

**SKRIPSI**

**STUDI KINERJA PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN JAMKESMAS DAN  
NON JAMKESMAS DI RUANG ANAK RSUD DR. H. SLAMET  
MARTODIRDJO PAMEKASAN**

*PENELITIAN KOMPARATIF*



Oleh :

ACHMAD HIDAYATULLAH  
NIM. 131011188

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA  
2012**

**SKRIPSI**

**STUDI KINERJA PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN JAMKESMAS DAN  
NON JAMKESMAS DI RUANG ANAK  
RSUD DR. H. SLAMET MARTODIRDJO PAMEKASAN**

*PENELITIAN KOMPARATIF*

Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)  
dalam Program Studi Ilmu Keperawatan  
pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan UNAIR



Oleh :

ACHMAD HIDAYATULLAH

NIM. 131011188

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS AIRLANGGA  
SURABAYA**

**2012**

## **SURAT PERNYATAAN**

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun.

Surabaya, 14 Februari 2012

Yang Menyatakan

Achmad Hidayatullah  
NIM. 131011188

**HALAMAN PENETAPAN**  
**SKRIPSI**  
**STUDI KINERJA PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN**  
**ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN JAMKESMAS DAN**  
**NON JAMKESMAS DI RUANG ANAK RSUD Dr. H. SLAMET**  
**MARTODIRDJO PAMEKASAN**

Oleh :

Achmad Hidayatullah  
NIM. 131011188

Telah diuji  
Pada Tanggal 17 Februari 2012

**PANITIA PENGUJI**

Ketua : Nuzul Qur'aniati, S.Kep.,Ns, MNg ( .....)  
NIK. 139040676

Anggota : Retnayu Pradanie, S.Kep., Ns ( .....)  
NIK. 139080824

: Tiyas Kusumaningrum, S.Kep., Ns ( .....)  
NIK. 139080791

Mengetahui,  
Plh. Wakil Dekan I  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga  
Wakil Dekan III

Yulis Setiya Dewi, S.Kep.,Ns., M.Ng  
NIP.197507092005012001

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**SKRIPSI**

**STUDI KINERJA PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN  
KEPERAWATAN PADA PASIEN JAMKESMAS DAN  
NON JAMKESMAS DI RUANG ANAK  
RSD Dr. SLAMET MARTODIRDJO PAMEKASAN**

Oleh :

Achmad Hidayatullah  
Nim. 131011188

Skripsi Ini Telah Disetujui  
Pada Tanggal 14 Februari 2012

Oleh :

Pembimbing Ketua

Nuzul Qur'aniati, S.Kep, Ns, M.Ng  
NIK. 139040676

Pembimbing

Tiyas Kusumaningrum, S.Kep, Ns  
NIK.139080791

Mengetahui,  
Plh. Wakil Dekan I  
Wakil Dekan II  
Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga

Yuni Sufyanti, S.Kp, M.Kes  
NIP.19780606 2001 12 2 001

## UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat dan Allah Swt, berkat rahmat dan bimbinganNya kami dapat menyelesaikan skripsi dengan judul “ **STUDI KINERJA PERAWAT DALAM PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN JAMKESMAS DAN NON JAMKESMAS DI RUANG ANAK RSUD Dr. H. SLAMET MARTODIRDJO PAMEKASAN** ”. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.

Bersama ini perkenankan saya mengucapkan terimakasih yang sebesar-besarnya dengan hati yang tulus kepada :

1. Ibu Purwaningsih S.Kp, M.kes selaku dekan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada kami untuk mengikuti dan menyelesaikan pendidikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Ibu Mira Triharini S.Kp, M.Kep selaku Wakil Dekan I Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan dorongan kepada kami untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan.
3. Ibu Nuzul Qur’aniati S.Kep Ns, M.Ng dan Ibu Tyas Kusumaningrum S.Kep, Ns selaku dosen pembimbing skripsi yang dengan penuh kesabaran memberikan arahan dan bimbingan dalam penyusunan skripsi ini.

4. Dr. Iri Agus Subaidi M.Si, MM selaku Direktur RSD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan yang telah memberikan ijin dan informasi sehingga penelitian ini dapat terlaksana.
5. Seluruh keluarga terutama istri dan anak-anakku tercinta Dimas dan Melda yang selalu dengan penuh kasih sayang memberikan motivasi pada penulis.
6. Terima kasih buat dosen pengajar mata kuliah metodologi riset keperawatan dan para dosen yang tidak bisa penulis sebut satu persatu.
7. Segenap teman-temanku angkatan B 13 Program SI Keperawatan Universitas Airlangga terutama B13 Pamekasan yang memberikan banyak motivasi dan pengalaman berharga.

Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberikan kesempatan dan dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan skripsi. Kami sadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna, tetapi kami berharap skripsi ini bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan.

Surabaya , 23 Januari 2012

Penulis

## ABSTRACT

### PERFORMANCE OF NURSES IN NURSING CARE DOCUMENTATION TO JAMKESMAS AND NON JAMKESMAS PATIENTS

**A Comparative Study at Pediatric Wards,  
Dr H. Slamet Martodirdjo Hospital, Pamekasan**

**Achmad Hidayatullah**

Health insurance (Jamkesmas) is a government program to fulfill the rights of healthy life for the poor. Implementation and documentation of quality nursing care to Jamkesmas patients are considered less well than that to non Jamkesmas patients.. Therefore, the author studied the differences in the performance of nurses documenting nursing care to Jamkesmas and non Jamkesmas patients in Pediatric Ward, Dr. H. Slamet Martodirdjo Hospital, Pamekasan.

This study used comparative method by comparing the difference in the performance of nurses in the documentation of nursing care to Jamkesmas and non Jamkesmas patients. Samples were obtained using purposive sampling. Data were collected with observation procedures and analyzed using SPSS 16.0 program. The hypotheses were tested using Mann Whitney u-test with a significance level of 5%.

Results of analysis of data obtained significance value higher than 0.05. It confirms that there was no difference in the performance of nurses in documenting nursing care to Jamkesmas and non Jamkesmas patients.

The results of this study showed no difference in the performance of nurses documenting nursing care to Jamkesmas and non Jamkesmas patients. This suggests there are other factors that contributed to the negative stigma of Jamkesmas patient care. Further research is required to compare the performance of nurses to Jamkesmas and non Jamkesmas patients from the aspect of caring behavior and compliance with standards of nursing actions operational procedures.

***Keywords:*** *nursing care documentation, Jamkesmas, Non Jamkesmas*



**DAFTAR ISI**

Halaman Sampul .....	i
Lembar Persetujuan.....	ii
Lembar Penetapan Panitia Penguji.....	iii
Halaman Daftar Isi .....	iv
Halaman Daftar Tabel .....	vi
Halaman Daftar Gambar .....	vii
Halaman Daftar Lampiran.....	viii
Halaman Isi Lambang, Singkatan Dan Istilah.....	ix

**BAB 1 PENDAHULUAN**

1.1. Latar Belakang .....	1
1.2. Rumusan Masalah .....	6
1.3. Tujuan Penelitian.....	6
1.4. Manfaat Penelitian.....	6

**BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA**

2.1. Konsep Perilaku Dan Kinerja.....	8
2.1.1. Model Perilaku .....	9
2.1.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja.....	10
2.1.3. Penilaian Kinerja Perawat .....	13
2.1.4. Prinsip-Prinsip Penilaian .....	13
2.1.5. Manfaat Penilaian Kerja.....	14
2.1.6. Proses Penilaian Kerja Perawat.....	15
2.1.7. Alat Ukur.....	15
2.2. Proses Keperawatan .....	16
2.2.1. Fungsi Proses Keperawatan .....	17
2.2.2. Sifat Dan Fungsi Proses Keperawatan .....	17
2.2.3. Manfaat Proses Keperawatan .....	17
2.2.4. Keterampilan Yang Dibutuhkan Dalam Proses Keperawatan ..	18
2.3. Standart Praktek Keperawatan .....	18
2.3.1. Aspek Hukum.....	19
2.3.2. Sumber Standar .....	19
2.3.3. Tujuan Standar Keperawatan .....	21
2.3.4. Metode Menilai Standar Asuhan Keperawatan Depkes.....	22
2.3.5. Standart Pelaksanaan Asuhan Keperawatan .....	23
2.3.6 Standart Pendokumentasian .....	23
2.4 Konsep Jamkesmas .....	29
2.4.1 Tujuan.....	30
2.4.2 Prinsip-Prinsip Jamkesmas.....	31
2.4.3 Dasar Hukum.....	31

2.4.4 Kepesertaan Jamkesmas .....	32
2.4.5 Tatalaksana Kepesertaan .....	33
2.4.6 Bentuk Pelayanan .....	36
2.4.7 Prosedur Pelayanan Jamkesmas .....	42

### **BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS**

3.1. Kerangka Konseptual .....	43
3.2. Hipotesis .....	45

### **BAB 4 METODE PENELITIAN**

4.1. Desain Penelitian .....	46
4.2. Desain Sampling .....	47
4.2.1 Populasi .....	47
4.2.2. Besar Sampel .....	47
4.2.3. Sampling .....	47
4.3. Identifikasi Variabel .....	47
4.3.1. Variabel Independen .....	47
4.3.2. Variabel Dependent .....	48
4.4. Definisi Operasional .....	48
4.5. Instrumen .....	52
4.6. Lokasi Dan Waktu Penelitian .....	53
4.7 Prosedur Pengambilan Data .....	53
4.8. Kerangka Kerja .....	54
4.9 Analisa Data .....	55
4.10 Etika Penelitian .....	55
4.11 Keterbatasan .....	56

### **BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN**

5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian .....	57
5.1.1 Visi Misi Budaya Kerja Falsafah Rumah Sakit .....	58
5.1.2 Jenis Pelayanan Rumah Sakit .....	59
5.1.3 Gambaran Ruang Anak .....	60
5.2 Hasil Penelitian .....	62
5.2.1 Data Umum .....	62
5.2.1 Data Khusus .....	63
5.3 Pembuktian Hipotesis .....	66
5.4 Pembahasan .....	66
5.4.1 Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas .....	66
5.4.2 Perbandingan Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas	

Dan Non Jamkesmas .....	71
<b>BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN</b>	
6.1 Kesimpulan.....	75
6.2 Saran.....	76

**DAFTAR PUSTAKA**

Lampiran 1  
Lampiran 2  
Lampiran 3  
Lampiran 4  
Lampiran 5  
Lampiran 6  
Lampiran 7  
Lampiran 8  
Lampiran 9  
Lampiran 10  
Lampiran 11  
Lampiran 12

## DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Model Perilaku .....	9
Gambar 3.1 Kerangka Konseptual .....	43
Gambar 4.1 Kerangka Kerja .....	54
Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin.....	62
Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia .....	62
Gambar 5.4 Distribusi responden berdasarkan lama bekerja.....	63
Gambar 5.5 Kinerja Pendokumentasian Pada Pasien Jamkesmas .....	64
Gambar 5.6 Kinerja Pendokumentasian Pada Pasien Non Jamkesmas .....	64

## DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Definisi Operasional .....	48
Tabel 5.1 Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian .....	65

## DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengambilan Data Awal
- Lampiran 2 Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Penelitian
- Lampiran 3 Surat Keterangan Ijin Penelitian
- Lampiran 4 Surat Keterangan Telah Melakukan Penelitian
- Lampiran 5 Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6 Lembar Persetujuan Menjadi Responden
- Lampiran 7 Lembar Observasi
- Lampiran 8 Tabel 1 Uji Statistik
- Lampiran 9 Tabel 2 Tabulasi Data Umum
- Lampiran 10 Tabel 3 Distribusi Hubungan Data Umum Dengan Kinerja
- Lampiran 11 Tabel 4 Tabulasi Kinerja Pendokumentasian Pada Pasien Jamkesmas
- Lampiran 12 Tabel 5 Tabulasi Kinerja Pendokumentasian Pada Pasien Non jamkesmas

**DAFTAR SINGKATAN**

Jamkesmas	: Jaminan kesehatan masyarakat
RSD	: Rumah sakit daerah
Jamkesda	: Jaminan kesehatan daerah
Ho	: Hipotesis nihil/nol
$H_A/H_1$	: Hipotesis alternative
Depkes	: Departemen kesehatan
P	: Prosentase
T	: Total (Jumlah Rekam medik Pasien)
JB	: Jumlah berkas
JA	: Jumlah aspek yang dinilai
SK	: Surat keputusan
SKTM	: Surat keterangan tidak mampu
UU	: Undang-undang
UUD	: Undang undang dasar
Ina	: Instalasi rawat inap
PTT	: Pegawai tidak tetap
SDM	: Sumber daya manusia
PPNI	: Persatuan perawat nasional indonesia
SOP	: Standart operasional prosedur
SAK	: Standart asuhan keperawatan
SJSN	: Sistem Jaminan Sosial Nasional
PJKM	: Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin
PKH	: Program Keluarga Harapan
BPS	: Badan Pusat Statistik
SKP	: Surat Keabsahan Peserta
RJ	: Rawat Jalan
RI	: Rawat inap
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Lanjutan
BKMM	: Balai Kesehatan Mata Masyarakat

PPK	: Pemberi Pelayanan Kesehatan
IOL	: <i>Intra Ocular Lens</i>
GEA	: Gastro enteritis akut
DHF	: Dengue hemorrhagic fever
MAKP	: Model asuhan keperawatan profesional



# **BAB 1**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Pasien jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) sejak diberlakukan tahun 2005 dari tahun ketahun semakin meningkat. Data yang didapat penulis pada bulan Januari sampai dengan Juni 2011 diruang instalasi rawat inap (Irna) anak 7 dari 10 pasien menggunakan jamkesmas. Peningkatan pasien jamkesmas diiringi timbulnya stigma negatif tentang pelayanan rumah sakit pada pasien jamkesmas di ruang anak. Penelitian tim independen manajemen rumah sakit umum daerah (RSUD) Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan pada Juni 2011 didapatkan data 30 % pasien jamkesmas menyatakan tidak puas dengan pelayanan keperawatan di rumah sakit. Hal ini didukung dengan hasil survey tentang alasan pasien kelas III yang tidak menggunakan jamkesmas di ruang anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasam dari 30 responden 7 keluarga pasien menyatakan tidak punya kartu jamkesmas dan enggan menggunakan surat keterangan tidak mampu (SKTM) atau jaminan kesehatan daerah (jamkesda), 5 responden pasien tidak punya kartu dan berasal dari luar kota, 12 pasien yang memiliki kartu jamkesmas tidak mau menggunakan karena beranggapan pelayanan pasien non jamkesmas lebih baik dan lebih cepat sembuh dan 6 pasien menyatakan mampu membayar. Data ini menunjukkan bahwa pasien jamkesmas masih meragukan kualitas pelayanan padahal setiap pasien jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatan dasar yang sama dengan pasien lain (Depkes, 2010). Tidak ada perbedaan mendasar pada sarana prasarana dan jenis pelayanan pada pasien

jamkesmas dan non-jamkesmas oleh karena itu stigma tentang perbedaan kualitas pelayanan asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non-jamkesmas perlu dibuktikan kebenarannya. Ketidakpuasan pasien jamkesmas dari berbagai kasus yang ditemukan peneliti lebih ditujukan kepada perawat hal ini disebabkan karena perawat yang berada didekat pasien selama 24 jam. Perawat juga menunjukkan sikap dan perilaku yang terkesan kurang simpatik pada pasien jamkesmas seperti adanya fakta saat melakukan pelayanan keperawatan lebih banyak dilimpahkan kepada mahasiswa dan adanya komentar yang malas melayani pasien jamkesmas karena jasa pelayanan yang diperoleh sedikit dan keluar tidak tepat waktu. Menurut Yocum dalam Potter & Perry (2009) perawat harus memiliki sistem pendokumentasian yang akurat untuk menjawab setiap ada komplain yang diajukan pasien selain itu dokumentasi menjamin kesinambungan pelayanan ,menghemat waktu, dan meminimalisasi resiko kesalahan. Dokumentasi tidak bisa dipisahkan dari proses keperawatan sebab pendokumentasian merupakan metode yang tepat untuk pengambilan keputusan yang sistematis, problem solving dan riset lebih lanjut (Nursalam, 2009). Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti pada rekam medis masih banyak terdapat data yang tidak lengkap dan akurat seperti pada lembar observasi, catatan keperawatan dan pengkajian, Padahal pendokumentasian tidak hanya berfungsi sebagai aspek hukum tetapi juga berperan penting dalam keberhasilan proses keperawatan. Adanya perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan nonjamkesmas belum dapat dijelaskan.

