusan Diploma. Tenaga perawat dengan status kontrak mendominasi perawat rawat inap (92,3%). Rata-rata usia perawat di unit rawat inap berkisar antara 20 sampai 34 tahun, kebanyakan yang berusia sekitar 22 tahun. Rata-rata lama kerja perawat adalah 1,5 tahun.
4. Perawat perempuan lebih sering melakukan pendokumentasian Asuhan Keperawatan dibandingkan pada perawat laki-laki.
5. Jenis Kelamin, , Tingkat Pendidikan, Lama Kerja, Status Kepegawaian, Status Menikah tidak berhubungan dengan pendokumentasian asuhan

keperawatan. Namun tetap merupakan *confounding factor* yang perlu dipertimbangkan.

6. Faktor usia berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH.Thamrin Purwakarta.
7. Karakteristik psikologis yaitu motivasi dan persepsi berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH. Thamrin Purwakarta.
8. Karakteristik organisasi yaitu imbalan, kepemimpinan dan desain kerja berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di unit rawat inap RS.MH. Thamrin Purwakarta
9. Pendidikan paling dominan mempengaruhi perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan.

8.2. Saran

Saran yang dapat diberikan bagi RS.MH. Thamrin Purwakarta dalam upaya untuk memperbaiki dan meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan sebagai berikut :

1. Karakteristik Individu

- a. Sebaiknya kepada perawat dengan usia yang lebih muda diberi bimbingan oleh perawat yang lebih tua tentang pentingnya pendokumentasian asuhan keperawatan dan sistem pendokumentasian yang baik. Usia memang tidak berarti menunjukkan pengetahuan dan kemampuan yang lebih tinggi tapi mungkin kaitannya dengan bertambah usia perawat mengindikasikan perawat meningkat maturitasnya dalam menghadapi permasalahan di lapangan. Sehingga perlu diupayakan untuk senantiasa memperbaiki dan

mengembangkan sikap mental (kepribadian) perawat yang baik secara kontinu untuk mencapai kinerja yang maksimal.

- b. Jenis kelamin perempuan mungkin bisa jadi bahan pertimbangan bagian SDM dalam Perekrutan tenaga perawat.
- c. Pendidikan sebagai hal yang paling dominan mempengaruhi perilaku pendokumentasian asuhan keperawatan menunjukkan bahwa kesempatan dan peluang pengembangan diri dan peningkatan kualitas kerja serta pengetahuan perawat dalam pemahaman pendokumentasian asuhan keperawatan perlu ditingkatkan seperti bimbingan dan arahan yang lebih rutin termasuk proses monitoring dan evaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan. Sehingga setiap individu bisa berbagi curah pendapat dan kesempatan mengembangkan pengetahuannya atas hal-hal baru yang terus berkembang di bidang keperawatan.

2. Karakteristik Psikologis

- a. Motivasi, pemberian dorongan yang kuat oleh pimpinan puncak, menengah sampai bawah kepada perawat pelaksana berupa serangkaian perhatian dan penghargaan atas setiap prestasi yang diraih oleh perawat dalam melaksanakan tugasnya khususnya pendokumentasian asuhan keperawatan.. Penghargaan melalui pujian dan pengakuan yang kuat oleh atasan merupakan hal baik dan sederhana untuk dilakukan. Untuk menimbulkan motivasi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan perlu adanya *reward* dan

punishment dari hasil evaluasi dan monitor yang seharusnya dilaksanakan rutin.

- b. Menyelenggarakan diskusi kasus dan pembimbingan serta pembinaan secara intensif dan terprogram agar para perawat memiliki pengetahuan, sikap dan keterampilan yang diperlukan dalam pendokumentasian Asuhan Keperawatan sehingga dapat memberikan motivasi tambahan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.
- c. Persepsi terhadap pekerjaan, perlu dilakukan perubahan sikap perawat tentang uraian tugas yang mereka emban melalui sosialisasi tugas dan curah pendapat tentang pelaksanaan tugas sehari-hari agar perawat benar-benar memiliki tanggungjawab bahwa tugas yang mereka lakukan adalah untuk kepentingan kelanjutan usaha mencapai tujuan organisasi dan mereka sendiri sebagai individu yang ada di dalamnya.

3. Karakteristik Organisasi

- a. Pemberian insentif sebaiknya dilakukan secara proposional dan rasional, sesuai dengan tugas pokok, fungsi dan tanggungjawab setiap perawat. Kebutuhan perawat akan *reward* berupa sistem promosi atau pemberian tunjangan dan pengaturan jadwal dinas harus dilakukan secara terbuka dan jelas sesuai dengan beban kerja. Walaupun insentif bukanlah hal yang berpengaruh dengan prestasi kerja, namun komponen imbalan sebagai kompensasi perlu dipertimbangkan.
- b. Perlu adanya perhatian pimpinan dalam pengelolaan kerja perawat khususnya pimpinan bidang keperawatan. Supervisi kepala ruangan dan manajer keperawatan yang lebih intensif dan berkualitas ,

perubahan pola manajemen yang lebih demokratis kepada para bawahan dapat dilakukan agar tercipta hubungan yang harmonis antara dan bawahan. Peran monitoring dan evaluasi atas kerja perawat pelaksana perlu ditingkatkan. Adanya evaluasi secara rutin dengan standar baku serta adanya umpanbalik sehingga perawat tahu keberhasilan dan kekurangan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan serta merasa diperhatikan. Disamping itu diperlukan *Role Model* untuk dapat memberikan bimbingan, pengarahan dan pembinaan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan

- c. Desain Pekerjaan, perlu adanya revisi tentang desain pekerjaan yang telah dilakukan dengan cara mengundang para perawat untuk curah pendapat tentang desain pekerjaan yang dapat mempermudah pekerjaan perawat. Hal ini menyangkut di lapangan perawat adalah pelaksana teknis dari pelayanan asuhan keperawatan dan bertanggungjawab terhadap pendokumentasian. Manajerial keperawatan perlu mengevaluasi metode penugasan asuhan keperawatan yang sudah ada. Sistem penugasan asuhan keperawatan memang sebaiknya tim sehingga setiap perawat merasa terdorong untuk lebih bertanggungjawab atas pekerjaannya khususnya dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Agar tahapan-tahapan pada asuhan keperawatan bisa dipahami perawat, saat orientasi perawat baru materi materi proses asuhan keperawatan sudah mulai disosialisasikan secara terprogram dan bertahap.
- d. Unit Manajemen Sumber Daya Manusia perlu melakukan perubahan, bukan hanya dalam bentuk berbagai kebijaksanaan manajemen Sumber Daya Manusia, tetapi juga menyangkut kultur organisasi, etos kerja dan persepsi tentang pekerjaan sebagai perawat.

