

TESIS

**UPAYA PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN KEPERAWATAN
BERDASARKAN ANALISIS FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN
KEPERAWATAN**

**STUDI DI RUANG INSTALASI RAWAT INAP
RSUD Dr. SOETOMO SURABAYA**

kk
TKA 4067
Tr
"



HANNA TRISNAWATI

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**

**UPAYA PENINGKATAN KUALITAS PELAYANAN BERDASARKAN
ANALISIS FORMAT DOKUMEN ASUHAN KEPERAWATAN
STUDI DI RUANG INSTALASI RAWAT INAP
RSUD Dr SOETOMO SURABAYA**

TESIS

Untuk memperoleh Gelar Magister
Pada Minat Studi Managemen Administrasi Rumah Sakit
Program Studi Administrasi Kebijakan Kesehatan
Pada Program Pascasarjana Universitas Airlangga

Oleh:

Hanna Trisnawati
0090014048/M

**PROGRAM PASCASARJANA
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2006**

UCAPAN TERIMA KASIH

Dengan memanjatkan Puji dan Syukur kepada Tuhan Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang atas segala berkat, kasih dan kasih karunianya sehingga tesis ini dapat diselesaikan.

Penulis menyadari bahwa terwujudnya tesis ini bukanlah semata-mata karya penulis pribadi melainkan atas bantuan dari berbagai pihak. Sehubungan dengan hal tersebut di atas perkenankanlah penulis menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaannya kepada bapak dr. Widodo J.P, MS, MPH, Dr. PH. Selaku dosen pembimbing ketua, dengan kesibukannya beliau menempatkan waktunya untuk memberikan bimbingan, dorongan, kritik dan saran dari masalah perkuliahan, persiapan proposal dan penulisan tesis ini.

Penulis juga mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Dra. MR Emma Pesik A, MARS sebagai pembimbing kedua yang selalu meluangkan waktunya untuk memberikan arahnya, dorongan dan bimbingannya sehingga selesainya penulisan tesis ini.

Tidak lupa penulis mengucapkan terima kasih kepada bapak drg. Setia Haksama MKes, selaku instruktur yang dengan penuh kesabaran telah memberikan bimbingan dan saran dalam penyusunan dan penulisan tesis ini.

Demikian pula terlaksananya kegiatan penulisan ini merupakan bantuan dari berbagai pihak, untuk itu penulis juga menyampaikan terima kasih kepada :

1. Rektor Universitas Airlangga Surabaya Prof, Dr med Puruhito, dr, SpB TKV atas segala fasilitas yang diberikan, sehingga dapat melanjutkan pendidikan di Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya.
2. Direktur Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, Prof, Dr, Muhammad Amin, dr, SpP atas kesempatan yang diberikan kepada penulis menjadi mahasiswa program pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya
3. Ketua program studi Administrasi dan Kebijakan Kesehatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya, Bapak dr, Widodo, J.P, MS, MPH, Dr. PH yang banyak memberikan bimbingan dan dorongan dalam menyelesaikan studi

4. Direktur Rumah Sakit Dr. SOetomo Surabaya, Bapak dr, Slamet Riyadi Y, DTMH, MARS yang memberikan kesempatan untuk belajar di progam Pascasarjana Universitas Airlangga Surabaya
5. Kepala instalasi rawat inap RSUD. Dr. Soetomo Surabaya beserta staf, yang memberikan kesempatan menjadi tempat pengumpulan data.
6. Kepala bidang keperawatan, Ibu Susanti Cipto, skm dan kepala ruangan serta seluruh perawat instalasi rawat inap RSUD. Dr. Soetomo yang menjadi responden atas segala bantuan dan partisipasinya sehingga penelitian ini berjalan lancar.
7. Semua kolega dan teman-teman mahasiswa MARS angkatan tahun 2000 yang telah memberikan bantuan serta semangat sehingga tesis ini telah diselesaikan
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu yang telah memberikan bantuan dalam penulisan tesis ini.

Dan akhirnya saya ucapkan terima kasih kepada suami tercinta dan anak-anak tersayang atas pengorbanan waktu, dorongan semangat dan dukungan doa sampai selesainya studi ini.