Stigma negatif tentang pelayanan dan buruknya pendokumentasian keperawatan pada pasien jamkesmas berpengaruh terhadap pelaksanaan proses

keperawatan, sebab rendahnya rasa percaya pasien pada perawat bisa menimbulkan gangguan komunikasi. Padahal semua interaksi perawat dengan klien adalah berdasarkan komunikasi (Nursalam, 2008). Membangun hubungan saling percaya dengan pasien sangat penting untuk menciptakan komunikasi yang terapeutik sebab komunikasi terapeutik sangat diperlukan untuk mengajak klien dan keluarga bertukar pikiran dan perasaan (Nursalam, 2008). Teori komunikasi dan informasi salah satu yang mendasari proses keperawatan sehingga gangguan pada komunikasi dapat berpengaruh dengan pada kelanjutan pelayanan keperawatan pada pasien sebab proses keperawatan merupakan suatu siklus karena memerlukan suatu modifikasi pengkajian ulang, perencanaan ulang, memperbaiki tindakan dan mengevaluasi ulang, oleh sebab itu setiap langkah dalam proses keperawatan diperlukan informasi yang akurat. Hal ini akan tercapai apabila perawat mampu menjalin komunikasi dengan baik (Nursalam, 2008). Pendokumentasian merupakan salah satu sarana menyampaikan informasi dengan tim kesehatan yang lain. Pendokumentasian bermanfaat untuk menginformasikan apa yang sudah, sedang dan yang akan dikerjakan oleh perawat (Nursalam, 2008). Pendokumentasian yang baik dapat menjadi bahan analisis dalam kesinambungan proses keperawatan. Ini bisa menjadi faktor kegagalan dalam penerapan proses keperawatan tentu saja akan mengakibatkan tidak tercapainya tujuan keperawatan itu sendiri sebab dokumentasi merupakan faktor penting dalam praktik keperawatan (Potter & Perry, 2009). Pada fenomena yang terjadi di RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan ini menyebabkan terjadinya dampak luas seperti keengganan dan juga meningkatkan angka kejadian pulang paksa yang dari data sampai bulan oktober mencapai 20 % (Rekam medik RSUD Dr. H. Slamet

Martodirdjo Pamekasan, 2011). Fakta tersebut tentu saja mempengaruhi keberhasilan tujuan program jamkesmas yakni mempertahankan dan meningkatkan derajat kesehatan keluarga miskin padahal pemerintah mengeluarkan anggaran besar untuk program ini.

Faktor-faktor yang menyebabkan timbulnya stigma negatif tentang adanya perbedaan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non-jamkesmas diantaranya dikemukakan dalam penelitian sebelumnya yang dilakukan di RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan tentang analisis faktor tingkat kepuasan pasien jamkesmas diantaranya perawat yang kurang ramah, dokter yang tidak tepat waktu dan ruang perawatan yang kurang bersih. (Kholiq, 2009). Perilaku dan kinerja perawat dipengaruhi oleh variabel psikologis, variabel fisiologis dan variabel lingkungan. Variabel psikologis meliputi persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi (Gibson, 2003). Menurut Levitt seperti dikutip Gibson (2003) sebuah perilaku dibentuk karena adanya stimulus (sebab) yang dipengaruhi tiga faktor dari individu yaitu psikologis, fisiologis dan lingkungan. Faktor-faktor ini menyebabkan perbedaan individual dalam perilaku. Perbedaan status pembiayaan pasien merupakan stimulus (sebab) yang dapat mempengaruhi kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Sebab stimulus dapat membentuk persepsi dan sikap yang berbeda pada setiap individu (Gibson, 2003). Sikap dibentuk oleh tiga komponen kognitif, afektif dan perilaku, ketiga komponen tersebut membentuk nuansa tertentu yang dapat menjelaskan perbedaan sikap individu terhadap objek sikap yang sama (Meinarno, 2009).

Stigma negatif tentang perbedaan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non-jamkesmas walaupun masih bersifat subjektif tentu

tetap harus di tindaklanjuti sebab berpengaruh terhadap proses keperawatan secara berkesinambungan. Hal ini berkaitan dengan buruknya kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Selain itu selama ini setiap ada keluhan tentang pelayanan pasien jamkesmas, pelayanan keperawatan mendapat sorotan paling tinggi. hal ini dikarenakan karena perawat yang berada didekat pasien selama 24 jam penuh. Stigma negatif tentang perbedaan kualitas pelayanan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas tentu bertentangan dengan kenyataan dirumah sakit sebab ditataran pelayanan tidak ada perbedaan mendasar dalam jenis pelayanan hanya saja pasien jamkesmas mendapat jatah ruang perawatan di kelas III sedangkan dari segi peralatan medis, perawat dan dokter tidak ada perbedaan. Untuk mengatasi stigma negatif tentang perbedaan pelayanan jamkesmas di Rumah Sakit Pamekasan perlu di lakukan beberapa langkah diantaranya harus dikaji terlebih dahulu apakah benar-benar terdapat perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas, karena pendokumentasian mempunyai peran penting untuk mendukung tercapainya tujuan asuhan keperawatan dan aspek hukum bagi perawat. Hal ini dapat menjadi sarana untuk menilai secara objektif pelaksanaan asuhan keperawatan sebab ketidakpuasan pasien jamkesmas tidak hanya tentang asuhan keperawatan tetapi juga faktor yang lain. Oleh karena itu perlu dipelajari lebih jauh apakah ada perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan pasien non jamkesmas. Hasil penelitian ini dapat di gunakan sebagai bahan evaluasi dan penentuan langkah-langkah dalam meningkatkan mutu dan kualitas asuhan keperawatan pada pasien khususnya pasien jamkesmas.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Apakah ada perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non-jamkesmas ?

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Menjelaskan perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non-jamkesmas ?

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengidentifikasi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas ?
2. Mengidentifikasi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien non-jamkesmas ?
3. Menganalisis perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non-jamkesmas ?

## **1.4 Manfaat**

### **1.4.1 Teoritis**

Penelitian ini dapat di gunakan sebagai acuan dalam pengembangan teori keperawatan tentang kinerja perawat dalam pendokumentasian dimasa yang akan datang. Dan bisa menjadi dasar dalam teori asuhan keperawatan di rumah sakit.

### **1.4.2 Praktis**

Hasil penelitian tentang studi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non-jamkesmas dapat digunakan untuk mengetahui faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat sehingga

dapat digunakan dasar dalam meningkatkan pelayanan keperawatan pada pasien khususnya jamkesmas.

## **BAB 2**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

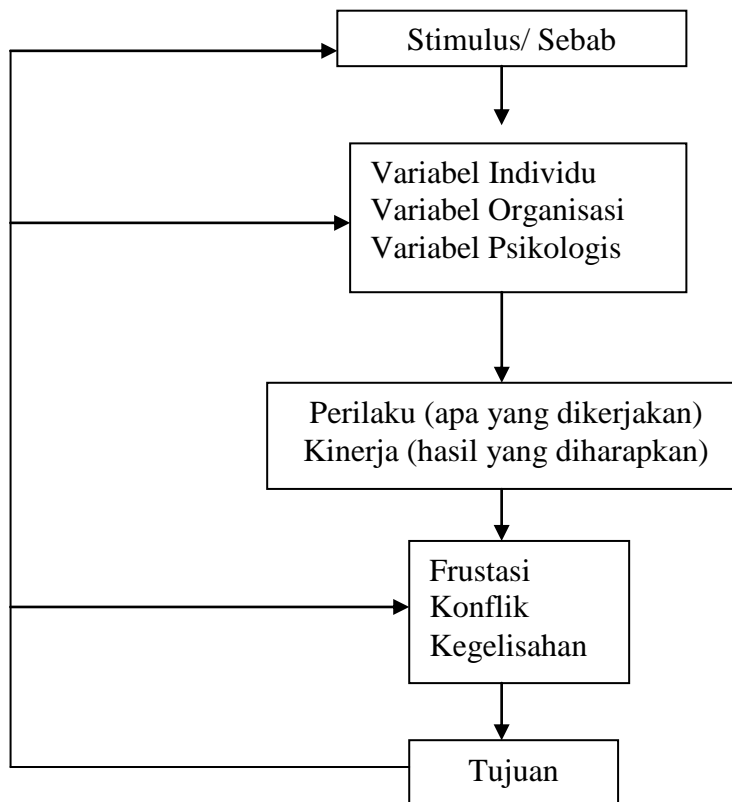
#### **2.1 Konsep Perilaku dan Kinerja**

Gibson (2003) menyatakan bahwa perilaku individu adalah segala sesuatu yang dilakukan seseorang, seperti : berbicara, berjalan, berfikir atau tindakan dari suatu sikap, Sedangkan kinerja adalah hasil yang diharapkan dari perilaku tersebut dan setiap karyawan mempunyai hasil kerja yang berbeda. Perilaku yang berpengaruh terhadap kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.

Menurut Ilyas (2002) kinerja adalah penampilan hasil karya personel baik kuantitas maupun kualitas dalam suatu organisasi dan merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personil. Deskripsi dari kinerja menyangkut 3 komponen penting yaitu : (1) Tujuan: Penentuan tujuan dari setiap unit organisasi merupakan strategi yang digunakan untuk meningkatkan kerja.; (2) Ukuran: Dibutuhkan ukuran apakah seorang personel telah mencapai kinerja yang diharapkan, untuk itu kuantitatif dan kualitatif standar kinerja untuk setiap tugas dan jabatan personel memegang peranan penting; (3) Penilaian: Penilaian kinerja secara reguler yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personel. Pengertian kinerja dengan deskripsi tujuan, ukuran operasional, dan penilaian reguler mempunyai peran penting dalam merawat dan meningkatkan motivasi personel.



### 2.1.1 Model Perilaku dan Kinerja



Gambar 2.1 Skematis Model Perilaku Dan Kinerja Menurut Gibson

Menurut Gibson, (2003) ada beberapa faktor penting khusus yang menyebabkan perbedaan individual dalam perilaku meliputi persepsi, sikap, kepribadian dan belajar. Gambar dibawah ini menggambarkan sebuah model perilaku yang diasumsikan dapat diterapkan dalam banyak segi kepada semua karyawan baik karyawan manajemen maupun non-manajemen. Perilaku yang berkembang pasti bersifat khas bagi tiap-tiap orang tetapi proses yang mendasarinya merupakan dasar bagi setiap orang. Model ini mengadakan empat asumsi penting tentang perilaku individu , yaitu :

1. Perilaku timbul karena suatu sebab.

2. Perilaku diarahkan pada tujuan.
3. Perilaku yang diarahkan pada tujuan dapat diganggu konflik , frustasi, dan kegelisahan.
4. Perilaku timbul karena motivasi.

Model ini disajikan sebagai titik pangkal bagi pemahaman perilaku hal-hal penting yang perlu diketahui adalah :

1. Proses perilaku adalah serupa bagi semua orang.
2. Perilaku yang sebenarnya dapat berbeda karena variabel fisik, psikologis dan lingkungan serta faktor yang mempengaruhi seperti frustasi, konflik dan kegelisahan.
3. Banyak variabel yang mempengaruhi perilaku telah terbentuk sebelum orang memasuki organisasi pekerjaan.

### **2.1.2 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja**

Gibson (2003) menyatakan terdapat tiga kelompok variabel yang mempengaruhi kinerja dan perilaku yaitu: (1) variabel individu, yang meliputi kemampuan dan ketrampilan, fisik maupun mental, latar belakang, pengalaman dan demografi, umur dan jenis kelamin, asal usul dan sebagainya. Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu, sedangkan demografi mempunyai hubungan tidak langsung pada perilaku dan kinerja, (2) variabel organisasi, yakni sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan, (3) variabel psikologis, yakni persepsi, sikap, kepribadian, belajar, kepuasan kerja dan motivasi.

Ketiga kelompok variabel tersebut mempengaruhi perilaku kerja yang pada akhirnya berpengaruh pada kinerja personel. Perilaku yang berpengaruh

terhadap kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas-tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas.

Variabel individu yang meliputi sub variabel kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi perilaku dan kinerja individu. Variabel psikologi meliputi : persepsi, sikap, kepribadian, belajar, kepuasan kerja, motivasi. Persepsi merupakan proses pemberian arti terhadap lingkungan oleh seorang individu. Oleh karena tiap-tiap orang memberi arti kepada stimulus maka individu yang berbeda-beda akan melihat barang yang sama dengan cara yang berbeda-beda. Sedangkan sikap merupakan faktor yang menentukan perilaku karena sikap berkaitan dengan persepsi, kepribadian, belajar dan motivasi.

Sikap merupakan kesiap-siagaan mental yang diorganisasi lewat pengalaman yang mempunyai pengaruh tertentu kepada tanggapan seseorang terhadap orang, obyek dan situasi yang berhubungan dengannya. Kepribadian merupakan serangkaian ciri yang relatif mantap, kecenderungan dan perangai yang sebagian besar dipengaruhi oleh faktor keturunan, budaya, sosial dan lingkungan. Kepribadian adalah sesuatu yang rumit yang menentukan persamaan dan perbedaan dalam perilaku individu. Belajar merupakan proses fundamental yang mendasari perilaku sebagian besar perilaku dalam organisasi adalah perilaku yang diperoleh dari belajar. Motivasi berhubungan dengan bagaimana perilaku di mulai, dikuatkan, disokong, diarahkan, dihentikan dan reaksi subjektif yang timbul dalam individu.

Persepsi, sikap, kepribadian dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur serta kesempatan tentang pengertiannya sukar dicapai, karena seseorang individu masuk dan bergabung ke dalam suatu organisasi kerja pada

usia, etnis, latar belakang, budaya dan ketrampilan yang berbeda satu sama lainnya. Variabel ini menurut Gibson, banyak dipengaruhi oleh keluarga, tingkat sosial, pengalaman kerja sebelumnya dan variabel demografis. Variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian dan belajar merupakan hal yang kompleks dan sulit diukur. Ilyas (2002) menyatakan sukar dicapai kesepakatan tentang pengertian dari variabel tersebut, karena seorang individu masuk dan bergabung dalam organisasi kerja pada usia, etnis, latar belakang, budaya dan ketrampilan yang berbeda satu dengan lainnya..

Variabel organisasi, menurut Gibson (2003) berefek tidak langsung terhadap perilaku dan kinerja individu. Variabel organisasi digolongkan dalam sub-variabel sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan.

Ilyas (2002) lebih lanjut menjelaskan bahwa teori yang dikembangkan oleh Gibson berdasarkan penelitian dan pengalaman yang mereka temukan pada sampel dan komunitas masyarakat negara maju seperti Amerika Serikat. Pada teori yang mereka sampaikan tidak tampak peran variabel supervisi dan kontrol dalam hubungannya dengan kinerja. Hal ini dimungkinkan kedua variabel tersebut tidak berperan secara bermakna bagi masyarakat maju seperti Amerika Serikat, artinya budaya kerja pekerja Amerika sudah dalam kondisi tidak membutuhkan kontrol dan supervisi yang ketat dari organisasi dan atasan mereka, tingkat kinerja mereka sudah pada tingkatan yang optimum. Dengan kata lain setiap pekerja melaksanakan fungsi dan tanggung jawabnya dengan pengawasan yang melekat pada setiap pekerja telah berjalan dengan baik. Pada negara berkembang seperti Indonesia, variabel supervisi dan kontrol masih sangat penting pengaruhnya dengan kinerja individu. Menurut penelitian Ilyas (2002) dengan topik:

Determinan Kinerja Dokter pegawai tidak tetap (PTT), ditemukan bahwa supervisi atasan mempunyai hubungan yang bermakna dengan kinerja dokter PTT. Hall TL dan Meija (1987) dalam Ilyas (2002) menyebutkan bahwa faktor yang mempengaruhi kinerja adalah: faktor internal individu yang terdiri dari: (1) karakteristik individu seperti umur, pendapatan, status perkawinan, pengalaman kerja dan masa kerja. (2). Sikap terhadap tugas yang terdiri persepsi, pengetahuan, motivasi, tanggung-jawab dan kebutuhan terhadap imbalan, sedang faktor eksternal meliputi sosial ekonomi, demografi, geografi, lingkungan kerja, aseptabilitas, aksesabilitas, beban kerja dan organisasi yang terdiri pembinaan, pengawasan, koordinasi, dan fasilitas.

### **2.1.3 Penilaian Kinerja Perawat**

Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer perawat dalam mengontrol sumber daya manusia dan produkifitas. Proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi. Satu ukuran pengawasan yang digunakan oleh manajer perawat untuk mencapai hasil organisasi adalah sistem penilaian pelaksanaan kerja perawat (Nursalam, 2009).

### **2.1.4 Prinsip-Prinsip Penilaian**

Menurut Gilles (1996) dalam Nursalam (2009) dalam mengamati dan mengevaluasi harus menggunakan prinsip-prinsip tertentu yaitu :

1. Evaluasi pekerja sebaiknya didasarkan pada standart pelaksanaan kerja dan orientasi perilaku pada pada posisi yang ditempati.