- e. Manajemen rumah sakit khususnya manajemen keperawatan perlu merevitalisasi atau merevisi desain pekerjaan khususnya pendokumentasian asuhan keperawatan. Desain pekerjaan ini hendaknya dapat memberikan detail mengenai tugas yang diberikan yaitu bagaimana tugas dikerjakan dan apa saja hasil yang diharapkan pada saat pekerjaan tersebut selesai dilaksanakan, sehingga fungsi penetapan kegiatan kerja seseorang atau sekelompok perawat secara organisasional dapat memenuhi kebutuhan organisasi. Disamping metode penugasan fungsional, metode tim perlu mulai diimplementasikan sehingga akan mendorong terbentuknya *peer group* sebagai wadah perawat untuk bertukar pengalaman serta kendala dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini dapat membantu dalam proses monitoring dan evaluasi untuk peningkatan mutu kerja perawat.
- f. Untuk penelitian selanjutnya, sebaiknya mengaitkan pelaksanaan dokumentasi ini dengan variabel lain yang lebih relevan berhubungan dengan pengetahuan, sikap dan beban kerja maupun stress perawat agar diketahui penyebab permasalahannya lebih mendalam dan analisis yang lebih kompleks.

DAFTAR PUSTAKA

- Amelia, Rina. 2008. “Pengaruh Motivasi Berprestasi terhadap Kinerja Perawat Dalam Asuhan Keperawatan Pasien Gangguan Jiwa di Rumah sakit Jiwa Daerah Provinsi Sumatra Utara Medan”. Tesis. Sekolah Pasca Sarjana Universitas Sumatera Utara medan.
- Azhari. 2005. Persepsi Perawat Terhadap Dokumentasi Asuhan Keperawatan di BPK-RSU Dr. Zainoel Abidin. Skripsi S1 tidak dipublikasikan. Banda Aceh: PSIK Universitas Syah Kuala.
- Atkinson, R.L.2004. Pengantar Psikologi. Edisi ke delapan.Jakarta:PT.Erlangga
- Achua, L.F.C and Feldman, D.C. 2004. Managing Individual Are Group, Behavioral, in Organization New York: Mc. Graw Hill.
- Arfrida, 2003. *Ekonomi Sumber Daya Manusia*. Penerbit: Ghalia Indonesia
- Ali, Z. 2002. Dasar-Dasar Keperawatan Profesional. Jakarta: Widya Medika
- Ancok. D. 1992. Teknik Penyusunan Skala Pengukuran. Yogyakarta: Pusat Penelitian Kependudukan Universitas Gajah Mada
- Agus, Setiono, Benny. 2001. *Pengaruh Karakteristik Organisasi, Karakteristik Individu dan Karakteristik Pekerjaan terhadap Kinerja Karyawan*, dalam Aplikasi Adm; Media Analisa Masalah Adm, Vol. 2 No. 2 Des. FIA Hang Tuah. Surabaya.
- Alfaro Le Fevre. 1998. Applying Nursing Diagnosis and Nursing Process: a step by step guide.(4th ed), Philadelphia: Lippincott-Raven.

- As'ad, M. 2000. Psikologi Industri. Yogyakarta:Liberty
- Anderson. 1994. Performance Appraisal New Jersey:Prantice Hall.. The
- Carpenito, LJ, 1997. Buku Saku Diagnosa Keperawatan edisi 6, Alih bahasa Yasmin Asih, Jakarta: EGC.
- Clark, JM. 1992. Nursing in Community. Connecticut: Appleton & Launge, Prentice Hall.
- Craven, R.F., & Hirnle, C.J.,2000. Fundamentals of Nursing: Human Health and Function.(3rd ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- McClelland, David C. (1978). Managing motivation to expand human freedom. *American Psychologist* New York, NY: McGraw-Hill.
- Dale Furwtwengler. 2002, Penilaian Kinerja, Menguasai Keahlian yang anda perlukan dalam 10 menit, diterjemahkan oleh Fandy Tjiptono, Yogyakarta, Andi.
- Damayanti, E., 1998. Karakteristik perawat, tingkat pemahaman terhadap proses keperawatan, fungsi supervise dan dokumentasi penerapan proses keperawatan di instalasi rawat inap rumah sakit umum Tangerang. Thesis Mahasiswa Magister Kesehatan. Jakarta, Penerbit Pusaka: Universitas Indonesia.
- Djati, P.S dan Khusaini. 2003. *Kajian terhadap Kepuasan Kompensasi, Komitmen Organisasi dan Prestasi Kerja*. Program Pascasarjana Universitas Kristen Petra. Surabaya.

- Departemen Kesehatan RI.2001. Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit. Jakarta :Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Departemen Kesehatan. RI.
- Departemen Kesehatan RI,2002. Standar Tenaga Keperawatan di Rumah Sakit. Jakarta: Direktorat Jenderal Pelayanan Medik. Departemen Kesehatan. RI.
- Derek A. Neal; *Journal of Human Resources*,2004, 39(4), pp.938
- Dharma, Surya.2005. *Manajemen Kinerja*. Yogyakarta:Pustaka Pelajar
- Effendy,N. 1995. *Pengantar Proses Keperawatan*. Jakarta:EGC
- Ellis,C.W. 2005.*Management Skill for New Manager*. New Jersey: American Management Association.
- Ellitan, L., 2003. *Peran Sumber Daya Dalam Meningkatkan Pengaruh Tehnologi Dalam Produktivitas*. Surabaya: Universitas Kristen PETRA
- Foster, Bill, dan Karen R.Seeker, 2001. *Pembinaan Untuk Meningkatkan Kinerja Karyawan*, Penerjemah : ramlan , PPM, Jakarta
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., dan Donnely Jr., J.H. 2000. *Organisasi dan Manajemen: Perilaku, Struktur dan Proses*. Penerjemah: Djoerban Wahid. Erlangga. Jakarta.
- Gibson, J.L., Ivancevich, J.M., and Donnelly Jr, J.H. 1997. *Organisasi: Perilaku, Struktur, Proses*. Jilid 1. Edisi ke -5. Diterjemahkan oleh: Djakarsih, Jakarta: Erlangga.