Surabaya, 20 Agustus 2003

penulis

RINGKASAN

Pelayanan keperawatan merupakan ujung tombak utama pelayanan kesehatan di Rumah Sakit dan merupakan cermin utama dari keberhasilan pelayanan kesehatan secara keseluruhan. Pelayanan keperawatan yang bermutu tinggi harus dilaksanakan oleh tenaga keperawatan profesional dengan cara yang profesional juga. Setiap aspek dari pengobatan dan perawatan pasien yang dilakukan oleh tim pelayanan kesehatan harus didokumentasikan sehingga dapat memberikan gambaran secara keseluruhan dari kondisi kesehatan pasien, serta merupakan alat bukti yang legal bagi pasien, keluarga, tim kesehatan lain maupun pihak lain yang memerlukan.

Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soetomo merupakan Rumah Sakit rujukan tertinggi untuk Indonesia bagian timur sekaligus sebagai rumah sakit pendidikan. Sebagai rumah sakit rujukan tertinggi sudah selayaknya rumah sakit Dr. Soetomo memberikan pelayanan dengan mutu baik.

Dalam upaya mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan di rumah sakit Dr. Soetomo dibentuk kelompok kerja (POKJA) antara lain tim pengembangan dan evaluasi proses keperawatan yang bertugas mengevaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan. Adapun hasil dari evaluasi tersebut evaluasi keperawatan mempunyai angka terendah yaitu 49,66% (1999), 59,90% (2000) dari standar kendali 70%.

Adapun tujuan dari penelitian ini adalah menyusun upaya peningkatan pelayanan keperawatan berdasarkan analisis format dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi rawat inap RSUD. Dr. Soetomo Surabaya.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa format dokumentasi perlu direvisi dengan system check list sesuai dengan spesialisasinya. Bentuk format dan kemudahan format dokumentasi asuhan keperawatan tidak menunjukkan adanya kesulitan. Hanya soal waktu pengisian yang masih kurang sehingga perlu pengaturan waktu sesuai supaya pengisian format tersebut diisi dengan baik. Sebagian besar perawat sudah termotivasi untuk mengisi format dokumentasi keperawatan. Beban kerja pada waktu pagi dan sore hari didominasi oleh kegiatan fungsional, sedangkan pada malam hari waktu istirahat terlalu lama. Kinerja perawat berdasarkan penerapan dokumentasi asuhan keperawatan menunjukkan bahwa perawat sering tidak mengisi : 1) format dokumentasi evaluasi (81,7%) 2) format dokumentasi intervensi (59,8%) dan 3) format rencana keperawatan (51,2%).

Untuk meningkatkan pengisian format asuhan keperawatan dalam rangka peningkatan kualitas pelayanan keperawatan diperlukan suatu bentuk format yang sederhana dan lengkap, adanya standar penulisan yang jelas, persediaan lembar format yang cukup. Supervisor harus dari ruangan itu sendiri sehingga tahu respon pasien. Untuk meningkatkan sumber daya manusia perlu adanya pelatihan, lokakarya, diskusi antar perawat secara rutin.

SUMMARY

Efforts to Improve nursing Care Quality Based on Analysis of Nursing Care Documentation Format at the Inpatient Wards of Surabaya Dr. Soetomo General Hospital

Nursing care is the front line of hospital service at hospitals and it reflects the overall quality of healthcare service. High quality nursing care is performed by professional nursing personnel with high integrity and strong professionalism.

Every aspect of therapy and patient care provided by healthcare team, should be documented to be able to illustrate patient's comprehensive health condition for patient's family, other health teams or for any concerned parties.

Documentation of nursing care is an important proof of venerated professional nursing service. Meanwhile, professional nursing service is not merely being skillful in executing nursing procedure, but it comprises of adequate interpersonal, intellectual, and technical skills.

Dr. Soetomo General Hospital (DSGH) in Surabaya, is the top referral hospital for the eastern part of Indonesia which also serves as a teaching hospital. Being the highest-ranked hospital, DSGH should provide the best quality in health service.

In order to develop and improve it's service quality, DSGH had established working teams. One of there teams was Nursing Development and process evaluation team, whose major took was to evaluate the implementation of nursing care. The evaluation result revealed that nursing evaluation had the lowest rate of 49,60% (1999) and 59,90% (2000) from the control standard of 70%.