2. Sampel tingkah laku perawat yang cukup representatif sebaiknya di amati dalam rangka evaluasi kerja .
3. Perawat sebaiknya diberi salinan deskripsi kerja, standart pelaksanaan kerja dan bentuk evaluasi untuk peninjauan ulang sebelum pertemuan evaluasi.
4. Penilaian pelaksanaan kerja pegawai sebaiknya menunjukkan hal-hal yang sudah memuaskan dan menunjukkan hal yang perlu diperbaiki.
5. Jika diperlukan manajer sebaiknya menjelaskan area mana yang akan diprioritaskan
6. Pertemuan evaluasi sebaiknya dilakukan pada waktu yang cocok bagi perawat dan manajer sehingga diskusi evaluasi terjadi dalam waktu yang cukup bagi keduanya.
7. Laporan evaluasi maupu pertemuan sebaiknya sebaiknya disusun secara terencana sehingga perawat tidak menyadari bahwa pelaksanaan kerjanya sedang di analisis.

#### **2.1.5 Manfaat Penilaian Kerja**

Manfaat penilaian kerja dapat dijabarkan menjadi 6 hal :

1. Meningkatkan prestasi kerja staf baik secara individu maupun kelompok dengan memberikan kesempatan pada mereka untuk memenuhi kebutuhan aktualisasi diri dalam rangka pencapaian tujuan pelayanan.
2. Peningkatan yang terjadi pada prestasi staf secara perorangan pada gilirannya akan mempengaruhi atau mendorong sumber daya manusia (SDM) secara keseluruhan.
3. Merangsang minat dalam pengembangan pribadi dengan tujuan meningkatkan hasil karya dan prestasi.

4. Membantu RS untuk dapat menyusun program pengembangan dan pelatihan staf yang lebih tepat guna.
5. Menyediakan alat dan prasarana untuk membandingkan prestasi kerja melalui peningkatan gaji atau sistem imbalan yang baik.
6. Memberikan kesempatan pada pegawai atau staff untuk menyampaikan perasaan tentang pekerjaannya.

#### **2.1.6 Proses Penilaian Kerja Perawat**

Menurut Beach Penilaian prestasi kerja merupakan pemikiran sistematis atas individu mengenai prestasinya dalam pekerjaan dan potensinya untuk pengembangan. (Nursalam, 2009). Proses kegiatan penilaian kerja meliputi :

1. Merumuskan tanggung jawab dan tugas yang harus dicapai oleh staff keperawatan.
2. Menyetujui sasaran kerja dalam bentuk hasil yang harus dicapai oleh karyawan dalam kurun waktu tertentu dengan penempatan standart prestasi dan tolak ukur yang telah ditetapkan.
3. Melakukan monitoring, koreksi dan memberikan kesempatan serta bantuan yang diperlukan stafnya.
4. Menilai prestasi kerja staff dengan membandingkan prestasi yang dicapai dengan standart dan tolak ukur yang tersedia.
5. Memberikan umpan balik terhadap staf atau karyawan yang di nilai.

#### **2.1.7 Alat Ukur**

Menurut Henderson (1984) dalam Nursalam (2009) agar efektif alat ukur sebaiknya dirancang untuk mengurangi bias meningkatkan objektivitas serta menjamin keabsahan dan ketahanan. Objektivitas yaitu kemampuan mengalihkan

diri sendiri secara emosional dari suatu keadaan untuk mempertimbangkan fakta tanpa adanya penyimpangan oleh perasaan pribadi. Sedangkan keabsahan diartikan sebagai tingkatan alat pengukur pokok isi serta apa yang harus diukur. Alat ukur yang digunakan dalam menilai pelaksanaan kerja dan tugas-tugas yang ada dalam deskripsi kerja dari kepala ruangan perlu dirinci satu demi satu dan dilaksanakan secara akurat. Jenis alat evaluasi pelaksanaan kerja perawat yang umum digunakan ada lima yaitu laporan bebas, pengurutan yang sederhana, checklist pelaksanaan kerja, penilaian grafik dan perbandingan pilihan yang dibuat-dibuat.

#### 1. Laporan tanggapan bebas

Pemimpin atau atasan diminta memberi komentar terhadap kualitas pelaksanaan kerja bawahan dalam jangka waktu tertentu. Karena tidak adanya petunjuk yang harus di evaluasi sehingga penilaian cenderung menjadi tidak sah.

#### 2. Checklist pelaksanaan kerja.

Checklist terdiri dari daftar kriteria pelaksanaan kerja untuk tugas yang paling penting dalam deskripsi kerja karyawan, dengan lampiran formulir dimana penilai dapat menyatakan apakah bawahan dapat memperlihatkan tingkah laku yang di inginkan atau tidak.

## **2.2 Proses Keperawatan**

Proses keperawatan merupakan suatu metode yang sistematis dan terorganisasi dari dalam pemberian asuhan keperawatan, yang difokuskan pada reaksi dan respon unik individu pada suatu kelompok atau perorangan terhadap gangguan kesehatan yang dialami baik aktual maupun potensial (Deswani, 2009).



### **2.2.1 Fungsi Proses Keperawatan**

Menurut Bahtiar (2011) fungsi proses keperawatan meliputi :

1. Membantu perawat dalam melaksanakan pemecahan masalah keperawatan secara sistematis.
2. Adanya tanggung jawab dan tanggung gugat terhadap klien sehingga keperawatan dapat meningkat.

### **2.2.2 Sifat dan Karakteristik Proses Keperawatan**

Bahtiar (2011) merumuskan sifat dan karakteristik proses keperawatan sebagai berikut :

1. Dinamis, artinya proses keperawatan dapat diperbarui apabila situasi dan kondisi pasien berubah.
2. Siklus artinya proses keperawatan berjalan secara siklus.
3. Saling interdependen dan ketergantungan.
4. Fleksibel tidak kaku pendekatan dapat dirubah sesuai kondisi pasien.
5. Bersifat individual untuk setiap kondisi pasien.
6. Terencana.
7. Mengarah pada tujuan.
8. Memberikan kesempatan pada perawat untuk menerapkan fleksibilitas dan kreativitas.
9. Menekankan umpan balik.
10. Menekankan validasi

### **2.2.3 Manfaat Proses Keperawatan**

1. Sebagai pedoman yang sistematis bagi terselenggaranya pelayanan kesehatan.
2. Sebagai alat untuk meningkatkan mutu pelayanan.

3. Memupuk rasa percaya diri dalam memberikan asuhan keperawatan karena tujuan jelas.
4. Menimbulkan kepuasan kerja.
5. Meningkatkan profesional (Bahtiar, 2011).

#### **2.2.4 Keterampilan Yang Dibutuhkan Dalam Proses Keperawatan**

##### **1. Keterampilan interpersonal**

Adalah kemampuan dalam melakukan komunikasi baik dengan klien maupun dengan tim kesehatan yang lain.

##### **2. Keterampilan teknis**

Adalah kemampuan dalam menggunakan alat-alat selama melakukan prosedur tindakan.

##### **3. Keterampilan intelektual**

Adalah keterampilan dalam memecahkan masalah, berfikir kritis setiap saat dan membuat keputusan dengan cepat dan tepat.

#### **2.3 Standart Praktek Keperawatan**

Menurut Gillies (1989) dalam Nursalam (2009) penilaian kualitas pelayanan keperawatan kepada klien menggunakan satandart praktek keperawatan yang merupakan pedomen bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan. Standart adalah pernyataan deskriptif mengenai tingkat penampilan yang diinginkan, kulaitas, struktur, proses atau hasil yang dapat dinilai. Standart pelayanan keperawatan merupakan pernyataan deskriptif mengenai kualitas pelayanan yang diinginkan untuk mengevaluasi pelayanan keperawatan yang telah diberikan pada pasien.

### 2.3.1 Aspek Hukum

Standar praktik keperawatan telah disahkan oleh MENKES R.I dalam Surat Keputusan Nomor: 660/Menkes/SK/IX/1987. Kemudian diperbarui dan disahkan berdasarkan SK DIRJENYANMED DEPKES RI Nomor: YM.00.03.2.6.7637, tanggal 18 Agustus 1993. Kemudian pada tahun 1996, Dewan Pimpinan Pusat persatuan perawat nasional indonesia PPNI menyusun standar profesi keperawatan Surat Keputusan Nomor: 03/DPP/SK/I/1996 yang terdiri dari standar pelayanan keperawatan, standar praktik keperawatan, standar pendidikan keperawatan dan standar pendidikan keperawatan berkelanjutan, yang selanjutnya setiap tenaga kesehatan diharapkan menggunakan standar ini sebagai pedoman dalam menyelenggarakan dan pengelolaan keperawatan.

### 2.3.2 Sumber Standart

#### 1. ORGANISASI PROFESI – PPNI

- 1) 1993 Rancangan Standar Profesi Keperawatan (Lingkungan Praktek keperawatan, Standar Pelayanan, Standar praktek, Standar pendidikan, Standar pendidikan Berkelanjutan).
- 2) 1999 Standar Praktek Keperawatan Perawat Profesional (Perawat teregister).
- 3) 2000 Kode Etik Keperawatan
- 4) 2001 Standar asuhan yang paralel dengan langkah-langkah proses keperawatan dan standar kinerja professional yang terkait dengan sikap tindak peran professional.

#### 2. DEPKES RI

- 1) SK Menkes 436/ Menkes/ S/ VI/ 1993 tanggal 3 Juni 1993.

- 2) SK Dirjen Yan Med No. YM.00.03.2.6.7637 tentang Berlakunya Standar Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit 18 Agustus 1993
  - 3) SK Dirjen Yan Med No. HK.00.06.3.5.00788 tanggal 16 Februari 1995 tentang Komisi Gabungan Akreditasi RS (KARS).
  - 4) SK Dirjen Yan Med No.02.03.3.5.2626 tanggal 16 Februari 1988 tentang Komisi Akreditasi RS dan Sarana Kesehatan Lainnya (KARS).
  - 5) SK Dirjen Pelayanan Mdik No. YM.00.03.2.6.734 tertanggal 17 Juli 1995 tentang Berlakunya Instrumen Evaluasi Penerapan SAK di RS.
  - 6) Surat Edaran Dirjen Yan Med. No. YM.02.04.3.5.2504 tertanggal 10 Juni 1997 tentang Pedoman Hak Kewajiban Pasien, dokter, Rumah Sakit
  - 7) Petunjuk Pelaksanaan Indikator Mutu Pelayanan Rumah Sakit (18 Jenis Indikator) Juli 1998, menjadi rujukan untuk Standar Pelayanan Peristirahatan.
  - 8) SK Dirjen Yan Med No. YM.00.03.2.6.956, tertanggal 19 Oktober 1998 tentang Berlakunya hak dan kewajiban Perawat dan Bidan di rumah sakit.
  - 9) Keputusan Menteri No. 647/Menkes/SK/IV/2000 tentang Registrasi dan Praktik Perawat.
3. RUMAH SAKIT
- RS menyusun standar askep sebagai pedoman pemberian asuhan keperawatan untuk kasus terbanyak pada masing-masing jenis pelayanan.
4. UU/ KEPPRES/ PP
1. UU No.23/1992 tentang Kesehatan
  2. Keppres No.56/ 1995, 10 Agustus 1995 tentang Majelis Disiplin

### Tenaga Kesehatan

3. PP.32/1996 tentang Tenaga Kesehatan
4. UU No. 8/ 1999 tentang Perlindungan Konsumen

### 2.3.3 Tujuan Standart Keperawatan

Tujuan standar keperawatan menurut Gillies (1989) dalam Nursalam (2009) adalah 1) meningkatkan kualitas asuhan keperawatan; 2) mengurangi biaya asuhan keperawatan; dan 3) Melindungi perawat dari kelalaian dalam melaksanakan tugas dan melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik.

1. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

Perawat berusaha mencapai standar yang telah ditetapkan, termotivasi untuk meningkatkan kualitas pelayanan. Asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat bersifat mendasar terhadap peningkatan kualitas hidup pasiennya.

2. Mengurangi biaya asuhan keperawatan

Apabila perawat melakukan kegiatan yang telah ditetapkan dalam standar, maka beberapa kegiatan keperawatan yang tidak perlu dapat dihindarkan berarti perawat akan menghemat biaya baik bagi perawat maupun bagi pasiennya. Dengan adanya standar maka permasalahan pasien akan cepat ditemukan dan teratasi sehingga hari perawatan pasien semakin pendek dan akan mengurangi biaya perawatan bagi pasien.

3. Melindungi perawat dari kelalaian dalam melaksanakan tugas dan melindungi pasien dari tindakan yang tidak terapeutik.

Standar keperawatan harus dapat menguraikan prosedur-prosedur yang harus dilakukan dalam memberikan asuhan keperawatan, sehingga

perawat akan dapat memahami setiap tindakan yang dilakukan. Hal ini akan dapat menghindari kesalahan dan kelalaian dalam melakukan asuhan keperawatan. Pada pasal 53 ayat 2 dan 4 Undang-undang Kesehatan Nomor: 23 tahun 1992, dijelaskan bahwa "Tenaga Kesehatan (perawat dan bidan) dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak pasien". Dari penjelasan tersebut, bahwa standar keperawatan mempunyai dasar hukum, barang siapa melanggar atau lalai akan menerima sanksi pada pasal 82-85.

#### **2.3.4 Metode menilai Standart Asuhan Keperawatan Menurut Depkes**

Berdasarkan Direktorat pelayanan dan Dirjen Pelayanan Medik Departemen Kesehatan Tahun 2001 menyatakan bahwa penilaian kinerja perawat terhadap mutu asuhan keperawatan dilakukan pada studi dokumentasi penerapan Standar Asuhan Keperawatan (SAK), Evaluasi persepsi pasien terhadap mutu asuhan keperawatan dan evaluasi tindakan perawat berdasarkan Standar Operasional Prosedur (SOP).

Berdasarkan SK Direktorat Jenderal Pelayanan Medis Nomor: YM.00.03.2.3.7637 perawat harus melaksanakan standar asuhan keperawatan di rumah sakit yang terdiri dari pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan, dan catatan asuhan keperawatan. Evaluasi persepsi pasien/keluarga terhadap mutu asuhan keperawatan di rumah sakit terdiri dari data umum, data pelayanan keperawatan, saran pasien/ keluarga untuk perbaikan. Sedangkan evaluasi tindakan perawat berdasarkan SOP yang dinilai yaitu persiapan dan pelaksanaan tiap kegiatan keperawatan Depkes RI (2005).

### **2.3.5 Standart Pelaksanaan Asuhan Keperawatan**

Kesesuaian asuhan keperawatan dengan SAK meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan Depkes RI (2005). Tujuan utama standar asuhan keperawatan ini adalah :

1. Memberi bantuan yang paripurna dan efektif kepada semua orang yang memerlukan pelayanan kesehatan.
2. Menjamin bahwa semua bantuan diarahkan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan mengurangi kesenjangan.
3. Mengembangkan standar asuhan keperawatan yang ada.
4. Memberi kesempatan kepada semua tenaga perawatan untuk mengembangkan tingkat kemampuan profesionalnya.
5. Memelihara hubungan kerja yang efektif dengan semua anggota tim kesehatan.
6. Melibatkan pasien dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan.
7. Menciptakan iklim yang mengembangkan proses belajar dalam kegiatan pendidikan bagi perkembangan tenaga keperawatan.
8. Menunjang program pendidikan berkelanjutan bagi pertumbuhan dan perkembangan pribadi tenaga perawatan (Depkes, 2005).

### **2.3.6 Standart Pendokumentasian Asuhan Keperawatan**

Dokumentasi adalah segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang anda andalkan sebagai rekaman atau bukti pada pihak berwenang. Dokumentasi yang efektif menjamin kesinambungan pelayanan, menghemat waktu dan meminimalisasi kesalahan (Yocum dalam Potter & Perry, 2002).

### 2.3.6.1 Komponen model dokumentasi keperawatan

Komponen model dokumentasi meliputi tiga aspek yaitu keterampilan berkomunikasi, keterampilan mendokumentasikan asuhan keperawatan dan standart dokumentasi. Perlu harus mempunyai keterampilan dalam pendokumentasian (Nursalam, 2008). Pendokumentasian proses keperawatan merupakan metode yang tepat dalam pengambilan keputusan yang sistematis, *problem solving* dan riset lebih lanjut. Dokumentasi merupakan bagian integral bukan sesuatu yang berbeda dari dari metode *problem solving*.

### 2.3.6.2 Standart pendokumentasian asuhan keperawatan menurut Depkes RI (2005)

#### 1. Standar 1 : Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan dasar utama atau langkah awal dari proses keperawatan secara keseluruhan. Pada tahap ini semua data dan informasi tentang klien yang dibutuhkan dikumpulkan dan dianalisa untuk menentukan diagnosa keperawatan. Pengkajian keperawatan terdiri dari 3 tahap yaitu pengumpulan data, pengorganisasian atau pengelompokan data serta menganalisa data untuk merumuskan diagnosa keperawatan. Instrumen penilaian kinerja perawat pada proses pengkajian keperawatan menurut Depkes RI (2005) terdiri dari :

- 1) Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian
- 2) Data dikelompokkan berdasarkan biopsikososialspiritual
- 3) Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang
- 4) Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola kehidupan.