Grossmann Michael, 1999. *The Human Capital Model of the Demand for Health*.
Cambridge: National Bureau of Economic Research.

Hageman.1993. *Introduction to Psychology*. New York:Thompson

Hersey and Blanchard.1990. *New Managerial*. New York: The Mc. Graw Hill

Herjanto, Eddy. 2001. *Manajemen Produksi dan Operasi*. Edisi kedua, cetakan Gramedia

Hidayat, Alimul Aziz A.2001. *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan Jakarta*:
EGC

Hasibuan, Malayu, S.P. 2003. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Bumi Aksara.
Jakarta.

Haryono S., 2004. *DP 3 Salah Satu Indikator Akuntabilitas Internal Unit Kerja
Organisasi*. Buletin Pengawasan No. 45 & 46 Th. 2004
www.pu.go.id/itjen/buletin/4546dp3.htm

Harsiwi, A.M., 2003. *Hubungan Kepemimpinan ransformasional dan Karakteristik
Personal Pemimpin. Kinerja: Jurnal Bisnis dan Ekonomi Vol 5, No. 1 , Juni
2001*. Yogyakarta: Program 8 Pasca Sarjana Universitas Atmajaya.

Hidayat, A.A.A, 2001, *Pengantar Dokumentasi Keperawatan*, Cetakan 1. Jakarta :
EGC.

Ilyas , Yaslis (2002). *Kinerja: teori,penilaian dan penelitian*. Cetakan ke 3. Depok.;
Pusat kajian ekonomi kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas
Indonesia

Notoatmodjo, Soekidjo (2007). Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta

Keliat, B.A, dkk, 1998, Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, Jakarta : EGC.

Keliat, B.A, dkk, 2005, Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, Edisi 2 Jakarta : EGC.

Kusumawati, F, dan Hartono, Y, 2010. Buku Ajar Keperawatan Jiwa, Jakarta : Salemba Medika.

Kozier, B., Erb., & Oliver, R. 2004. *Fundamental of Nursing; Concept, process and practice, (4th edition)* California: Addison Wesley Publishing CO.

Kreitner, R. and Kinicki, A. 2004. *Organizational Behavior*. Fifth Edition. McGraw Hill. New York.

Kreitner, Robert. 2005. *Organizational Behavior*. Salemba Empat. Jakarta.

Kelliat, B.A., Herawati., Panjaitan, R.U., dan Helena, N.1998. Proses Keperawatan Kesehatan Jiwa, Jakarta: EGC.

Koentjoroningrat, 2001. Teori Motivasi dan Aplikasi. Jakarta: Gramedia. Lembaga Demografi FE UI. 2000. *Dasar-dasar Demografi*. UI Press. Jakarta.

Leila, G, 2002, **Stress dan Kepuasan Kerja**, diunduh 6 Desember 2010, <http://library.usu.ac.id/download/fk/psikologi-Gustiarti.pdf>

Luthans, Freds. 2006. Perilaku Organisasi. Penerbit Andi. Yogyakarta

- Mangkunegara, A.A. Anwar Prabu. 2009. *Manajemen Sumber Daya Manusia Perusahaan*. Penerbit Remaja Rosdakarya. Bandung.
- Mathis, R.L. dan Jackson, J.H. 2001. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Penerjemah Jimmy Sadeli dan Bayu Prawira Hie. Penerbit PT. Salemba Empat. Jakarta.
- Martini dan Rosdiana.2003. *Komitmen Organisasi Ditinjau Berdasarkan Organisasi dan Motivasi Kerja*. Jurnal phronesis. Vol. 5 No. 9.
- Mathieu, J. Dan Zajac. D.M. 1990. *A Review and Meta-Analysis of the Antecedents, Correlates, and Consequences of Organizational Commitment*. Psychological Bulletin, 108, 2, 171-194, dalam Aryee. S dan Debrah. Y.A. 1992. *An Invesgation of the Impact of Family and Career Variables on Organizational Commitment*. Australian Journal of Management, 17, 2, December 1992.
- Mayer, J.P dan Powel, D.M. 2004. *Side bet Theory and The Three Component Model of Organizational Commitment*. *Journal of Vocational Behavior*. Department of Psychology. University of Ontario. Vol. 65.
- Mobley, W.P.C and Mc Elroy, JC. 1986. *On Asseing Measures of Work Commitment*. *Journal of Occupational Behavior* 7 (1).
- Mowday, R. T, Porter, L.W, Steer. RM, 1982. *Organizational Commitment, Job Satisfaction and Turnover Among Psychiatric Technician*. *Journal of Applied*

- Murlis, A. 2004. *Manajemen Reward*. Jakarta. Gramedia Mathias dan Jackson Whittaker. 2003. *The Government Performance Result Act of Washington: GAO*
- Murray. 1997. *Kamus Psikologi*. Jakarta: PT. Raja Grafindo.
- NANDA. 2005. *Nursing Diagnose*. Philadelphia. NANDA International.
- Notoatmodjo, S. 2002. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 2003. *Ilmu Kesehatan Masyarakat*. Jakarta: Penerbit Rineka Cipta
- Notoatmodjo, S. 1992. *Pengantar Pendidikan Kesehatan & Ilmu Perilaku*. Kesehatan. Bandung: PT. Remaja. Rosdakarya. Yogyakarta: Andi Offset.
- Nursalam, 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Jakarta. Salemba Medika.
- Nitisemito, Alex. 2001. *Manajemen Personalia*. Penerbit Ghalia Indonesia. Jakarta.
- Potter, A.P., and Perry, G.A. 1995. *Fundamental of Nursing*. St. Louis: Mosby
- Prayitno, Widodo dan Suprpto, 2002. *Standarisasi Kompetensi Pegawai Negeri Sipil Menuju Era Globalisasi Global*. Seri Kertas Kerja Volume II Nomor 05, Pusat Penelitian dan Pengembangan BKN, Jakarta
- Riyadi, S, dan Purwanto, T, 2009, *Asuhan Keperawatan Jiwa*, Edisi pertama, Cetakan pertama. Yogyakarta : Graha Ilmu.