The objective of this study was of formulate a nursing care improvement effort based on the analysis of nursing care documentation format at the inpatient wards of Surabaya Dr. Soetomo General Hospital. This was an observational cross-sectional study carried out at DSGH inpatient wards from June 2002 to March 2003. the samples were taken by proportional random sampling comprising of 82 nurses at DSGH inpatient wards.

The result of the study showed that nurses had asseesed the docum.entation format as too many overlapped date, written more than once and too many forms to fill. They expected the forms to be practical , clear, simple and complied to the specialties. The form did not have to be totally changed, but it should be revised / modified by applying a checklist system according to each specialization. Most nurses (79,3%) had been motivated, they were not forced to fill the forms and they had the intention to fill nursing documentation because they were aware of their responsibilities their motivation was sufficient, workload in the morning and afternoon shifts were dominated by functional activities. Whereas in the evening they did more personal deeds such as rest, pray and dinner. Nurses performances based on the implementation of nursing care documentation showed that 81,7% did not fill the evaluation forms, 59,8% did not fill the intervention documentation format and 51, 2% did not have nursing plans.

Suggestions for : 1) working nurses are write down any patient's response as nursing documentation. Improving nursing care quality and socializing accurate documentation culture, and holding a pre and post conference between working nurses and wards supervisors ; 2) nursing institutions is to revise / modify nursing care documentation with checklist system which had been done by the researcher ; 3) hospital management is to maintain stock of nursing care documentation format to secure documentation.



ABSTRACT

Efforts to Improve nursing Care Quality Based on Analysis of Nursing Care Documentation Format at the Inpatient Wards of Surabaya Dr. Soetomo General Hospital

Dr. Soetomo General Hospital (DSGH) is the top referral hospital for the eastern part of Indonesia which also serves as a teaching hospital. Being the highest ranked referral hospital, Dr. Soetomo General Hospital should provide the best quality in health service.

Dr. Soetomo General Hospital had established working teams in order to develop and improve its service quality. The evaluation of this team revealed that nursing evaluation had the lowest rate of 49, 66% in 1999 and 59,90% in 2000 from the control standard of 70%.

The objective of this study was to formulate a nursing care improvement effort based on analysis of nursing care documentation format at Dr. Soetomo General Hospital inpatient wards. This was an observational cross sectional study carried out at Dr. Soetomo General Hospital inpatient wards from June 2002 until March 2003. The samples were taken by proportional random sampling comprising of 82 nursing at Dr. Soetomo General Hospital inpatient wards.

The result of the study showed that nurses had assessed the documentation format as too many overlapped data, doubled written, and too many forms to fill. The forms did not have to be totally changed, but it should be revised / modified by applying a checklist system according to each specialization. Most nurses (79,3%) had been motivated, they agreed to fill the forms without being forced to do so and they did have the intention to fill the forms. Their motivation was sufficient, workload in the morning and afternoon shifts were dominated by functional activities, whereas in the evening, they did more personal deeds such as rest, pray and dinner.

Nurses performance based on the implementation of nursing care documentation showed that 81,7% did not fill the evaluation forms, 59,8% did not fill the intervention documentation format and 51,2% did not have nursing plans.

Key word : nursing documentation format, workload, motivation, performance

DAFTAR ISI

	Halaman
Sampul depan.....	i
Prasyarat Gelar.....	ii
Persetujuan.....	iii
Penetapan Panitia.....	iv
Ucapan terima kasih.....	v
Ringkasan.....	vii
Summary.....	viii
Abstrak.....	x
Daftar isi.....	xi
Daftar Tabel.....	xii
Daftar Gambar.....	xxiii
BAB 1 PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar belakang masalah.....	1
1.2 Identifikasi Masalah.....	8
1.2.1 Karakteristik Perawat.....	10
1.2.2 Karakteristik Pekerjaan.....	12
1.2.3 Karakteristik Organisasi.....	13
1.3 Pembatasan Masalah.....	17
1.4 Rumusan Masalah.....	17
1.5 Tujuan Penelitian.....	18
1.5.1 Tujuan Umum.....	18
1.5.2 Tujuan Khusus.....	18
1.6 Manfaat Penelitian.....	19
1.6.1 Manfaat Bagi Manajemen Rumah Sakit Dr. Soetomo.....	19
1.6.2 Manfaat Bagi Institusi Pendidikan.....	19
1.6.3 Manfaat Bagi Peneliti.....	20