## 2. Standar 2 : Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status atau masalah kesehatan aktual dan potensial. Diagnosa keperawatan dirumuskan berdasarkan data status kesehatan pasien untuk menentukan kebutuhan akan asuhan keperawatan. Data dianalisa dan dibandingkan dengan norma yang berlaku dan pola fungsi kehidupan pasien (Depkes RI, 2005). Proses diagnostik mencakup analisis kritis dan interpretasi data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosa keperawatan. Instrumen penilaian kinerja perawat pada proses diagnosa keperawatan menurut Depkes RI (2005) terdiri dari :

- 1) Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan
- 2) Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES
- 3) Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/potensial

## 3. Standar 3 : Perencanaan Keperawatan

Perencanaan keperawatan disusun berdasarkan diagnosa keperawatan Instrumen penilaian kinerja perawat pada proses perencanaan keperawatan menurut Depkes RI (2005) terdiri dari :

- 1) Perencanaan berdasarkan diagnosa keperawatan
- 2) Disusun menurut urutan prioritas
- 3) Rumusan tujuan mengandung komponen pasien, subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan kriteria waktu
- 4) Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien keluarga
- 5) Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas
- 6) Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain

#### 4. Standar 4 : Tindakan Keperawatan

Tindakan keperawatan adalah pelaksanaan rencana tindakan yang ditentukan dengan maksud agar kebutuhan pasien terpenuhi secara maksimal yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan, serta pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarganya (Depkes RI, 2005). Tujuan dari pelaksanaan adalah membantu klien membantu dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (Nursalam, 2008). Instrumen penilaian kinerja perawat pada proses implementasi keperawatan menurut Depkes RI (2005) terdiri dari :

- 1) Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan
- 2) Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan
- 3) Revisi tindakan berdasarkan evaluasi
- 4) Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.

#### 5. Standar 5 : Evaluasi Keperawatan

Menurut Depkes RI (2005), kriteria proses dalam evaluasi keperawatan adalah menyusun perencanaan evaluasi dari hasil intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat, bekerja sama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan dan mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan. Instrumen penilaian kinerja perawat pada proses evaluasi keperawatan menurut Depkes RI (2005) terdiri dari :

- 1) Evaluasi mengacu pada tujuan
- 2) Hasil evaluasi dicatat

#### 6. Standar 6 : Catatan Asuhan Keperawatan

Catatan asuhan keperawatan adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Dalam catatan asuhan keperawatan ini pencatatan yang dilakukan harus sesuai dengan yang dikerjakan dan yang ditulis dengan jelas sehingga dapat digunakan antar tim kesehatan. Instrumen penilaian kinerja perawat pada proses catatan asuhan keperawatan menurut Depkes RI (2005) terdiri dari :

- 1) Menulis pada format yang baku
- 2) Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan
- 3) Pencatatan ditulis dengan jelas
- 4) Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan
- 5) Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku

Pedoman kesesuaian asuhan keperawatan dengan SAK digunakan untuk mengumpulkan data agar dapat menilai kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. Penilaian dilakukan dengan cara membandingkan asuhan keperawatan yang ditemukan dalam rekam medik pasien dengan asuhan keperawatan yang ditentukan dalam SAK. Dimana pengisian Pedoman asuhan keperawatan berdasarkan SAK dilakukan oleh perawat dengan kriteria sebagai berikut:

1. Perawat terpilih dari ruangan tempat dilakukan evaluasi,

2. Perawat yang telah menguasai/memahami proses perawatan,
3. Telah mengikuti pelatihan penerapan standar asuhan keperawatan di RS.

Rekam medik pasien yang dinilai harus memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Rekam medik pasien yang telah dirawat minimal 3(tiga) hari diruangan yang bersangkutan.
2. Data dikumpulkan sebelum berkas medik pasien dikembalikan pada bagian *Medical Records* RS.
3. Khusus untuk kamar operasi dan IGD, penilaian dilakukan setelah pasien dipindahkan ke ruangan lain/pulang
4. Rekam medik pasien yang memenuhi kriteria selama periode evaluasi berjumlah 20 untuk setiap ruangan.

Adapun bentuk instrumen dari kesesuaian asuhan keperawatan berdasarkan

SAK terdiri dari:

1. Kolom 1: No.Urut yang dinilai
2. Kolom 2: Aspek yang dinilai
3. Kolom 3: No. Kode rekam medik yang dinilai
4. Kolom 4: Keterangan

Dibawah ini terdapat rumus dari persentase kinerja perawat berdasarkan

Depkes RI (2005) yaitu :

$$P = \frac{T}{JB \times JA} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Prosentase

- T : Total (Jumlah Rekam medik Pasien)
- JB : Jumlah berkas
- JA : Jumlah aspek yang dinilai (pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, evaluasi, catatan askep)

## 2.4 Konsep Jamkesmas

Pasal 33 undang-undang dasar (UUD) Negara RI Tahun 1945 mengamanatkan penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat. Pasal 34 ayat (2) juga mengamanatkan bahwa negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu, sesuai dengan martabat kemanusiaan. Kemudian Pasal 28 H UUD Negara RI Tahun 1945 dan UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan, menetapkan bahwa setiap orang berhak mendapatkan pelayanan kesehatan. Karena itu setiap individu, keluarga dan masyarakat berhak memperoleh perlindungan terhadap kesehatannya, dan negara bertanggung jawab mengatur agar terpenuhi hak hidup sehat bagi penduduknya termasuk bagi masyarakat miskin dan tidak mampu.

Sebagai pelaksanaan Pasal 28H, Pasal 33, dan Pasal 34 ayat (2) UUD Negara RI Tahun 1945 serta UU No. 23 Tahun 1992, maka dalam UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), telah menggariskan bahwa Jaminan Kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip Asuransi Sosial dan prinsip ekuitas. Pasal 19 UU ini menyebutkan bahwa jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan

dasar kesehatan. Selanjutnya Pasal 17 ayat (4) menegaskan bahwa iuran program jaminan sosial bagi fakir miskin dan orang yang tidak mampu dibayar oleh pemerintah.

Pada akhir tahun 2004, Pemerintah mengeluarkan suatu program kebijakan sebagai salah satu model dari sistem jaminan sosial khususnya dalam bidang kesehatan, yaitu Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM) yang diberlakukan dengan Surat Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (SK Menkes RI) No. 1241/Menkes/SK/XI/2004 dimana pemerintah menunjuk PT asuransi kesehatan (Askes) Sebagai Badan Pelaksana Program Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Bagi Masyarakat Miskin.

#### **2.4.1 Tujuan**

##### **1) Tujuan Umum :**

Meningkatnya akses dan mutu pelayanan kesehatan sehingga tercapai derajat kesehatan yang optimal secara efektif dan efisien bagi seluruh peserta Jamkesmas.

##### **2) Tujuan Khusus:**

1. Memberikan kemudahan dan akses pelayanan kesehatan kepada peserta di seluruh jaringan PPK Jamkesmas.
2. Mendorong peningkatan pelayanan kesehatan yang terstandar bagi peserta, tidak berlebihan sehingga terkendali mutu dan biayanya.
3. Terselenggaranya pengelolaan keuangan yang transparan dan akuntabel.

### 2.4.2 Prinsip-Prinsip Jamkesmas

- 1) Penyelenggaraannya berdasarkan prinsip asuransi sosial, meliputi :
  - a. Kegotongroyongan, antara yang kaya dan miskin, yang sehat dan sakit, yang tua dan muda, dan yang berisiko tinggi dan rendah; sehingga terjadi *pooling of risk* dan menciptakan subsidi silang.
  - b. Kepesertaan bersifat wajib dan tidak selektif; dilaksanakan secara bertahap, sesuai dengan kesiapan dari berbagai aspek.
  - c. Iuran berdasarkan prosentase upah/penghasilan.
  - d. Penyelenggaraannya bersifat nirlaba dan merupakan dana amanah, untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta.
- 2) Menjamin adanya azas *ekuitas* yaitu kesamaan dalam memperoleh pelayanan sesuai kebutuhan medisnya yang tidak terikat dengan besaran iuran yang dibayarkannya. Pelayanan kesehatan bersifat komprehensif (*promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif*) sesuai dengan standar pelayanan medik yang *cost effective* dan rasional, mengacu pada prinsip dasar *managed care* dan dilaksanakan secara terstruktur dan berjenjang.
- 3) Daftar dan harga tertinggi obat-obatan serta bahan medis habis pakai, ditetapkan dengan peraturan perundangan.
- 4) Pengelolaan dana bersifat transparan, akuntabel, dengan menganut prinsip kehati-hatian, efisien dan efektif.

### 2.4.3 Dasar Hukum

Program Jamkesmas dilaksanakan sebagai amanat Pasal 28 H ayat (1) UUD Negara RI Tahun 1945, yang menyatakan bahwa "*Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan*

*hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan."*

Selain itu berdasarkan Pasal 34 ayat (3) UUD Negara RI Tahun 1945 dinyatakan bahwa "*Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.*". Dasar hukum penyelenggaraan program Jamkesmas adalah:

1. UU No. 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan;
2. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional;
3. UU No. 45 Tahun 2007 tentang APBN Tahun 2008;
4. UU No. 1 Tahun 2004 tentang Perbendaharaan Negara; dan
5. UU No. 17 Tahun 2003 tentang Keuangan Negara.

#### **2.4.4 Kepesertaan Jamkesmas**

Sasaran Tahun 2010 adalah sama dengan Tahun 2009 yakni 76,4 juta meski data masyarakat miskin menurut BPS Tahun 2008 telah turun menjadi 60,39 juta. *Baseline* data kepesertaan Tahun 2010 tetap menggunakan data sebelumnya. Sedangkan masih ada yang miskin di luar kuota yang ada (bagi peserta luar kuota yang menggunakan SKTM) tetap menjadi tanggungan Pemerintah Daerah. Perhatian khusus kepada peserta Jamkesmas yang belum masuk *database* seperti bayi baru lahir dari keluarga miskin, anak terlantar/gelandangan/pengemis (rekomendasi Dinas Sosial), peserta Program Keluarga Harapan (PKH). Dalam rangka memperluas cakupan kepesertaan pada Tahun 2010, terdapat kelompok peserta baru menjadi sasaran peserta Jamkesmas, yaitu :

- 1) Masyarakat miskin penghuni Lapas/Rutan dengan melampirkan surat keterangan dari Kepala Rutan/Kepala Lapas setempat.



- 2) Masyarakat miskin penghuni panti-panti sosial, melalui Surat Keputusan Kepala Dinas/Institusi Sosial Kabupaten/Kota setempat, selanjutnya Kementerian Kesehatan akan segera membuatkan kartu Jamkesmas.
- 3) Masyarakat miskin akibat bencana pasca tanggap darurat sebagaimana yang ditetapkan oleh Pemerintah Daerah setempat.
- 4) Untuk semua kepesertaan diatas, diterbitkan petugas PT. Askes (Persero).

#### **2.4.5 Tata Laksana Kepesertaan**

##### **1) Ketentuan Umum**

1. Peserta jaminan kesehatan adalah setiap orang yang membayar iuran atau iuarannya dibayar oleh Pemerintah.
2. Peserta Program Jamkesmas adalah fakir miskin dan orang yang tidak mampu dan peserta lainnya yang iurannya dibayar oleh Pemerintah sejumlah 76,4 juta jiwa bersumber dari data makro Badan Pusat Statistik (BPS) Tahun 2006.
3. Peserta yang dijamin dalam program Jamkesmas tersebut meliputi :
  - 1) Masyarakat miskin dan tidak mampu yang telah ditetapkan oleh Surat Keputusan (SK) Bupati/Walikota Tahun 2008 berdasarkan pada kuota Kabupaten/Kota (BPS) yang dijadikan *database* nasional.
  - 2) Gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar, masyarakat miskin yang tidak memiliki identitas.
  - 3) Semua Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) yang telah memiliki atau mempunyai kartu Jamkesmas.

- 4) Masyarakat miskin yang ditetapkan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1185/Menkes/SK/XII/2009 tentang Peningkatan Kepesertaan Jamkesmas bagi Panti Sosial, Penghuni Lembaga Pemasyarakatan dan Rumah Tahanan Negara serta Korban Bencana. Tata laksana pelayanan diatur dengan petunjuk teknis (juknis) tersendiri sebagaimana tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1259/Menkes/SK/XII/2009 tentang Petunjuk Teknis Pelayanan Jamkesmas Bagi Masyarakat Miskin Akibat Bencana, Masyarakat Miskin Penghuni Panti Sosial, dan Masyarakat Miskin Penghuni Lembaga Pemasyarakatan serta Rumah Tahanan Negara.
4. Apabila masih terdapat masyarakat miskin dan tidak mampu, tidak termasuk dalam Surat Keputusan Bupati/Walikota maka Jaminan kesehatannya menjadi tanggung jawab Pemerintah Daerah setempat. Cara penyelenggaraan jaminan kesehatan daerah seyogyanya mengikuti kaidah-kaidah pelaksanaan Jamkesmas.
5. Peserta Jamkesmas ada yang memiliki kartu sebagai identitas peserta dan ada yang tidak memiliki kartu.
  1. Peserta yang memiliki kartu terdiri dari :
    - 1) Peserta sesuai SK Bupati/Walikota
    - 2) Penghuni panti - panti sosial
    - 3) Korban bencana pasca tanggap darurat
  2. Peserta yang tidak memiliki kartu terdiri dari :

- 1) Gelandangan, pengemis, anak terlantar pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan rekomendasi dari Dinas Sosial setempat.
- 2) Penghuni lapas dan rutan pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan rekomendasi dari Kepala Lapas/ Rutan.
- 3) Peserta Program Keluarga Harapan (PKH) pada saat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan kartu PKH.
- 4) Bayi dan anak yang lahir dari pasangan peserta Jamkesmas, setelah terbitnya SK Bupati/Walikota dapat mengakses pelayanan kesehatan dengan menunjukkan akte kelahiran/surat kenal lahir/surat keterangan lahir/ Pernyataan dari tenaga kesehatan, kartu Jamkesmas orang tua dan Kartu Keluarga orangtuanya.
6. Terhadap peserta yang memiliki kartu maupun yang tidak memiliki kartu sebagaimana tersebut diatas, PT. Askes (Persero) wajib menerbitkan Surat Keabsahan Peserta (SKP) dan membuat pencatatan atas kunjungan pelayanan kesehatan.
7. Bila terjadi kehilangan kartu Jamkesmas, peserta melapor kepada PT. Askes (Persero) untuk selanjutnya dilakukan pengecekan *database* kepesertaannya dan PT. Askes (Persero) berkewajiban menerbitkan surat keterangan yang bersangkutan sebagai peserta.
8. Bagi peserta yang telah meninggal dunia maka haknya hilang dan tidak dapat dialihkan kepada orang lain.
9. Penyalahgunaan terhadap hak kepesertaan dikenakan sanksi sesuai ketentuan peraturan perundang-undangan.

## 2) Verifikasi Kepesertaan

PT. Askes (Persero) bertugas melaksanakan verifikasi kepesertaan dengan mencocokkan kartu Jamkesmas dari peserta yang berobat dengan *database* kepesertaan untuk selanjutnya diterbitkan SKP. Verifikasi kepesertaan dilengkapi dengan dokumen berupa Kartu Keluarga (KK) / Kartu Tanda Penduduk (KTP) / identitas lainnya untuk pembuktian kebenarannya. Bagi gelandangan, pengemis, anak dan orang terlantar yang tidak punya identitas cukup dengan surat keterangan/rekomendasi dari Dinas/Instansi Sosial setempat. Khusus untuk penghuni lapas dan rutan, cukup dengan surat rekomendasi dari Kepala Lapas/Kepala Rutan setempat. (Pengaturan lebih lanjut lihat tata laksana pelayanan kesehatan).

### 2.4.6 Bentuk Pelayanan

Setiap peserta Jamkesmas berhak mendapat pelayanan kesehatan dasar meliputi pelayanan kesehatan Rawat Jalan (RJ) dan Rawat Inap (RI), serta pelayanan kesehatan rujukan Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) dan pelayanan gawat darurat. Pelayanan kesehatan dalam program Jamkesmas menerapkan pelayanan berjenjang berdasarkan rujukan dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Pelayanan rawat jalan tingkat pertama diberikan di Puskesmas dan jaringannya. Pelayanan rawat jalan lanjutan diberikan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), Balai Besar Kesehatan Paru Masyarakat (BBKPM), BKPM/BP4/BKIM dan rumah sakit (RS).
2. Pelayanan rawat inap diberikan di Puskesmas Perawatan dan ruang rawat inap kelas III (tiga) di RS Pemerintah termasuk RS Khusus, RS TNI/POLRI

dan RS Swasta yang bekerjasama dengan Departemen Kesehatan. Departemen Kesehatan melalui Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota atas nama Menkes membuat perjanjian kerjasama (PKS) dengan RS setempat, yang diketahui Kepala Dinas Kesehatan Provinsi meliputi berbagai aspek pengaturan.