- Rosidah, 2005. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Penerbit Graha Ilmu
SDM Kesehatan, Vol. 1 No. 1, Januari 2005. <http://www.bppsdmk.or.id>
- Robbins. 2001. *Perilaku Organisasi: Konsep, Kontraversi, Aplikasi*. Jilid I. Alih bahasa: Pujaatmaka, H dan Molan, B. Penerbit Prenhalindo. Jakarta.
- Robbins. 2003. *Perilaku Organisasi*. Jilid I. Edisi Kesembilan. Alih Bahasa: PT. Indeks Kelompok Gramedia, Jakarta.
- Robbins. 2001. *Prinsip-prinsip Perilaku Organisasi*. Edisi Kelima, (Terjemahan). Penerbit Erlangga. Jakarta.
- Robbins, S.P. (1998). *Perilaku organisasi, konsep, kontroversial dan aplikasi*. Edisi ke 8, Jakarta: PT. Prenhallindo
- Sarwastuti. 2001. *Manajemen Emosional*. Ed. Ke-2 Yogyakarta: BPFE UGM.
- Siagian, Sondang. P. 2008. *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Penerbit Bumi Aksara. Jakarta.
- Soekanto, Soerjono. 2003. *Sosiologi Suatu Pengantar*. Penerbit PT. Rajagrafindo Utama. Jakarta.
- Stoner, James, A.F. 1996. *Manajemen*. Jilid II, Edisi Indonesia. Penerbit PT. Rajagrafindo Utama. Jakarta.
- Sulipan. (2000). *Manajemen Karyawan*. Yogyakarta : Tugu
- Sugiyono. 2009. *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*. Penerbit Alfabeta. Bandung.

Stuart, G.W, 2006, Buku Saku Keperawatan, Cetakan pertama, Jakarta : EGC.

Sujono R & Teguh,P,2009, Komunikasi Keperawatan. Cetakan pertama. Yogyakarta : Graha Ilmu.

Supriatin, Eva (2009). Hubungan faktor individu dan organisasi dengan perilaku caring perawat di RSUD Kota Bandung. Tesis: Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Swansburg, RC & Swansburg, RJ (1999). Introductory Management and Leadership for Nurse (2.nd.ed.). Boston:Jones and Bartlet Publishers

Sugiyono.2004. Metode Penelitian Administrasi. Cet. Ke 9. Bandung: Alfabeta

Soeprihanto, J.2000. Penilaian Kinerja dan Pengembangan Karyawan. Yogyakarta: Pustaka Pelajar Offset.

Stoner, J.A.F. 1993. Perencanaan dan Pengambilan Keputusan dalam Manajemen. Edisi Bahasa Indonesia. Diterjemahkan oleh: Simamora. Jakarta: Rineka Cipta.

Payaman J. Simanjuntak. (1985). Pengantar Ekonomi Sumber Daya Manusia. Jakarta: Lembaga Penerbit Fakultas Ekonomi Universitas Pendidikan Indonesia.

Rahmat, Jalaludin.2004. Metode Penelitian Komunikasi. Rosdakarya: Bandung

Thoha, Miftah. 2004. *Prilaku Organisasi (Konsep Dasar dan Aplikasinya)*. Penerbit PT. Grafindo Persada. Jakarta.

- Umar, Husein. 2008. *Metode Penelitian untuk Skripsi dan Tesis Bisnis*. Penerbit PT. Rajagrafindo Utama. Jakarta
- Van, Dyne,L, graham J.W. 2005. Organizational Citizenship Behavior; Construct Redefinition Measurement and Validation. *Academic Management Journal*, 37(4) pp 765-802.
- Wexley , K.N., and Yuki, G.A., 1977. *Manajemen Sumber daya Manusia*, Jakarta: Penerbit, Irwin,Inc
- Winardi, J. 2004. *Manajemen Prilaku Organisasi*. Edisi Revisi. Penerbit Prenada Media. Jakarta.
- Wibowo, 2007. *Manajemen Kinerja*. Edisi ke-3. PT. RajaGrafindo Persda, Jakarta
- Wursanto, I.G. 2002 *Dasar-dasar Ilmu Organisasi*. Yogyakarta: ANDI
- Yura, H., & Walsh, M.B. 1988. *The Nursing Process: assessing, planning, implementing, evaluating*. (5th ed). Norwalk, CT: Appleton & Lange.

UJI VALIDITAS DAN REALIBILITAS

Nilai r-hitung pada table dibandingkan dengan r-tabel = 0,4438 . Karena r- hitung lebih besar dari r- table, maka pertanyaan-pertanyaan tersebut valid dan reliable.

Untuk Uji Validitas Lihat Tabel Kolom Corrected sedangkan untuk Reliabilitas dengan melihat Kolom Cronbach Alpha r-tabelny (df=18) =0,4438

Motivasi

Item-Total Statistics		
	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ba1	,631	,785
ba2	,729	,747
ba3	,599	,790
ba4	,492	,863
ba5	,792	,729

Persepsi thd kerjaan

Item-Total Statistics		
	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
bb1	,641	,732
bb2	,597	,750
bb3	,585	,751
bb4	,566	,757
bb5	,494	,777

Imbalan

Item-Total Statistics

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
ca1	,740	,759
ca2	,741	,745
ca3	,503	,818
ca4	,457	,828
ca5	,671	,769

Kepemimpinan

Item-Total Statistics

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cb1	,649	,702
cb2	,519	,738
cb3	,481	,753
cb4	,573	,720
cb5	,527	,738

Desain kerja

Item-Total Statistics

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
cc1	,527	,738
cc2	,519	,738
cc3	,481	,753
cc4	,573	,720
cc5	,649	,702