3. Pada keadaan gawat darurat (*emergency*) seluruh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) wajib memberikan pelayanan kepada peserta walaupun tidak memiliki perjanjian kerjasama. Penggantian biaya pelayanan kesehatan diklaimkan ke Departemen Kesehatan melalui Tim Pengelola Kabupaten/Kota setempat setelah diverifikasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku pada program ini.
4. RS/BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM melaksanakan pelayanan rujukan lintas wilayah dan biayanya dapat diklaimkan oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) yang bersangkutan ke Depkes.

Pelayanan kesehatan RJTL di BKMM/BBKPM/BKPM/ BP4/BKIM dan di Rumah Sakit, serta pelayanan RI di Rumah Sakit yang mencakup tindakan, pelayanan obat, penunjang diagnostik, pelayanan darah serta pelayanan lainnya (kecuali pelayanan haemodialisa) dilakukan secara terpadu sehingga biaya pelayanan kesehatan diklaimkan dan diperhitungkan menjadi satu kesatuan menurut jenis paket dan tarif pelayanan kesehatan peserta Jamkesmas Tahun 2008, atau penggunaan sistem INA-DRG (apabila sudah diberlakukan), sehingga dokter berkewajiban melakukan penegakan diagnosa sebagai dasar pengajuan klaim. Pelayanan tersebut meliputi :

1. Pelayanan rawat jalan lanjutan (spesialistik) di Rumah Sakit, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM;
2. Pelayanan Rawat Inap kelas III di Rumah Sakit;
3. Pelayanan obat-obatan;
4. Pelayanan rujukan spesimen dan penunjang diagnostic; dan
5. Untuk memperoleh pelayanan rawat jalan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM dan RS peserta harus menunjukkan kartu peserta. Bila berkas sudah lengkap, petugas PT Askes (Persero) mengeluarkan Surat Keabsahan Peserta (SKP), dan peserta selanjutnya memperoleh pelayanan kesehatan.

Pada dasarnya manfaat yang disediakan untuk masyarakat miskin bersifat komprehensif sesuai indikasi medis, kecuali beberapa hal yang dibatasi dan tidak dijamin. Pelayanan kesehatan komprehensif tersebut meliputi antara lain:

1. Pelayanan Kesehatan di Puskesmas dan Jaringannya.
  - 1) Rawat Jalan Tingkat Pertama (RJTP), dilaksanakan pada Puskesmas dan jaringannya baik dalam maupun luar gedung meliputi pelayanan :
    - 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
    - 2) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin);
    - 3) Tindakan medis kecil;
    - 4) Pemeriksaan dan pengobatan gigi, termasuk cabut/tambal;
    - 5) Pemeriksaan ibu hamil/nifas/menyusui, bayi dan balita;
    - 6) Pelayanan KB dan penanganan efek samping (alat kontrasepsi disediakan BKKBN); dan
    - 7) Pemberian obat.

- 2) Rawat Inap Tingkat Pertama (RITP), dilaksanakan pada Puskesmas Perawatan, meliputi pelayanan :
  - 1) Akomodasi rawat inap;
  - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
  - 3) Laboratorium sederhana (darah, urin, dan feses rutin);
  - 4) Tindakan medis kecil;
  - 5) Pemberian obat; dan
  - 6) Persalinan normal dan dengan penyulit (PONED).
- 3) Persalinan normal yang dilakukan di Puskesmas non-perawatan/bidan di desa/Polindes/dirumah pasien/praktek bidan swasta.
- 4) Pelayanan gawat darurat (*emergency*).

## 2. Pelayanan kesehatan di RS dan di BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM

- 1) Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL), dilaksanakan pada Puskesmas yang menyediakan pelayanan spesialistik, poliklinik spesialis RS Pemerintah, BKMM/BBKPM/BKPM/BP4/BKIM meliputi:
  - 1) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan oleh dokter spesialis/umum;
  - 2) Rehabilitasi medik;
  - 3) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
  - 4) Tindakan medis kecil dan sedang;
  - 5) Pemeriksaan dan pengobatan gigi tingkat lanjutan;

- 6) Pelayanan KB, termasuk kontak efektif, kontak pasca persalinan/keguguran, penyembuhan efek samping dan komplikasinya (alat kontrasepsi disediakan oleh BKKBN);
  - 7) Pemberian obat yang mengacu pada Formularium Rumah Sakit;
  - 8) Pelayanan darah; dan
  - 9) Pemeriksaan kehamilan dengan risiko tinggi dan penyulit.
- 2) Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL), dilaksanakan pada ruang perawatan kelas III RS Pemerintah, meliputi :
- 1) Akomodasi rawat inap pada kelas III;
  - 2) Konsultasi medis, pemeriksaan fisik dan penyuluhan kesehatan;
  - 3) Penunjang diagnostik: laboratorium klinik, radiologi dan elektromedik;
  - 4) Tindakan medis;
  - 5) Operasi sedang dan besar;
  - 6) Pelayanan rehabilitasi medis;
  - 7) Perawatan intensif (ICU, ICCU, PICU, NICU, PACU);
  - 8) Pemberian obat mengacu Formularium RS program Jamkesmas;
  - 9) Pelayanan darah;
  - 10) Bahan dan alat kesehatan habis pakai; dan
  - 11) Persalinan dengan risiko tinggi dan penyulit
3. Pelayanan gawat darurat (*emergency*).
4. Pelayanan Yang Dibatasi (*Limitation*), meliputi:
- 1) Kacamata diberikan dengan lensa koreksi minimal dengan nilai maksimal Rp 150.000,- berdasarkan resep dokter;



- 2) *Intra Ocular Lens* (IOL) diberi penggantian sesuai resep dari dokter spesialis mata, berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah;
  - 3) Alat bantu dengar diberi penggantian sesuai resep dari dokter THT, pemilihan alat Bantu dengar berdasarkan harga yang paling murah dan ketersediaan alat tersebut di daerah;
  - 4) Alat bantu gerak (tongkat penyangga, kursi roda, dan korset) diberikan berdasarkan resep dokter dan disetujui Direktur Rumah Sakit atau pejabat yang ditunjuk dengan mempertimbangkan alat tersebut memang dibutuhkan untuk mengembalikan fungsi dalam aktivitas sosialpeserta tersebut. Pemilihan alat bantu gerak berdasarkan harga yang paling efisien dan ketersediaan alat tersebut di daerah.
  - 5) Pelayanan penunjang diagnostik canggih. Pelayanan ini diberikan hanya pada kasus-kasus *^life-saving^* dan kebutuhan penegakkan diagnosayang sangat diperlukan melalui pengkajian dan pengendalian oleh Komite Medik.
5. Pelayanan Yang Tidak Dijamin (*Exclusion*), meliputi:
- 1) Pelayanan yang tidak sesuai prosedur dan ketentuan;
  - 2) Bahan, alat dan tindakan yang bertujuan untuk kosmetika;
  - 3) *General check up*;
  - 4) Prothesis gigi tiruan;
  - 5) Pengobatan alternatif (antara lain akupunktur, pengobatan tradisional) dan pengobatan lain yang belum terbukti secara ilmiah;

- 6) Rangkaian pemeriksaan, pengobatan dan tindakan dalam upaya mendapat keturunan, termasuk bayi tabung dan pengobatan impotensi;
- 7) Pelayanan kesehatan pada masa tanggap darurat bencana alam; dan
- 8) Pelayanan kesehatan yang diberikan pada kegiatan bakti sosial.

#### **2.4.7 Prosedur Pelayanan Jamkesmas**

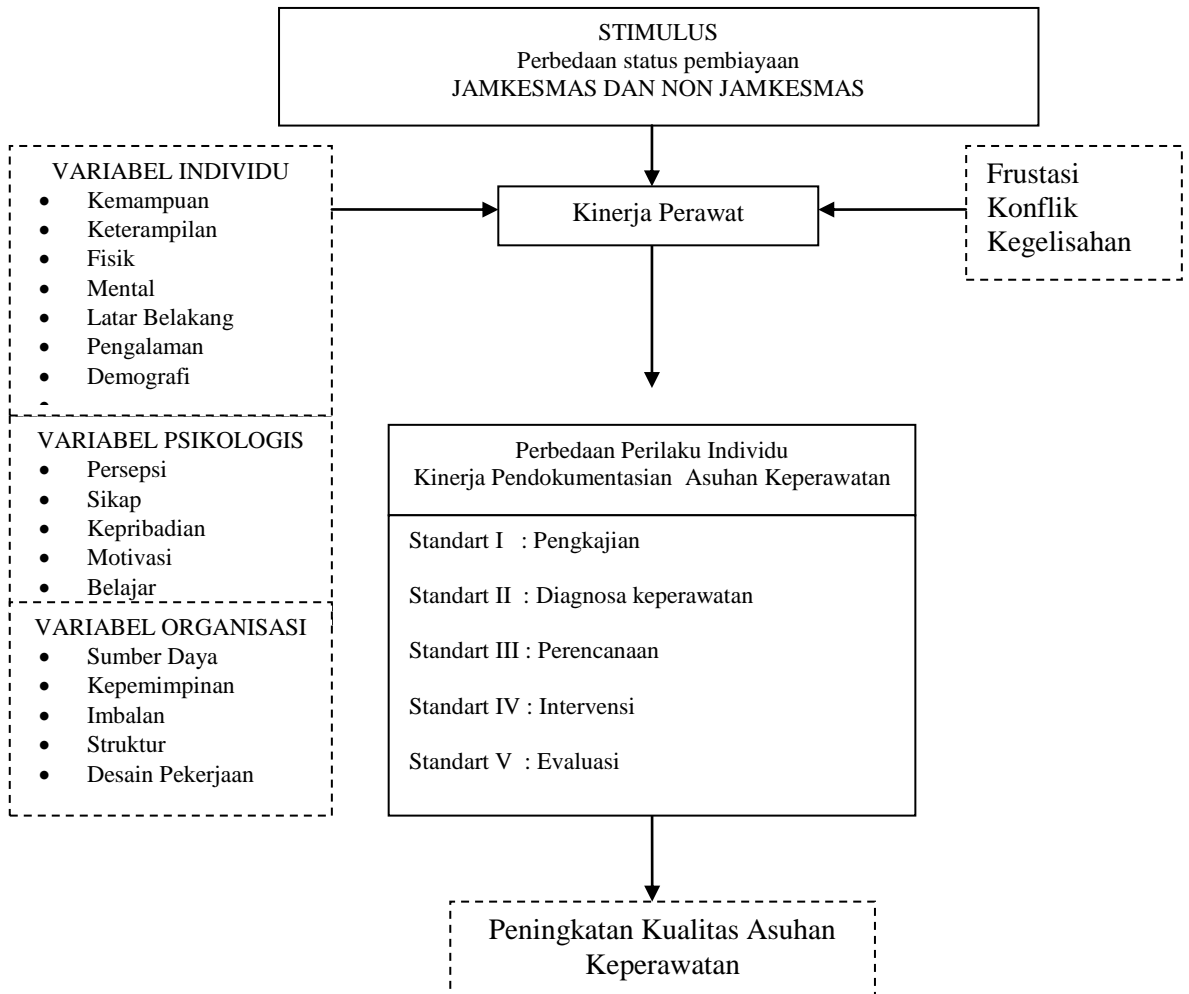
Prosedur untuk memperoleh pelayanan kesehatan bagi peserta, sebagai berikut:

1. Peserta yang memerlukan pelayanan kesehatan dasar berkunjung ke Puskesmas dan jaringannya.
2. Untuk mendapatkan pelayanan kesehatan, peserta harus menunjukkan kartu yang keabsahan kepesertaannya merujuk kepada daftar masyarakat miskin yang ditetapkan oleh Bupati/Walikota setempat. Penggunaan SKTM hanya berlaku untuk setiap kali pelayanan kecuali pada kondisi pelayanan lanjutan terkait dengan penyakitnya.
3. Apabila peserta Jamkesmas memerlukan pelayanan kesehatan rujukan, maka yang bersangkutan dirujuk ke fasilitas pelayanan kesehatan rujukan disertai surat rujukan dan kartu peserta yang ditunjukkan sejak awal sebelum mendapatkan pelayanan kesehatan, kecuali pada kasus *emergency*.

**BAB 3**

**KERANGKA KONSEPTUAL**

**3.1 Kerangka Konseptual**



Gambar 3.1 Kerangka Konseptual  
 Studi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Pasien Non Jamkesmas Di Ruang Anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan berdasarkan Gibson

Banyak faktor yang mempengaruhi perilaku dan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Menurut Gibson (2003) dalam proses terbentuknya perilaku yang pertama adalah stimulus dalam menanggapi sebuah stimulus setiap individu memiliki respon yang berbeda dimana hal ini di pengaruhi tiga kelompok variabel yaitu: (1) variabel individu, yang meliputi kemampuan dan ketrampilan, fisik maupun mental, latar belakang, pengalaman dan demografi, umur dan jenis kelamin, asal usul dan sebagainya. Kemampuan dan ketrampilan merupakan faktor utama yang mempengaruhi kinerja individu, sedangkan demografi mempunyai hubungan tidak langsung pada perilaku dan kinerja, (2) variabel organisasi, yakni sumber daya, kepemimpinan, imbalan, struktur dan desain pekerjaan, (3) variabel psikologis, yakni persepsi, sikap, kepribadian, belajar, kepuasan kerja dan motivasi.

. Variabel inilah yang dapat membuat setiap individu memiliki perbedaan perilaku hal ini disebabkan karena individu memiliki tanggapan yang berbeda terhadap stimulus yang sama. Selain itu kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan juga dipengaruhi rasa frustrasi, konflik dan kegelisahan. Adanya perbedaan dalam status pembiayaan pasien baik menggunakan jamkesmas maupun non-jamkesmas diduga mempengaruhi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga nantinya mempengaruhi keberhasilan tujuan asuhan keperawatan yang ingin dicapai. Untuk mengukur perbedaan ini diperlukan suatu standart dalam penilaian pelaksanaan asuhan keperawatan. Standart inilah yang nantinya dapat menjadi acuan untuk mengetahui apakah ada perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non-jamkesmas.

### 3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan pada penelitian ini adalah:

$H_1$  : Tidak ada perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas.

## **BAB 4**

### **METODE PENELITIAN**

Metode penelitian merupakan cara bagaimana penelitian dilakukan (Arikunto,2006). Yang meliputi desainnya apa, kerangka kerjanya bagaimana, bagaimana populasinya, sampelnya berapa, bagaimana tehnik samplingnya, bagaimana identifikasi variabel dan definisi operasionalnya, bagaimana cara pengumpulan data, bagaimana analisa datanya, apa keterbatasannya dan apa masalah etikanya (Hidayat, 2003). Dalam bab ini akan diuraikan tentang : (1) desain penelitian, (2) kerangka kerja, (3) desain sampling meliputi populasi, sampel, dan sampling (4) identifikasi variabel, (5) definisi operasional, (6) pengumpulan data, (7) analisis data, dan (8) etik penelitian.

#### **4.1 Desain Penelitian**

Desain dari penelitian adalah semua proses yang diperlukan dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian. Berdasarkan tujuan peneltiam maka desain penelitian ini menggunakan rancangan penelitian non-eksperimental komparatif. Rancangan ini difokuskan untuk mengkaji perbandingan terhadap pengaruh (efek ) pada kelompok subjek tanpa adanya perlakuan dari peneliti (Nursalam, 2009). Dengan jenis rancangan adalah penelitian kohort yakni peneliti mengobservasi variabel independen terlebih dahulu kemudian subyek diikuti sampai waktu tertentu melihat terjadinya pengaruh pada variabel dependen.

## **4.2 Desain Sampling**

### **4.2.1 Populasi**

Populasi pada penelitian ini adalah semua perawat pelaksana di Ruang Anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan besar populasi 15 orang.

### **4.2.2 Sampel**

Dalam penelitian ini sampel harus memenuhi kriteria yakni meliputi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi :

- 1) Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :
  1. Perawat yang melakukan perawatan pada satu pasien minimal 3 hari.
  2. Minimal pendidikan DIII keperawatan
- 2) Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah :
  1. Tidak jaga dinas sampai waktu pengambilan data berakhir.

### **4.2.3 Sampling**

Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini dilakukan secara *nonprobability sampling*. Metode yang digunakan *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel diantara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (Nursalam, 2009).

## **4.3 Identifikasi Variabel**

### **4.3.1 Variabel Independen**

Dalam penelitian ini variabel independennya adalah adalah status pembiayaan klien jaminan kesehatan masyarakat (jamkesmas) dan non jamkesmas.

#### **4.3.2 Variabel Dependen**

Dalam penelitian ini variabel dependennya adalah kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

#### **4.4 Definisi Operasional**

Menurut Nursalam (2009), definisi operasional adalah pemberian arti atau makna pada masing-masing variabel berdasarkan karakteristik masing-masing variabel untuk kepentingan akurasi, komunikasi, dan replikasi agar memberikan pemahaman yang sama kepada setiap orang mengenai variabel-variabel yang dirumuskan dalam suatu penelitian.



Tabel 4.1 Definisi Operasional

NO	Variabel	Definisi	Parameter	Alat ukur	Skala	Skor
1	<b>Independen</b> Status pembiayaan Jamkesmas	setiap orang miskin dan tidak mampu yang terdaftar dan memiliki kartu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Peserta membawa bukti rujukan Puskesmas dan jaringannya.</li> <li>2. Peserta harus menunjukkan kartu jamkesmas atau SKTM (surat keterangan tidak mampu).</li> <li>3. Keabsahan kartu di sahkan oleh PT. Askes</li> </ol>	Rekam medik	<b>Nominal</b>	
	Non Jamkesmas	Pasien yang tidak menggunakan Jaminan kesehatan masyarakat saat berobat ke rumah sakit	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pasien membayar semua biaya perawatan</li> <li>2. Pasien menggunakan asuransi kesehatan (Askes) sosial atau jamsostek (jaminan sosial tenaga kerja).</li> </ol>	Rekam medik	<b>Nominal</b>	
2	<b>Dependen:</b> pelaksanaan Standar asuhan keperawatan <b>Standar pengkajian</b>	<b>Standar Pengkajian</b> merupakan tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan suatu proses yang sistematis dalam pengumpulan data dari berbagai sumber data untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien	<b>Standar pengkajian, mencakup 4 item:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian</li> <li>2) Data dikelompokkan berdasarkan biopsikososialspiritual</li> <li>3) Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang</li> <li>4) Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola kehidupan.</li> </ol>	Observasi	<b>Ordinal</b>	<b>Untuk pelaksanaan SAK</b>  <b>Skoring</b> 0 : Bila tidak dikerjakan 1 : Bila dikerjakan  <b>Ranking</b>  <b>Baik:</b> 76-100 % = 3  <b>Cukup:</b> 50-75 % = 2  <b>Kurang:</b> < 50 % = 1
	<b>Standar diagnosa</b>	<b>Standar Diagnosa keperawatan</b> adalah pernyataan yang menjelaskan status atau masalah kesehatan aktual dan potensial	<b>Standar diagnosa, terdiri 3 item:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan</li> <li>2) Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES</li> <li>3) Merumuskan diagnosa keperawatan</li> </ol>			

			aktual/potensial			
	<b>Standar perencanaan</b>	<b>Standar Perencanaan:</b> merupakan rencana asuhan keperawatan adalah pedoman tertulis untuk perawatan klien.	<b>Standar perencanaan, terdiri item:</b> 1) Perencanaan berdasarkan diagnosa keperawatan 2) Disusun menurut urutan prioritas 3) Rumusan tujuan mengandung komponen pasien, subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan kriteria waktu 4) Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien keluarga 5) Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas 6) Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain			
	<b>Standar intervensi</b>	<b>Standar intervensi</b> adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik	<b>Standar intervensi, terdiri 4 item:</b> 1) Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan 2) Perawat mengobsevasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan 3) Revisi tindakan berdasarkan evaluasi 4) Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.			
	<b>Standar Evaluasi</b>	<b>Standar Evaluasi:</b> adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai	<b>Standar evaluasi, terdiri 2 item:</b> 1) Evaluasi mengacu pada tujuan 2) Hasil evaluasi dicatat			

	<p><b>Standar catatan keperawatan</b></p>	<p><b>Standar catatan keperawatan</b> adalah bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan asuhan keperawatan.</p>	<p><b>Standar catatan keperawatan terdiri dari :</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Menulis pada format yang baku</li> <li>2) Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan</li> <li>3) Pencatatan ditulis dengan jelas</li> <li>4) Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan</li> <li>5) Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku</li> </ol>			
--	---	---	--	--	--	--

#### 4.5 Instrumen Penelitian

Instrumen yang digunakan dalam pengumpulan data adalah instrumen A standart pelaksanaan asuhan keperawatan dari Depkes RI (2005). Dengan menggunakan metode checklist observasi yaitu menilai pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan pada rekam medis pasien. Instrumen terdiri data umum terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan dan masa kerja sedangkan data khusus dari 24 item pernyataan yang menggunakan skoring dari Depkes RI yaitu :

0: Bila tidak dikerjakan

1: Bila dikerjakan

Jawaban responden dari masing-masing pertanyaan dan kemudian dikalikan 100, hasilnya merupakan prosentase.

Adapun rumus yang digunakan adalah (Arikunto, 2006) :

$$p = \frac{\sum f}{n} \times 100 \%$$

Keterangan :

P : Prosentase  
 $\sum f$  : jumlah jawaban yang benar  
 n : jumlah pertanyaan

Analisa data dilakukan secara manual dengan cara menghitung jawaban-jawaban yang diberikan responden. Dalam menganalisa data penulis membuat kriteria penilaian untuk menentukan nilai dengan kategori (Arikunto, 2006).

Data dijumlahkan dan beri peringkat sesuai dengan kriteria berikut :

Baik	: 76-100 %	= 3
Cukup	: 50-75 %	= 2
Kurang	: < 50 %	= 1

#### **4.6 Lokasi Dan Waktu Penelitian**

Observasi pendokumentasian asuhan keperawatan ini dilakukan di Ruang Anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan. Penelitian dilakukan selama 2 minggu. Dari tanggal 07 Januari 2012 sampai dengan 21 Januari 2012

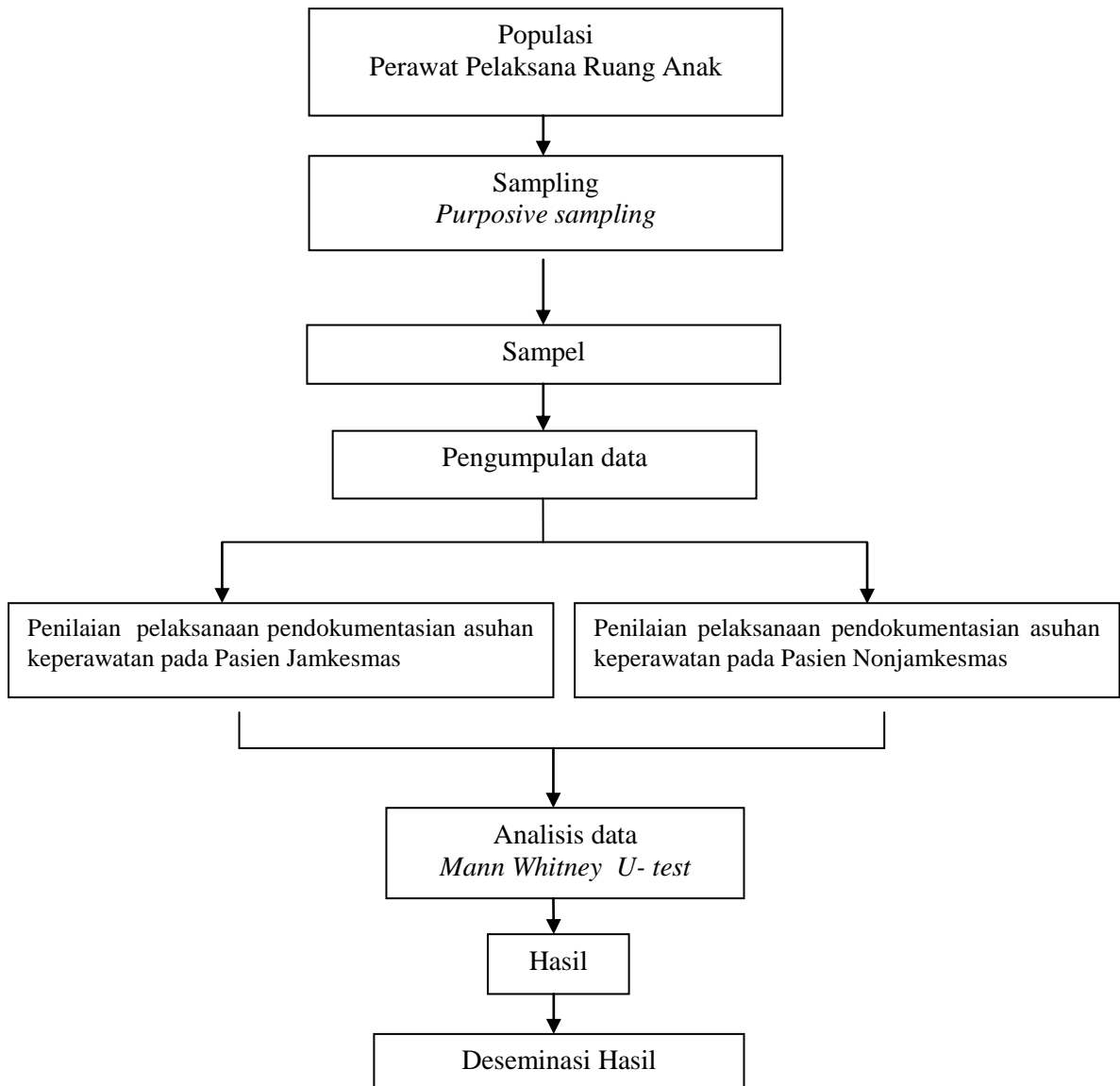
#### **4.7 Prosedur Pengambilan Data**

Setelah peneliti mendapatkan izin dari bagian akademik Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga yang kemudian juga mendapat izin dari Direktur RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan. Pengumpulan data dilakukan dengan meminta izin kepada kepala ruang anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Kabupaten Pamekasan dan melakukan koordinasi untuk pencatatan satu rekam medik menjadi tanggung jawab satu perawat baik pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas. Peneliti kemudian mendatangi Perawat (responden) meminta persetujuan responden sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi dan melakukan penilaian pada pelaksanaan asuhan keperawatan dengan cara menilai kesesuaian kelengkapan rekam medik dengan standart asuhan keperawatan menurut Depkes RI. Pasien yang ditangani perawat merupakan pasien baru, rekam medis ditandai dengan ikode dan inisial sesuai dengan perawat yang menangani. Rekam medis pasien yang di observasi yaitu yang telah dirawat minimal 3 hari dan di nilai setelah pasien pulang. Rekam pasien baru yang merupakan pindahan dari ruangan lain dan pasien yang beralih status pembiayaan dari non jamkesmas ke jamkesmas maupun sebaliknya tidak di observasi. Pengumpulan data dilakukan dua kali pada satu perawat yaitu pada

pasien jamkesmas dan non jamkesmas. Untuk menilai status pembiayaan pasien yaitu dengan cara melihat rekam medis pasien.

#### 4.8 Kerangka Kerja

Kerangka kerja dalam penelitian ini adalah :



Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian  
Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan  
Pada Pasien Jamkesmas Dan Pasien Umum Di Ruang Anak RSUD  
Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan

#### 4.9 Analisa Data

Analisa data merupakan suatu proses yang dilakukan secara sistematis terhadap data yang telah dikumpulkan oleh peneliti dengan tujuan supaya *trends* dan *relationship* bisa dideteksi (Nursalam, 2009). Pada penelitian ini setelah data terkumpul maka dilakukan tabulasi data dan analisa data menggunakan uji statistic *man whitney U-test* yaitu uji statistic untuk mengetahui beda antara 2 mean (Nazir, 2003). *Man whitney U-test* digunakan karena data pada penelitian merupakan data ordinal (Sugiyono, 2009). Penggunaan *man whitney U-test* bertujuan untuk mengetahui perbedaan nilai rata-rata dua kelompok dimana antara satu kelompok dengan kelompok lainnya tidak saling berhubungan (Riwidikdo, 2010). Dalam pengolahan data ini peneliti akan menggunakan perangkat lunak komputer dengan sistem *Software Product and Service Solution (SPSS)* Versi 17.0 agar uji statistik yang diperoleh lebih akurat.

#### 4.10 Etika Penelitian

Setelah mendapatkan persetujuan, kemudian dilakukan penilaian kepada responden dengan tetap menekankan pada masalah etik peneliti yang meliputi :

##### 1) *Informed consent*

Peneliti menjamin hak-hak responden dengan cara menjamin kerahasiaan identitas responden. Selain itu peneliti memberikan penjelasan tujuan dan manfaat penelitian serta memberikan hak untuk menolak dijadikan responden penelitian.

2) Lembar permintaan menjadi responden

Subyek yang memenuhi kriteria inklusi akan diberikan lembar permohonan peneliti, yang meminta subyek untuk menjadi responden penelitian.

3) Lembar persetujuan menjadi responden

Responden harus mencantumkan tanda tangan persetujuan, sebelumnya responden diberi kesempatan membaca isi lembar permohonan persetujuan. Jika subyek menolak untuk menjadi responden, maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati serta menghargai hak subyek.

4) *Anonimity*

Untuk kerahasiaan responden, peneliti tidak mencantumkan nama responden, tapi peneliti menggunakan kode tertentu untuk masing-masing responden.

5) *Confidentially*

Kerahasiaan informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin oleh peneliti. Data tersebut hanya akan disajikan/dilaporkan pada pihak yang terkait dengan penelitian.

#### **4.11 Keterbatasan**

1. Diagnosa pasien yang di tangani oleh perawat tidak homogen sehingga bisa mempengaruhi hasil dari kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan.
2. Penelitian masih pemula sehingga tidak mempunyai kompetensi yang baik dalam melakukan penilaian kinerja dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.



## BAB 5

### HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil dan pembahasan penelitian yang dilaksanakan di RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan. Sampel yang diambil adalah semua perawat yang bertugas di Ruang anak yang memenuhi kriteria inklusi penelitian. Lama penelitian 2 minggu dari tanggal 7 Januari 2012 sampai dengan 21 Januari 2012, perawat yang dapat memenuhi syarat untuk dilakukan observasi sebanyak 14 perawat. Hasil penelitian dibagi menjadi dua yakni data umum dan data khusus. Data umum meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan dan lama bekerja. Sedangkan data khusus meliputi hasil observasi penelitian yakni perbandingan antara kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas. Untuk mengetahui perbedaan menggunakan uji statistik *man whitney u-test*.

#### 5.1 Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan merupakan rumah sakit kelas B non pendidikan satu-satunya milik Pemerintah Kabupaten Pamekasan, terletak strategis pada jalur lalu lintas utama di sebelah barat kota Pamekasan jalan propinsi yang menghubungkan kabupaten di Pulau Madura, yaitu tepatnya di Jalan Raya Panglegur Desa Panglegur Kecamatan Tlanakan Pamekasan dan rumah sakit ini terletak dekat dengan lokasi pemukiman. Pada awalnya rumah sakit ini bernama Rumah Sakit Umum Daerah Pamekasan sejak 24 Desember 2011 menjadi badan layanan umum berganti nama menjadi Rumah Sakit Daerah Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan.

### **5.1.1 Visi, Misi, Tujuan, Motto, Budaya Kerja dan Falsafah Rumah Sakit**

#### **A. Visi**

Mewujudkan pelayanan keperawatan yang menyenangkan bermutu tinggi dan terdepan dalam pelayanan keperawatan.

#### **B. Misi**

- 1) Menciptakan pelayanan keperawatan secara holistik dengan mewujudkan kepedulian terhadap pemenuhan hak dan kebutuhan dasar manusia.
- 2) Mewujudkan pelayanan keperawatan yang berkualitas sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan.
- 3) Mewujudkan efektifitas dan efisiensi dalam pelayanan keperawatan.
- 4) Menciptakan pelayanan keperawatan sesuai peran dan fungsi dalam manajemen keperawatan.
- 5) Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan SDM keperawatan.

#### **C. Motto**

Kesembuhan anda adalah prioritas kami

#### **D. Budaya Kerja**

“PREKAS” Profesional, Ramah, Empati, Komunikatif, Akurat, Spontan.

#### **E. Falsafah**

- 1) Perawat memandang pasien sebagai mitra dan sebagai manusia yang utuh (holistik) yang harus dipenuhi kebutuhannya secara biologis, psikologis, social dan spiritual yang diberikan secara komprehensif dengan tidak memandang perbedaan suku, kepercayaan, status sosial ekonomi dan agama.

- 2) Pelayanan keperawatan merupakan pelayanan profesional dan merupakan bagian integral dari sistem pelayanan kesehatan.
- 3) Pelayanan keperawatan diberikan berdasarkan ilmu dan kiat sesuai dengan perkembangan iptek.

#### **F. Tujuan**

- 1) Terciptanya kenyamanan dan kepuasan pasien terhadap pelayanan keperawatan.
- 2) Terciptanya kerjasama yang efektif dan profesional dengan seluruh tim kesehatan dan bagian terkait lainnya.
- 3) Terlaksananya proses manajemen keperawatan yang berdaya guna dan berhasil guna.
- 4) Terlaksananya program pendidikan berkelanjutan untuk mencukupi kebutuhan sumber daya tenaga keperawatan profesional.