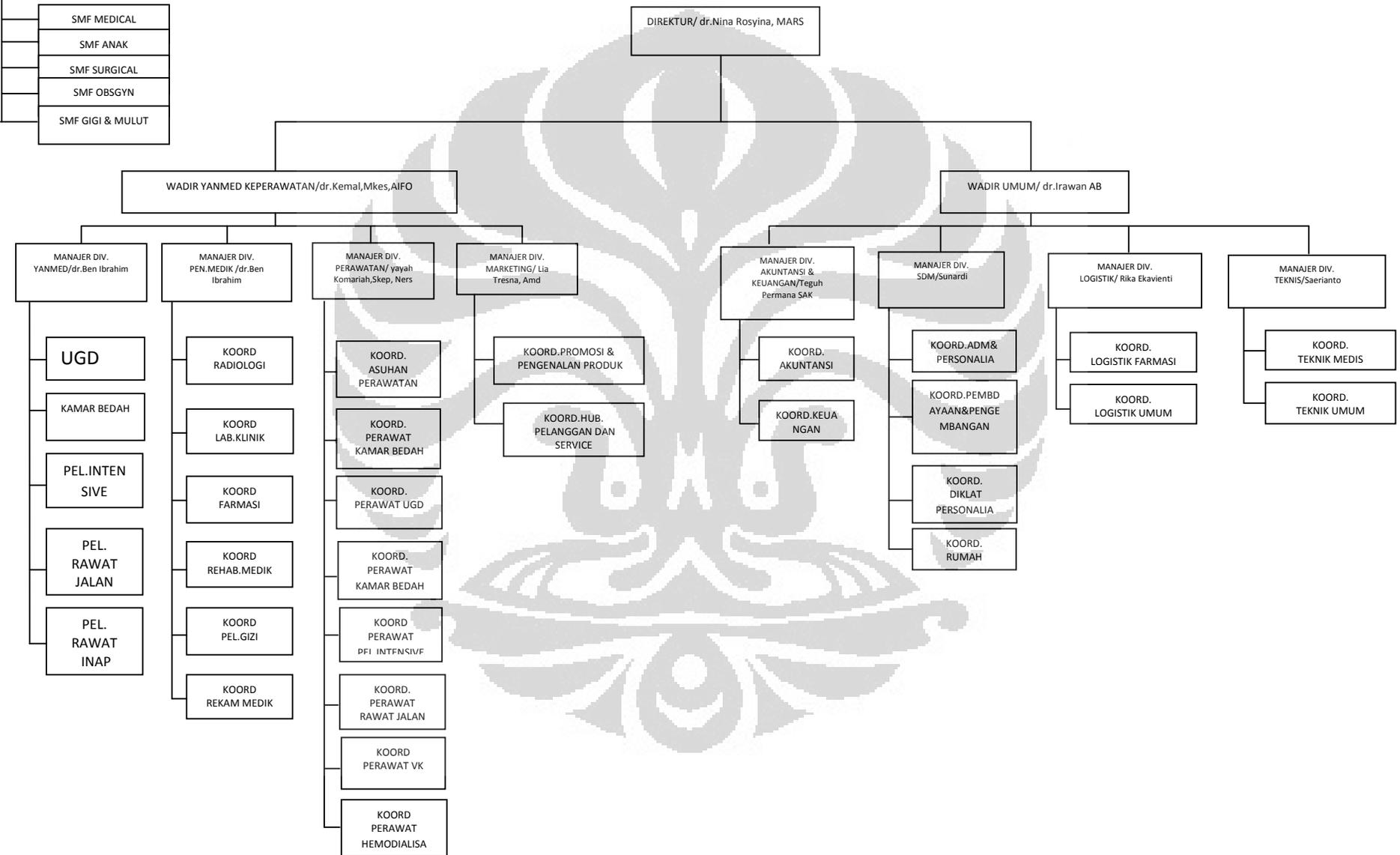
Pendokumentasian

Item-Total Statistics

	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
da1	,770	,973
da2	,868	,973
da3	,822	,973
da4	,776	,974
da5	,720	,974
db1	,753	,974
db2	,884	,973
db3	,868	,973
db4	,834	,973
db5	,825	,973
dc1	,546	,975
dc2	,612	,974
dc3	,680	,974
dc4	,759	,974
dc5	,525	,975
dd1	,737	,974
dd2	,667	,974
dd3	,712	,974
dd4	,814	,973
dd5	,885	,973
de1	,654	,974
de2	,842	,973
de3	,486	,975
de4	,780	,973
de5	,839	,973
df1	,808	,973
df2	,544	,975
df3	,867	,973
df4	,772	,974
df5	,581	,974

STRUKTUR ORGANISASI RS. MH THAMRIN PURWAKARTA

- KOMITE MEDIK
- SUB KOMITE ETIK
 - SUB KOMITE KREDENSIAL
 - SUB KOMITE PENGENDALIAN MUTU
 - SUB KOMITE FARMASI & TERAPI
 - SUB KOMITE INFESI NOSOKOMIAL
 - SUB KOMITE PERINATOLOGI RESIKO TINGGI



KUESIONER PENELITIAN

PERTANYAAN BAGIAN A (KARAKTERISTIK INDIVIDU)

Petunjuk Pengisian :

Jawablah pertanyaan di bawah ini dengan cara memberi tanda check (V) pada kolom jawaban yang saudara pilih. Data ini akan dirahasiakan dan hanya dibaca oleh peneliti.

1. Nomor Kode: Unit Kerja/r.rawat inap:..... (diisi oleh peneliti)
2. Umur/tgl Lahir:.....Tahun:
3. Jenis Kelamin : 1. Laki-Laki 2. Perempuan
4. Status : 1. Belum menikah 2. Menikah 3. Janda/duda
5. Pendidikan : 1. S1 keperawatan
2. D3 Keperawatan
3. Sekolah Perawat Kesehatan/Bidan
6. Status Kepegawaian : 1. Pegawai Tetap 2. Honor/Kontrak
7. Terhitung menjadi pegawai : tgl..bln..tahun....
8. Lama Bekerja di RS.MH.Thamrin Purwakarta sebagai perawat :...

PERTANYAAN BAGIAN B (KARAKTERISTIK PSIKOLOGIS)

Petunjuk Pengisian: Pertanyaan berikut ini merupakan pertanyaan tentang faktor psikologis yang mempengaruhi saudara dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan.