### **5.1.2 Jenis pelayanan Rumah Sakit**

#### **A. Rawat Jalan**

- 1) Instalasi Gawat Darurat
- 2) Poliklinik Orthopedi
- 3) Poliklinik Anak
- 4) Poliklinik KIA/KB
- 5) Poliklinik Gigi dan Mulut
- 6) Poliklinik Paru
- 7) Poliklinik Jantung
- 8) Poliklinik Kulit kelamin
- 9) Poliklinik Fisioterapi

- 10) Poliklinik Mata
- 11) Poliklinik THT
- 12) Poliklinik Bedah
- 13) Poliklinik Dalam

## **B. Rawat Inap**

- 1) *Intensiv care unit (ICU)*
- 2) Ruang Anak
- 3) Ruang Rawat Gabung
- 4) Ruang Bedah II
- 5) Ruang Interne
- 6) Ruang Bersalin
- 7) Ruang Neonatus dan *Neonatus intensiv care unit (NICU)*
- 8) Ruang Paviliun

### **5.1.3 Gambaran Ruang Anak**

#### **A. Ruangan**

Ruang anak terdiri dari 28 tempat tidur dan satu ruang isolasi dengan dua tempat tidur. Bed terdiri dari 18 tempat tidur untuk pasien kelas III A, 6 tempat tidur untuk pasien kelas II dan 4 untuk pasien kelas I.

#### **B. Tenaga**

Karyawan yang bertugas di ruang anak dari data kepegawaian RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan terdiri dari kepala ruangan, 15 perawat dan 1 pembantu perawat. Sedangkan dokter spesialis anak 2 orang.

### **C. Pasien**

Penyakit terbanyak yang ditangani di ruang anak berdasarkan data bagian *medical record* (MR) RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan selama bulan Juni 2011-Desember 2011 yakni Gastrointestinal akut (GEA) 35 %, Typoid fever 24 %, Infeksi saluran pernapasan akut (ISPA) 14 % , Dengue hemoragic fever (DHF) 10 %, Bronchopneumonia, Bronchiolitis 6 %. Jumlah pasien tiap bulan rata-rata 110 Pasien dengan BOR rata-rata 50 %.

### **D. Pelatihan**

Untuk meningkatkan kinerja dalam pendokumentasian asuhan keperawatan perawat sudah di laksanakan beberapa pelatihan yang diadakan oleh pihak rumah sakit yakni pengarahan pengisian pendokumentasian yang dilaksanakan oleh komite keperawatan tahun 2010 yang di ikuti oleh 11 perawat dan pelatihan yang dilaksanakan dengan bekerja sama dengan RSUD Dr. Soetomo Surabaya tahun 2008 yang diikuti oleh 8 perawat.

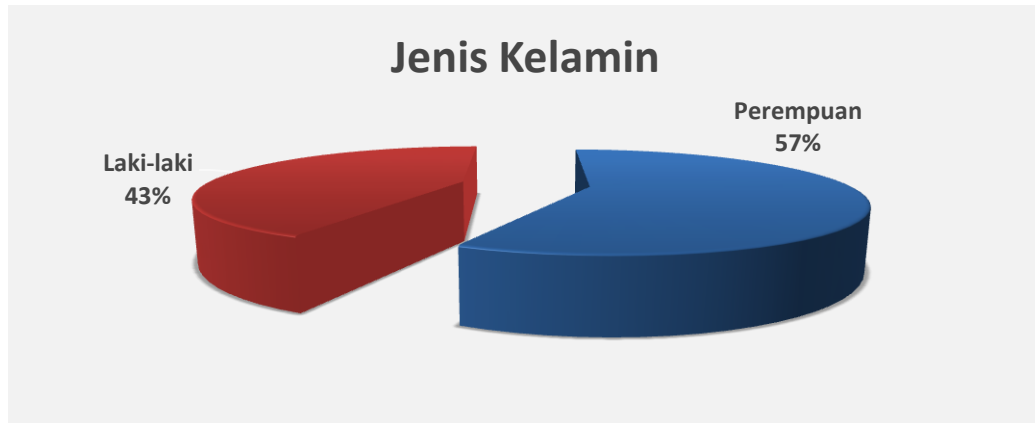
### **E. Model Asuhan Keperawatan Profesional (MAKP)**

MAKP yang digunakan di ruang anak adalah MAKP primer dengan jumlah Perawat primer sebanyak 4 perawat dan 10 perawat associate. Perawat primer bertanggung jawab terhadap satu orang pasien. Tanggung jawab meliputi pelaksanaan asuhan keperawatan dan pendokumentasian. Sedangkan dalam pelaksanaannya dibantu oleh perawat associate.

## 5.2 Hasil Penelitian

### 5.2.1 Data Umum

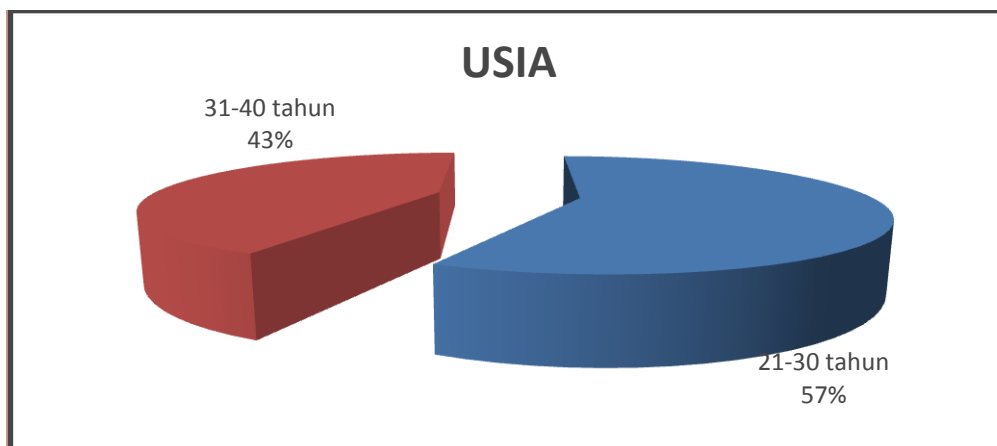
#### 1) Jenis Kelamin



Gambar 5.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin  
Studi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas Di Ruang Anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan Tahun 2012

Berdasarkan Gambar 5.1 karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin paling banyak adalah perempuan sebanyak 8 responden (57 %).

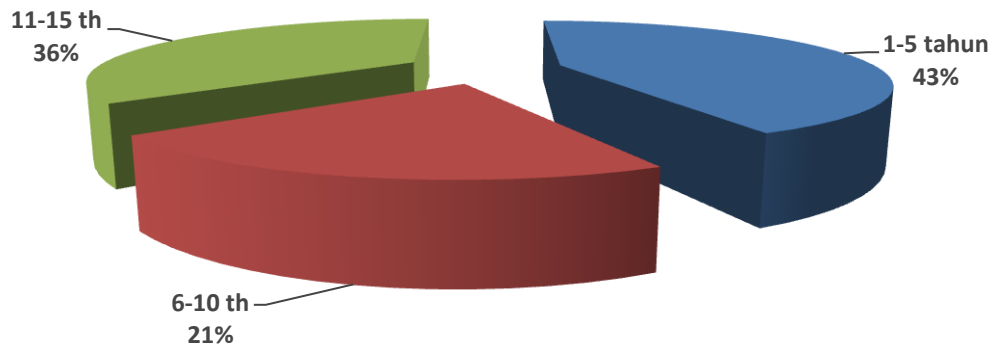
#### 2) Usia



Gambar 5.2 Distribusi Responden Berdasarkan Usia  
Studi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas Di Ruang Anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan Tahun 2012

Berdasarkan Gambar 5.2 karakteristik responden berdasarkan usia paling banyak adalah usia 21-30 tahun sebanyak 8 responden (57 %).

### 3) Lama bekerja



Gambar 5.3 Distribusi Responden Berdasarkan Lama Bekerja  
Studi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas Di Ruang Anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan Tahun 2012

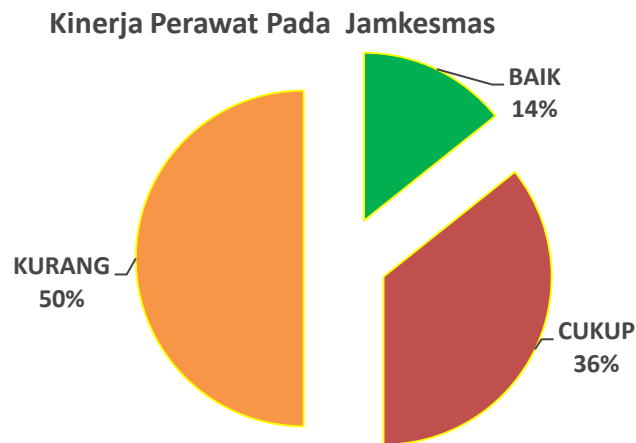
Berdasarkan Gambar 5.3 karakteristik responden berdasarkan lama bekerja didapatkan 6 responden (43 %) telah bekerja selama 1-5 tahun dan 3 responden (21 %) bekerja selama 6-10 tahun.

### 5.2.2 Data Khusus

Pada data khusus menggambarkan perbandingan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas.

#### 1) Kinerja perawat dalam pendokumentasian pada pasien jamkesmas

Dari hasil obsevasi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas yang disajikan dalam bentuk data ordinal dapat dilihat pada diagram dibawah ini.

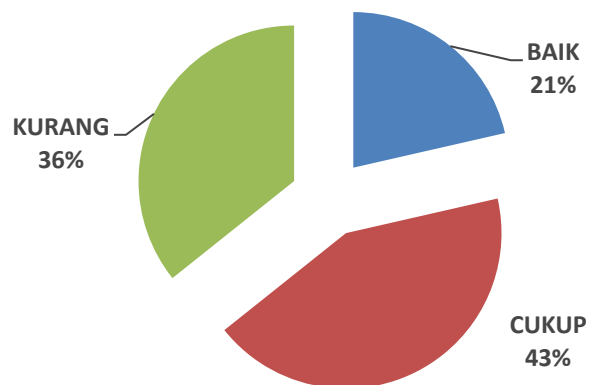


Gambar 5.4 Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Pada Pasien Jamkesmas  
Studi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas Di Ruang Anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan Tahun 2012

Berdasarkan Gambar 5.4 kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas didapatkan 2 responden (14 %) kinerjanya baik dan paling banyak 7 responden (50 %) kinerja dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas kurang.

2) Kinerja perawat dalam pendokumentasian pada pasien non jamkesmas

**Kinerja Perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan Pada Pasien Non Jamkesmas**



Gambar 5.5 Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Pada Pasien non Jamkesmas  
Studi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas Di Ruang Anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan Tahun 2012



Berdasarkan Gambar 5.5 kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien non jamkesmas didapatkan 6 responden (43 %) kinerja cukup dan 3 responden (21 %) kinerjanya baik.

Tabel 5.1 Tabulasi Data Observasi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas

No. Responden	Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan			
	Jamkesmas		Non Jamkesmas	
	Skor	Kriteria	Skor	Kriteria
1	19	Baik	21	Baik
2	13	Cukup	15	Cukup
3	10	Kurang	14	Cukup
4	10	Kurang	12	Kurang
5	10	Kurang	12	Kurang
6	19	Baik	19	Baik
7	15	Cukup	15	Cukup
8	11	Kurang	11	Kurang
9	15	Cukup	21	Baik
10	16	Cukup	17	Cukup
11	10	Kurang	14	Cukup
12	15	Cukup	14	Cukup
13	9	Kurang	10	Kurang
14	11	Kurang	11	Kurang

Selanjutnya data diatas dilakukan uji statistik dengan menggunakan SPSS versi 16.0 didapatkan hasil nilai signifikansinya adalah 0,441 dari hal ini dapat disimpulkan  $\rho > 0,05$  sehingga berdasarkan kriteria hipotesisnya  $H_0$  ditolak  $H_1$  diterima artinya tidak terdapat perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas. Hal ini sesuai dengan konsep kinerja menurut Gibson (2003) yang menyatakan bahwa adanya stimulus masih dipengaruhi oleh faktor-faktor lain yakni variabel fisik, variabel lingkungan dan variabel psikologis. Jadi stimulus perbedaan status pembiayaan pasien yakni jamkesmas dan non jamkesmas tidak memberi pengaruh pada

perbedaan kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas.

### **5.3 Pembuktian Hipotesis**

Dalam melakukan pembuktian nilai signifikansi dibandingkan dengan taraf signifikansi sebesar 5 % yakni 0,05. Dari hasil data tersebut dengan didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,441 berarti nilai tersebut lebih besar dari 0,05. Sehingga dapat disimpulkan bahwa  $H_0$  ditolak dan  $H_1$  diterima berarti tidak terdapat perbedaan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas di ruang anak RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan .

### **5.4 Pembahasan**

#### **5.4.1 Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas dan Non jamkesmas**

Kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas secara umum masih kurang baik hal ini dapat terlihat dari data observasi dimana separuh responden dikategorikan pada kinerja kurang. Hal ini menandakan secara umum bahwa kinerja dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas masih rendah. Ada beberapa faktor yang mempengaruhi kinerja yakni berdasarkan teori Gibson yakni variabel psikologi, lingkungan dan fisik. Menurut Gibson (2003) variabel fisik yakni kemampuan memegang peranan paling dominan terhadap kinerja hal ini disebabkan karena masih banyak perawat yang belum mendapat pelatihan tentang pendokumentasian dan pendidikan yang masih level D III keperawatan. Selain itu juga disebabkan rendahnya motivasi perawat karena lebih

mementingkan tindakan daripada pendokumentasian. Ilyas (2002) juga menyatakan faktor budaya kerja yang buruk terhadap pendokumentasian dan minimnya pengawasan juga menjadi faktor rendahnya kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas.

Data demografi responden yang memiliki kinerja pendokumentasian kurang cenderung terjadi pada responden dengan jenis kelamin laki-laki. Hal ini sesuai dengan teori Ilyas (2002) yang menyatakan bahwa data demografi seperti jenis kelamin juga memberi karakteristik perbedaan pada perilaku individu. Perempuan yang cenderung rapi dalam menulis sehingga kinerja dalam pendokumentasian lebih baik daripada laki-laki. Walaupun demikian ada responden laki-laki yang memiliki kinerja baik, menurut opini penulis hal ini disebabkan karena responden tersebut merupakan *clinical instructor* (CI) dan sedang menempuh pendidikan SI keperawatan. Hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Gibson (2003) bahwa faktor kemampuan dan proses belajar dapat mempengaruhi kinerja perawat. Faktor usia kurang memberi pengaruh signifikan terhadap kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dari data yang diperoleh tidak ada perbedaan yang signifikan, jumlah kinerja perawat yang baik, cukup dan kurang memiliki prosentase yang sama. Faktor pendidikan tidak bisa dihubungkan dengan kinerja sebab responden memiliki tingkat pendidikan yang sama yakni D III keperawatan walaupun ada kecenderungan perawat yang sedang menempuh SI keperawatan memiliki kinerja baik dan cukup. Hal ini sesuai dengan teori menurut Gibson (2003) bahwa belajar merupakan proses fundamental yang mendasari perilaku sebagian besar perilaku

dalam organisasi adalah perilaku yang diperoleh dari belajar. Sehingga proses menempuh pendidikan S I keperawatan memberi pengaruh positif terhadap kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas.

Penelitian ini menunjukkan bahwa lama bekerja memberikan pengaruh terhadap kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas walaupun secara prosentase tidak terlalu besar. Perawat yang memiliki kinerja baik dan cukup banyak dari perawat yang memiliki pengalaman bekerja yang lebih lama. Hal ini sesuai dengan teori menurut Ilyas (2002) bahwa perawat yang memiliki pengalaman bekerja lebih lama maka kemampuannya meningkat dan variabel psikologis seperti persepsi, sikap, kepribadian, belajar dan motivasi juga semakin baik. Variabel psikologis apabila baik maka dapat meningkatkan kinerja perawat.

Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan secara umum banyak kurang baik pada tahap intervensi rata-rata hanya 30 % dilaksanakan oleh perawat tindakan seperti merevisi intervensi berdasarkan evaluasi dan mencatat semua tindakan yang telah dilakukan hanya dilakukan oleh sebagian kecil perawat bahkan pada item mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan tidak dilakukan oleh semua responden. Dokumentasi intervensi keperawatan yang buruk menurut Nursalam (2008) dapat mengganggu proses asuhan keperawatan secara keseluruhan sebab adanya dokumentasi tentang respon pasien terhadap tindakan, kendala terhadap implementasi dan ketepatan intervensi keperawatan sangat mendukung terciptanya intervensi yang sesuai. Intervensi yang tidak sesuai dengan masalah pasien tentu saja akan menurunkan tingkat kepuasan pasien

jamkesmas. Faktor-faktor yang mengakibatkan kinerja perawat rendah dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada tahap intervensi menurut Nursalam (2008) dipengaruhi oleh pengetahuan, sikap dan keterampilan. Sikap yang lebih mementingkan tindakan dibanding pendokumentasian dan kebiasaan menerapkan intervensi tidak berdasarkan masalah dan kebutuhan pasien tetapi berdasarkan diagnosa medis serta rendahnya pengetahuan dan keterampilan memberi pengaruh besar. Pada pasien non jamkesmas dokumentasi pada intervensi juga rendah tetapi pada item mencatat semua tindakan yang dilakukan dan kesesuaian antara intervensi dan perencanaan lebih baik dibanding pada pasien jamkesmas. Hal ini karena tuntutan pasien non jamkesmas yang lebih tinggi sehingga perawat memperhatikan aspek hukum karena menurut Potter & Perry (2009) pendokumentasian yang baik dapat menjadi alat perlindungan hukum.