1. Mohon agar saudara dapat memberikan jawaban dengan jujur serta menelaah makna setiap pertanyaan dengan baik. Hasil kuesioner ini tidak akan ada artinya sama sekali apabila teman sejawat memberikan jawaban bukan gambaran sebenarnya tentang faktor yang mempengaruhi saudara dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan
2. Bacalah dengan teliti setiap pertanyaan di bawah ini.
3. Pilih salah satu alternatif jawaban yang saudara anggap paling dibutuhkan dengan kenyataan yang saudara hadapi, dengan ketentuan sebagai berikut:
SS : Sangat Setuju skor:4
S : Setuju Skor:3
TS : Tidak Setuju Skor: 2
STS : Sangat Tidak Setuju skor: 1
4. Berilah tanda check (V) pada kolom alternatif jawaban yang tersedia
5. Jika saudara ingin mengganti pilihan jawaban karena jawaban pertama salah, cukup memberi tanda () pada tanda check yang salah, kemudian berikan tanda check (V) yang baru pada kolom jawaban yang dianggap paling benar.

CONTOH PENGISIAN

No.	PERTANYAAN	STS	TS	S	SS
1.	Adanya ruang kerja perawat merupakan tempat yang sangat penting dalam kelancaran pelayanan keperawatan	(v)			v
No	Pertanyaan	ST S	T S	S	S S
A	MOTIVASI				
1.	Saya berusaha mendapatkan hasil yang terbaik dalam setiap melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan				
2.	Pembinaan dan pengembangan karir bagi perawat di RS. MH. Thamrin Purwakarta yang dapat meningkatkan motivasi perawat di RS. MH. Thamrin Purwakarta dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan				
3.	Sebagai perawat saya diberikan kesempatan untuk mengembangkan diri sesuai dengan bidang keahlian di RS. MH. Thamrin Purwakarta				
4.	Apabila jam tugas sudah berakhir, pekerjaan anda belum selesai, anda menyelesaikan tugas sampai akhir.				
5.	Saya akan menunggu pengganti jaga sampai datang dan tetap mengobservasi pasien dan melakukan tindakan keperawatan yang diperlukan kepada pasien walau sudah lama menunggu pengganti jaga yang belum juga datang				
B	PERSEPSI TERHADAP PEKERJAAN				
1.	Semua pimpinan dari top manajemen hingga lower manajemen di RS. MH. Thamrin Purwakarta senantiasa menciptakan dan membina hubungan baik dengan perawat				
2.	Sesuai tuntutan profesi dan organisasi setiap melaksanakan tugas pendokumentasian asuhan keperawatan berusaha semaksimal mungkin untuk meningkatkan kualitas pekerjaan semata-mata untuk kepentingan klien, rumah sakit dan diri saya sendiri				
3.	Semua perawat di ruangan ini menunjukkan semangat kerja yang tinggi dalam melaksanakan tugasnya tanpa dorongan atasan langsung.				
4.	Lingkungan tempat kerja kondusif sehingga dapat memberikan dorongan semangat untuk bekerja lebih baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan				
5.	Penghargaan dan pujian yang diberikan oleh pimpinan atas prestasi kerja saudara dapat meningkatkan rasa membutuhkan dan dibutuhkan di rumah sakit.				

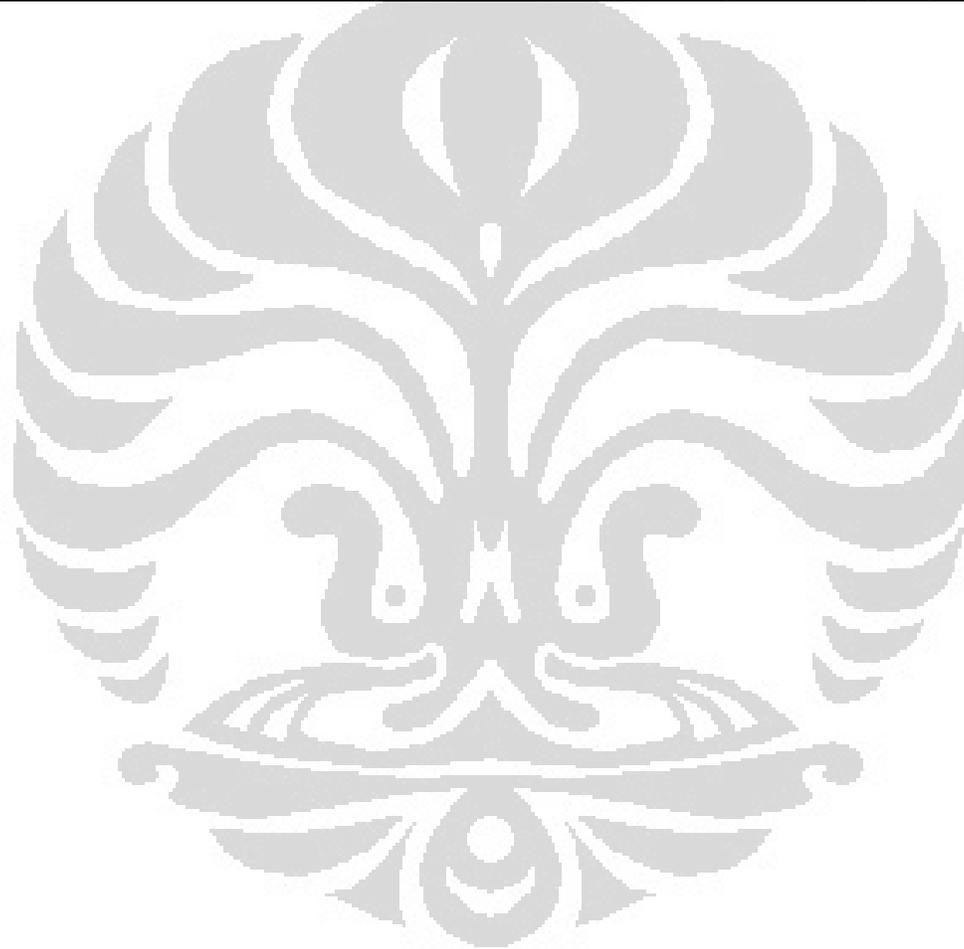
PERTANYAAN BAGIAN C (KARAKTERISTIK ORGANISASI)