Kinerja pendokumentasian pasien jamkesmas dan non jamkesmas juga kurang baik pada tahap pengkajian item mengkaji data sejak pasien masuk sampai pulang hanya dilakukan oleh sebagian kecil responden. Hal ini menunjukkan dokumentasi pengkajian masih rendah sebab menurut Depkes (2005) dokumentasi pengkajian dikatakan lengkap bila 4 item pernyataan observasi dikerjakan. Nursalam (2011) juga menyatakan dokumentasi pengkajian dikatakan baik apabila meliputi pengkajian awal, lanjutan, ulang dan kembali, dari observasi responden cenderung mengkaji hanya pada saat pasien datang, pengkajian ulang kadang hanya dilakukan bersama-sama dengan visite dokter dan dicatat di lembar instruksi dokter. Kinerja sedikit lebih baik pada pasien non jamkesmas, karena keluarga selalu menanyakan kondisi anaknya dan meminta pengkajian ulang. Dokumentasi pengkajian yang jelek dapat menurunkan kualitas asuhan

keperawatan. Sebab pengkajian menurut Nursalam (2008) merupakan dasar untuk pemberian asuhan keperawatan yang aktual. Tanpa dasar yang baik tentu langkah-langkah selanjutnya dalam proses keperawatan tentu tidak baik juga.

Untuk proses dokumentasi asuhan keperawatan pada tahap diagnosis dan evaluasi prosentase pelaksanaannya cukup baik tetapi pada tahap diagnosis diagnosa keperawatan item mencerminkan *problem etiologi (PE)/problem etiologi symptom (PES)*. Hanya dilakukan oleh 2 responden bahkan pada pasien jamkesmas tidak ada responden yang melakukan hal ini menurut penulis karena perawat cenderung malas dan sudah menjadi budaya kerja hanya menulis problem saja. Ilyas (2002) menyatakan budaya kerja salah satu faktor eksternal yang mempengaruhi kinerja.

Pada tahap dokumentasi asuhan keperawatan item catatan asuhan keperawatan secara rata-rata sudah lebih dari cukup baik pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas tetapi jika dilihat per item pernyataan ada yang prosentase pelaksanaannya sangat rendah yakni pada item pendokumentasian sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan dan setiap melakukan tindakan keperawatan mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan keperawatan. Responden tidak mencatat semua tindakan yang dilakukan dan dokumentasi hanya berupa tindakan yang dilakukan dan waktu yang dicantumkan tidak sesuai. Menurut Potter & Perry (2009) dokumentasi merupakan alat bagi anggota tim kesehatan untuk mengkomunikasikan kebutuhan dan kemajuan klien, terapi individual, hasil konferensi dan rencana pemulangan. Sehingga perawat yang memiliki dokumentasi yang buruk berarti kemampuan berkomunikasi yang rendah. Komunikasi yang buruk tidak hanya dengan sesama tim kesehatan tetapi

juga dengan pasien menurut Nursalam (2008) hal ini dapat mengganggu keberhasilan proses keperawatan. Ini tidak sesuai dengan visi misi dan budaya kerja rumah sakit yang menginginkan perawat untuk komunikatif serta memberikan pelayanan profesional dan holistik sesuai dengan standart asuhan keperawatan.

#### **5.4.2 Perbandingan Kinerja Perawat Dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas**

Hasil penelitian menunjukkan terdapat perbedaan kinerja dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas sebanyak 9 responden, 4 responden sama dan 1 responden lebih baik pada pasien jamkesmas. Tetapi perbedaan ini hanya signifikan pada 3 responden saja sedangkan sisanya tidak signifikan. Ditinjau dari tahapan proses keperawatan perbedaan terjadi secara merata tetapi perbedaan yang cukup berarti terdapat pada tahap perencanaan, evaluasi dan intervensi. Perbedaan ini menurut Gibson (2003) karena adanya faktor individu yakni variabel psikologis meliputi persepsi, sikap dan motivasi yang berbeda dalam menghadapi perbedaan status pembiayaan pasien. Perawat memiliki sikap, persepsi yang lebih baik dalam menghadapi pasien non jamkesmas. Responden yang memiliki kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan lebih baik pada pasien jamkesmas dibandingkan pada pasien non jamkesmas karena pada saat observasi perawat tersebut mendapat pasien non jamkesmas dengan diagnosa medis diptheri sehingga pada item melakukan pengkajian pada pasien masuk sampai pulang tidak dilakukan hal ini karena responden tersebut enggan ke pasien karena diptheri merupakan penyakit menular.

Hasil penelitian ini menunjukkan kinerja pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien non jamkesmas dari hasil rata-rata skor lebih baik daripada pasien non jamkesmas tetapi dari hasil uji statistik tidak terdapat perbedaan signifikan kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas. Sehingga dapat disimpulkan adanya stigma dalam masyarakat bahwa terdapat perbedaan pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas tidak terbukti. Ini sesuai dengan konsep kinerja menurut Gibson (2003) yakni adanya stimulus masih dipengaruhi oleh faktor-faktor yakni variabel fisik meliputi kemampuan fisik dan mental. Variabel lingkungan meliputi : keluarga, kekeluargaan, kelas sosial dan variabel psikologi meliputi : persepsi, sikap, kepribadian, belajar, motivasi. Adanya stimulus perbedaan status pembiayaan jamkesmas dan non jamkesmas ternyata tidak memberi pengaruh besar terhadap perbedaan kinerja dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Stigma negatif yang muncul di masyarakat tentang adanya perbedaan kualitas pelayanan dan pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas menurut penulis disebabkan dua hal yakni karena masih adanya sebagian perawat yakni 3 responden dari hasil observasi berbeda dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas ini dibuktikan dari nilai pada observasi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien non jamkesmas lebih baik daripada pasien jamkesmas walaupun fakta ini hanya dilakukan oleh sebagian responden tetapi menurut penulis memberi pengaruh dan citra negatif terhadap gambaran kinerja perawat secara keseluruhan. Yang kedua adalah adanya fakta



bahwa secara umum kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan masih kurang hal ini tidak hanya terjadi pada pemberian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas tetapi juga pada pasien non jamkesmas. Pendokumentasian bermanfaat untuk menginformasikan apa yang sudah, sedang dan yang akan dikerjakan oleh perawat (Nursalam, 2008). Pendokumentasian yang baik dapat menjadi bahan analisis dalam kesinambungan proses keperawatan. Kinerja pendokumentasian yang kurang bisa menjadi faktor kegagalan dalam penerapan proses keperawatan hal tentu saja akan mengakibatkan tidak tercapainya tujuan keperawatan itu sendiri sebab dokumentasi merupakan faktor penting dalam praktik keperawatan (Potter & Perry, 2009). Sehingga pendokumentasian yang buruk dapat mempengaruhi kualitas asuhan keperawatan pada pasien.

## BAB 6

### KESIMPULAN DAN SARAN

#### 6.1 Kesimpulan

Penelitian merupakan serangkaian kegiatan yang didalamnya bertujuan untuk mencari kebenaran atas sebuah teori. Dari hasil observasi studi kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas didapatkan hasil sebagai berikut :

1. Kinerja dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas diketahui bahwa sebagian besar kinerja perawat dalam pendokumentasian masih kurang baik dilihat dari aspek tahapan proses keperawatan rata-rata hanya separuh item yang dikerjakan.
2. Kinerja dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien non jamkesmas lebih dari separuh perawat kinerja dalam pendokumentasian cukup baik.
3. Dari hasil uji statistik dengan *man-whitney* dengan SPSS tidak terdapat perbedaan yang signifikan pada kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas. Penelitian ini membuktikan bahwa stigma dalam masyarakat bahwa terdapat perbedaan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas dan non jamkesmas tidak terbukti.
4. Secara umum dapat disimpulkan adanya keluhan dan stigma jelek tentang asuhan keperawatan pada pasien jamkesmas disebabkan karena masih ada perawat yang kinerjanya lebih baik pada pasien jamkesmas sehingga

mempengaruhi penilaian citra perawat secara umum dan yang kedua kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan kurang baik tidak hanya pada pasien pasien jamkesmas tetapi juga pada pasien non jamkesmas.

## **6.2 Saran**

### **1. Bagi perawat**

Sebaiknya perawat mengikuti pelatihan dan seminar tentang pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga dapat meningkatkan pengetahuan, kemampuan dan keterampilan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan sehingga meningkatkan kinerja dalam pendokumentasian yang pada akhirnya akan meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien.

### **2. Bagi rumah sakit**

Rumah sakit diharapkan secara rutin memberikan pelatihan pada perawat tentang pendokumentasian, menerapkan format rekam medis yang sesuai dan memudahkan perawat dalam melakukan pendokumentasian serta melakukan mentoring dan monitoring secara berkala pada kinerja perawat dalam pendokumentasian.

### **3. Bagi mahasiswa**

Mahasiswa yang ingin melakukan penelitian serupa dimasa yang akan datang diharapkan tidak hanya meneliti pendokumentasian asuhan keperawatan tetapi pada aspek lain seperti perilaku caring dan kesesuaian tindakan terhadap standar operasional prosedur (SOP).























**DAFTAR PUSTAKA**

- Arikunto, S 2006, *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktek*, Edisi 5, Rineka Cipta, Jakarta
- Bahtiar Y, Suarli S, 2011, *Manajemen Keperawatan Dengan Pendekatan Kritis*, Erlangga, Jakarta
- Departemen Kesehatan, RI 2005, *Standar Asuhan Keperawatan*, Direktorat Jenderal Pelayanan Medik, Jakarta
- Departemen Kesehatan, RI 2005, *Instrumen Evaluasi Penerapan Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit*, Jakarta
- Depkes, R.I, 2011, *Pedoman Pelaksanaan Jamkesmas*, Kemenkes R.I
- Depkes, R.I, 2011, *Kebijakan Kementerian Kesehatan dalam Sinergitas Implementasi Jamkesmas dengan Program Keluarga Harapan PKH*, Kemenkes R.I, Jakarta. Diakses 10 November 2011 <http://www.depsos.go.id/>
- Depkes, R.I 2010, *Jaminan Kesehatan Masyarakat*, Kemenkes R.I, Jakarta, Diakses 10 November 2011 <<http://www.jdih.bpk.go>>
- Deswani, 2009, *Proses Keperawatan Dan Berfikir Kritis*, Salemba Medika, Jakarta
- Garay, HDV, 2006, *Kinerja Extra-Role Dan Kebijakan Kompensasi, Sinergi : Kajian Bisnis Dan Manajemen*, Vol. 8, No. 1 Hal. 33-42, diakses 15 November 2011 <http://www.journal.uui.ac.id/>
- Gibson, James L, 2003. *Organisasi : Perilaku, Struktur, Proses*, Edisi kelima, Erlangga, Jakarta
- Hidayat, AA 2003, *Riset Keperawatan Dan Teknik Penulisan Ilmiah*, Salemba Medika, Edisi I, Jakarta
- Hidayat, AA 2008, *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisa Data*, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta.
- Nazir, Moh 2003, *Metode Penelitian*, Ghalia, Jakarta
- Notoatmodjo, S 2005, *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Edisi 3, Rineka Cipta, Jakarta
- Nursalam, 2008, *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep Dan Praktik*, Salemba Medika, Jakarta
- Nursalam, 2011, *Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktek Keperawatan Profesional*, Edisi 3, Salemba Medika, Jakarta
- Nursalam, 2009, *Konsep Dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*, Salemba Medika, Edisi 2, Jakarta
- Sarwono, SW, Meinarno, EA, 2009, *Psikologi Sosial*, Salemba Humanika, Jakarta

- Sugiyono, 2009, *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif dan R & D*, Alfabeta, Bandung
- Riduwan, 2002, *Skala Pengukuran Variabel-Variabel Penelitian*, Alfabeta, Bandung
- Riwidikdo, H 2010, *Statistik Untuk Peneitian Kesehatan Dengan Aplikasi Program R Dan SPSS*. Pustaka rihama, Edisi 1, Yogyakarta.
- Ilyas.Y, 2002, *Kinerja Teori Penilaian & Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM UI
- Potter, PA, Perry, AG 2009, *Fundamental Keperawatan*, Edisi 7, Salemba Medika, Jakarta
- Kholiq, A 2010, *Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Tingkat Kepuasan Pasien Jamkesmas Di RSUD Pamekasan*, Skripsi SI Keperawatan, Universitas Muhammadiyah, Surabaya

*Lampiran 6*

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

**SURAT PERSETUJUAN PESERTA PENELITIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini

Nama (inisial) :

Umur :

Alamat :

Setelah mendapat keterangan secukupnya mengenai penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa SI Keperawatan Universitas Airlangga Surabaya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut dibawah ini yang berjudul:

“Studi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas Di Ruang Anak Di RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan”

Dengan suka rela menyetujui diikutsertakan dalam penelitian diatas dengan catatan bila sewaktu waktu dirugikan dalam bentuk apapun berhak membatalkan persetujuan ini.

Yang menyetujui  
Responden

(.....)



**LAMPIRAN 5**

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kpd Yth :

Bpk/Ibu/Sdr/i/calon responden

Di tempat

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

Nama : Achmad Hidayatullah

N.I.M : 131011188

Adalah mahasiswa program studi SI keperawatan Di Universitas Airlangga Surabaya akan melakukan penelitian dengan judul “Studi Kinerja Perawat Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Pada Pasien Jamkesmas Dan Non Jamkesmas Di Ruang Anak Di RSUD Dr. H. Slamet Martodirdjo Pamekasan”.

Mohon kesedian menjadi responden penelitian dan bersedia untuk diobservasi. Hasil observasi akan dijamin kerahasiannya dan tidak mempengaruhi apapun. Penelitian ini hanya digunakan bagi kepentingan peneliti akademis. Atas bantuan dan peran serta Bapak/Ibu/Saudara saya ucapkan terima kasih.

Pamekasan, 7 Januari 2012

Peneliti

Achmad Hidayatullah

**LAMPIRAN 7****Instrumen****Pelaksanaan Pendokumentasian Standart Asuhan Keperawatan****Kode responden** :**Umur** :**Jenis Kelamin** :**Pendidikan** :**Lama Bekerja** :**Status pembiayaan pasien** :

<b>NO</b>	<b>ASPEK YANG DINILAI</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
<b>PENGAJIAN</b>			
1.	Mendokumentasikan data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian.		
2.	Data dikelompokkan berdasarkan bio-psiko-sosial-spiritual.		
3.	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang.		
4.	Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.		
<b>DIAGNOSIS</b>			
5.	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan.		
6.	Diagnosa keperawatan mencerminkan PE/PES.		
7.	Merumuskan diagnosa keperawatan aktual/potensial.		
<b>PERENCANAAN</b>			
8	Berdasarkan diagnosis keperawatan		
9	Disusun menurut urutan prioritas		
10	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan atau kriteria waktu dalam perencanaan keperawatan.		
11	Rencana tindakan keperawatan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.		
12	Rencana intervensi keperawatan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.		
13	Rencana intervensi keperawatan menggambarkan kerja sama dengan Tim Kesehatan lain.		

<b>INTERVENSI</b>			
14	Intervensi keperawatan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan.		
15	Mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.		
16	Merevisi tindakan keperawatan berdasarkan hasil evaluasi.		
17	Semua tindakan keperawatan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.		
<b>EVALUASI</b>			
18	Evaluasi tindakan keperawatan mengacu pada tujuan.		
19	Hasil evaluasi dicatat		
<b>CATATAN KEPERAWATAN</b>			
20	Menulis hasil evaluasi pada format yang baku.		
21	Pendokumentasian dilakukan sesuai dengan tindakan keperawatan yang dilaksanakan.		
22	Pendokumentasian ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar		
23	Setiap melakukan tindakan keperawatan mencantumkan paraf/nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan keperawatan.		
24	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.		
<b>JUMLAH</b>			

## Lampiran 8

Tabel 1

Hasil Uji Statistik SPSS

## Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
Kinerja_dalam_pendokumentasian_asuhan_keperawatan	28	1.7500	.75154	1.00	3.00
Groups	28	.5000	.50918	.00	1.00

## Mann-Whitney Test

## Ranks

Groups	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Kinerja_dalam_pendokumentasian_asuhan_keperawatan 0	14	13.39	187.50
1	14	15.61	218.50
Total	28		

Test Statistics<sup>b</sup>

	Kinerja_dalam_pendokumentasian_asuhan_keperawatan
Mann-Whitney U	82.500
Wilcoxon W	187.500
Z	-.770
Asymp. Sig. (2-tailed)	.441
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	.482 <sup>a</sup>

Keterangan :

Group 0 : Jamkesmas

Group 1 : Non Jamkesmas