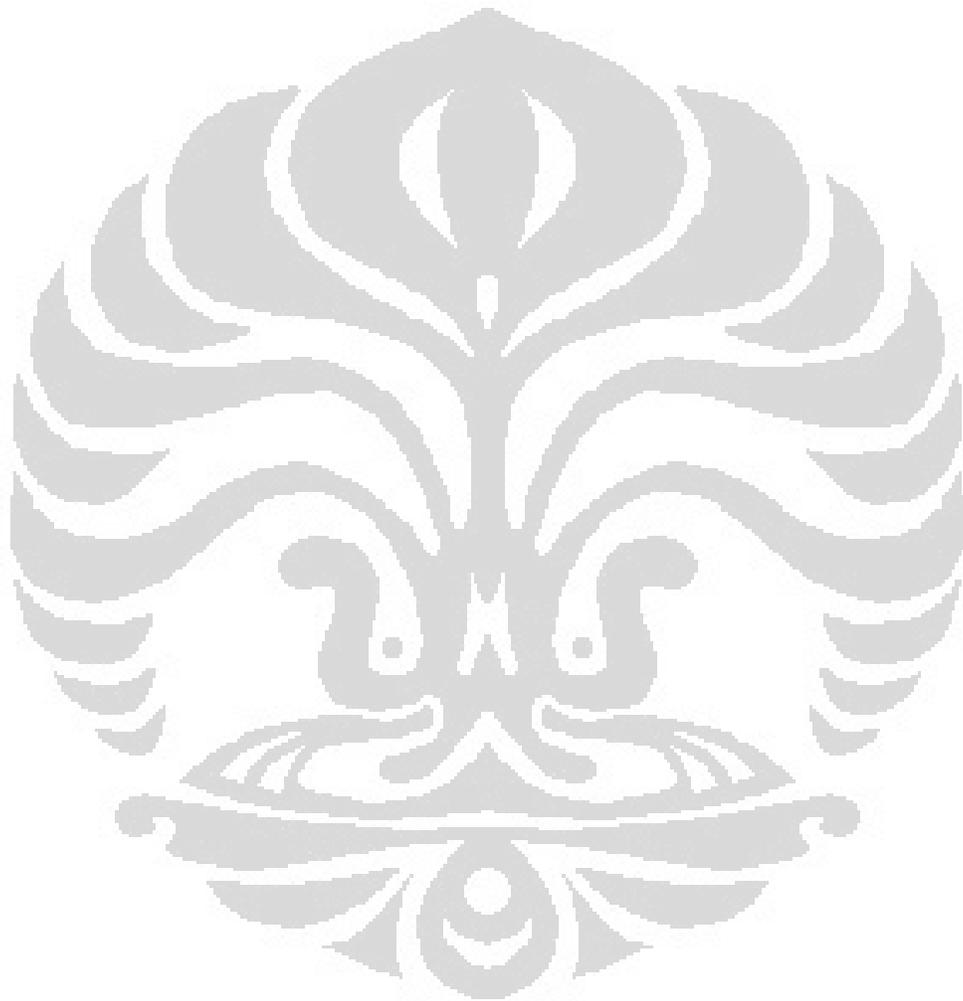
Petunjuk Pengisian

1. Pertanyaan berikut ini merupakan pertanyaan tentang faktor organisasi yang berhubungan dengan saudara melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan
2. Bacalah pertanyaan dan daftar pilihan jawaban satu demi satu
3. Beri tanggapan terhadap pertanyaan yang paling sesuai menurut saudara, dengan memberikan tanda check (V) pada salah satu kolom yang tersedia di bawah ini.
4. Keterangan pilihan jawaban:
 - Sangat Tidak Setuju (STS): artinya apabila pertanyaan tersebut sangat tidak sesuai dengan yang saudara rasakan. Skor:1
 - Tidak setuju (TS): artinya apabila pertanyaan tersebut tidak sesuai dengan yang saudara rasakan. Skor:2
 - Setuju (S): artinya apabila pertanyaan tersebut sesuai dengan yang saudara rasakan. Skor 3
 - Sangat Setuju (SS): artinya apabila pertanyaan tersebut sangat sesuai dengan yang saudara rasakan. Skor: 4

No	PERTANYAAN	ST S	T S	S S	S S
A	IMBALAN				
1.	Imbalan yang saya terima selain gaji dan imbalan lainnya dapat mendorong saya untuk bekerja lebih baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan				
2.	Pemberian insentif dilakukan secara proposional, sesuai dengan tugas pokok, fungsi dan tanggungjawab setiap perawat				
3.	Imbalan dan tunjangan lainnya yang diberikan di ruangan ini disesuaikan dengan beban kerja perawat				
4.	Di ruang ini, sistem promosi dilakukan secara terbuka dan jelas				
5.	Imbalan yang saya terima selama ini (selain gaji) sesuai dengan beban kerja saya				
B	SUPERVISI				
1.	Pemberian bimbingan dari atasan langsung sangat penting dilakukan bila terjadi kekeliruan dalam melakukan pendokumentasian Asuhan keperawatan				
2.	Monitoring yang dilakukan atasan langsung secara berkala dapat meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan				
3.	Pimpinan memberikan dorongan dan perhatian terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan perawat				
4.	Supervisi dari bidang keperawatan ke ruangan dilakukan setiap bulan untuk memberikan bimbingan pendokumentasian asuhankeperawatan				
5.	Dalam supervisi/pertemuan dengan atasan, perawat dapat mengemukakan dengan bebas permasalahan yang dihadapi di ruangan				

C	DESAIN PEKERJAAN				
1.	RS MH.Thamrin Purwakarta perlu memiliki SOP pendokumentasian asuhan keperawatan				
2.	Pihak manajemen RS MH.ThamrinPurwakarta memberikan pengarahan terkait SOP pendokumentasian asuhan keperawatan kepada perawat				
3.	Pelaksanaan SOP pendokumentasian asuhan keperawatan sudah diimplementasikan dengan baik				
4.	Pihak manajemen RS MH.ThamrinPurwakarta melakukan evaluasi terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan				
5.	Saya memahami SOP yang diberlakukan oleh pihak manajemen RS.ThamrinPurwakarta dalam pendokumentasian asuhan keperawatan				





PERTANYAAN BAGIAN D

PETUNJUK PENGISIAN

1. Berilah penilaian terhadap aspek yang dievaluasi sesuai dengan apa yang anda lakukan/perbuat, kemudian berilah tanda “V” pada salah satu kolom yang tersedia
2. Bila ingin mengganti jawaban yang telah diisi, maka cara menggantinya adalah dengan memberikan tanda “X” pada jawaban yang awal, kemudian berikan tanda “V” pada kolom yang tersedia sesuai alternative jawaban yang anda kehendaki
3. Pilihan yang disediakan adalah tidak pernah, kadang-kadang,sering, selalu dengan uraian:
 - a. Tidak pernah : Bila anda tidak pernah melakukan perbuatan tersebut (tidak sekalipun)
 - b. Jarang: Bila anda hanya sesekali saja melakukan perbuatan tersebut
 - c. Kadang-kadang : Bila anda kadang-kadang melakukan perbuatan tersebut (lebih banyak tidak melakukan daripada melakukan)
 - d. Sering: Bila anda sering melakukan perbuatan tersebut (lebih banyak melakukan daripada tidak melakukan)
 - e. Selalu: Bila anda selalu melakukan perbuatan tersebut.
4. No. Kode perawat :.....

NO	PERTANYAAN	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
A	PENGGKAJIAN					
1.	Saya melakukan pengkajian data sejak klien masuk sampai dengan pulang					
2.	Setiap melakukan pengkajian data, saya melakukan dengan pengamatan wawancara, dan pemeriksaan fisik					
3.	Data yang saya peroleh melalui pengkajian kemudian saya mengelompokannya menjadi data bio-psiko sosio dan spiritual					
4.	saya mengkaji data subyektif dan data obyektif berdasarkan keluhan klien dan pemeriksaan fisik					
5.	saya mencatat data yang dikaji sesuai dengan format dan pedoman pengkajian yang baku					
B	DIAGNOSA KEPERAWATAN					
1.	Saya merumuskan diagnosa/masalah keperawatan klien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan					
2.	Saya merumuskan diagnosa keperawatan dilakukan berdasarkan masalah keperawatan yang telah ditetapkan					

NO	PERTANYAAN	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
3.	Saya merumuskan diagnosa keperawatan mencerminkan problem etiologi dan simpton (PES)					
4.	Saya merumuskan diagnosa keperawatan dapat juga mencerminkan problem dan etiologi					
5.	Saya mencatat rumusan diagnosa sesuai dengan format dan pendoman baku					
C	PERENCANAAN					
1.	Saya membuat rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan dan disusun menurut urutan prioritas					
2.	Saya merumuskan tujuan keperawatan yang dibuat mengandung komponen klien, perubahan perilaku, kondisi klien dan kriteria hasil.					
3.	Saya membuat rencana tindakan keperawatan mengacu kepada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.					
4.	Saya membuat rencana tindakan keperawatan dengan menggambarkan keterlibatan klien dan keluarga di dalamnya, dan tim kesehatan lain					
5.	Saya mencatat perencanaan sesuai dengan format dan pendoman yang baku					
D	IMPLEMENTASI					
1.	Implementasi yang saya lakukan menggambarkan tindakan mandiri, kolaborasi dan ketergantungan sesuai dengan rencana keperawatan					
2.	Saya melakukan observasi terhadap setiap respon klien setelah dilakukan tindakan keperawatan					
3.	Implementasi yang saya lakukan bertujuan untuk promotif, preventif, rehabilitatif dan mekanisme coping.					
4.	Implementasi yang saya lakukan bersifat holistik, dan menghargai hak-hak klien					
5.	Saya mencatat implementasi sesuai dengan format dan pendoman baku					

NO	PERTANYAAN	TIDAK PERNAH	JARANG	KADANG-KADANG	SERING	SELALU
E.	EVALUASI					
1.	Saya Komponen yang dievaluasi mengenai status kesehatan klien meliputi aspek kognitif, afektif, kemampuan psikomotor klien melakukan tindakan, perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala					
2.	Saya melakukan evaluasi dilakukan menggunakan pendekatan SOAP					
3.	Saya melakukan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan mengacu kepada tujuan dan kriteria hasil					
4.	Saya melakukan evaluasi terhadap perubahan fungsi tubuh dan kesehatan klien setelah dilakukan tindakan					
5.	Saya mencatat evaluasi dengan format dan pedoman pengkajian yang baku					
F	DOKUMENTASI KEPERAWATAN					
1.	Saya melakukan pendokumentasian setiap tahap proses keperawatan ditulis dengan jelas, ringkas, memakai istilah yang baku dan benar					
2.	Saya melakukan tindakan/kegiatan keperawatan, perawat mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal dan jam dilakukannya tindakan					
3.	Dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan ini ditulis menggunakan format yang baku					
4.	Saya menerapkan prinsip dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu; tulis apa yang telah dilakukan dan jangan lakukan apa yang tidak tertulis					
5.	Berkas dokumentasi proses keperawatan di ruangan ini disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku					

KUESIONER PENELITIAN
(OBSERVASI PENELITIAN TERHADAP PENDOKUMENTASIAN ASUHAN
KEPERAWATAN UNIT RAWAT INAP RS. MH.THAMRIN PURWAKARTA)

PETUNJUK PENGISIAN

1. Kuesioner ini merupakan pengamatan peneliti terhadap perawat dalam menerapkan dan mendokumentasikan asuhan keperawatan di ruangan rawat inap yang dilaksanakan pada 10 dokumen asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat
2. Keterangan pilihan jawaban yang disediakan adalah Ya dan Tidak, dengan uraian:
 - Ya : Bila dokumentasi dilakukan “V”
 - Tidak : Bila dokumentasi tidak dilakukan “Kosong”
3. No. Kode perawat :.....

NO	PERTANYAAN	DOKUMEN											
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
A	PENGAJIAN												
B	DIAGNOSA KEPERAWATAN												
C	PERENCANAAN												
D	IMPLEMENTASI												
E	EVALUASI												
F	DOKUMENTASI KEPERAWATAN												