BAB 2	TINJAUAN PUSTAKA.....	20
2.1	Konsep keperawatan	20
2.1.1	Pengertian keperawatan	20
2.1.2	Asuhan keperawatan	20
2.1.3	Tujuan Asuhan keperawatan	24
2.2	Dokumentasi keperawatan	25
2.2.1	Pengertian Dokumentasi keperawatan	25
2.2.2	Tujuan dokumentasi keperawatan.....	25
2.2.3	Fungsi dokumentasi keperawatan	26
2.2.4	Cakupan dokumentasi keperawatan.....	27
2.2.5	Prinsip-prinsip pendokumentasian asuhan Keperawatan.....	28
2.2.6	Standar dokumentasi keperawatan.....	29
2.2.7	Model dokumentasi keperawatan.....	32
2.2.8	Faktor-faktor yang mempengaruhi dokumentasi Asuhan keperawatan	33
2.3	Motivasi.....	33
2.3.1	Pengertian motivasi.....	33
2.3.2	Proses motivasi.....	34
2.3.3	Pentingnya motivasi.....	36
2.3.4	Teori motivasi	37
2.3.4.1	teori hierarki kebutuhan (Need Hierarchy theory)	37
2.3.4.2	teori Clayton Alderfer	38
2.3.4.3	teori Herzberg.....	38
2.3.4.4	teori kebutuhan Mc. Cleland	39
2.3.4.5	Teori “X” dan “Y”	40
2.3.4.6	Teori Keadilan.....	41
2.3.4.7	Teori Harapan.....	41
2.3.4.8	pandangan sistem motivasi	41
2.4	Teori Kinerja	43
2.4.1	Pengertian kinerja.....	44

	2.4.2 Faktor yang mempengaruhi Kinerja.....	45
	2.4.3 Penilaian Kinerja.....	46
BAB	3 KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN.....	49
	3.1 Kerangka konseptual.....	49
BAB	4 METODE PENELITIAN.....	52
	4.1 Rancangan Penelitian.....	52
	4.2 Lokasi dan waktu penelitian.....	52
	4.3 Unit analisis, sampel penelitian, besar sampel.....	52
	4.4 Kerangka Operasional Penelitian.....	55
	4.5 Parameter dan Variabel Penelitian.....	56
	4.6 Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel.....	56
	4.7 Instrumen Penelitian.....	64
	4.8 Uji Reliabilitas dan Validitas.....	65
	4.9 Pengumpulan Data.....	65
	4.9.1 Data Primer.....	65
	4.9.2 Data Sekunder.....	66
	4.10 Analisis Data.....	66
BAB	5 HASIL PENELITIAN.....	67
	5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr. Soetomo.....	67
	5.1.1 Visi, Misi dan motto RSUD Dr. Soetomo.....	68
	5.1.2 Ketenagaan RSUD. Dr. Soetomo.....	68
	5.1.3 Tempat Tidur RSUD. Dr. Soetomo.....	70
	5.2 Gambaran Umum Responden Penelitian.....	70
	5.3 Gambaran Variabel Penelitian.....	75
	5.3.1 Karakteristik Perawat.....	75
	5.3.1.1 Penilaian Perawat Terhadap Format Dokumentasi Askep saat ini.....	75
	5.3.1.2 Motivasi Kerja Perawat Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan.....	77
	5.3.2 Karakteristik Pekerjaan Perawat.....	80

5.3.2.1	Beban Kerja.....	80
5.3.2.2	Kondisi Fisik Bentuk Format.....	84
5.3.2.3	Kemudahan Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan	84
5.33	Kinerja Perawat Berdasarkan Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan	85
5.3.4	Penilaian Staf Keperawatan (Kabid, Kasi Karu) Terhadap Format Dokumentasi Keperawatan.....	86
5.3.5.	Karakteristik Pekerjaan Perawat	100
BAB	6 PEMBAHASAN.....	103
6.1	Gambaran Umum Responden Penelitian	103
6.1.1	Karakteristik Perawat	103
6.1.1.1	Jenis Kelamin	103
6.1.1.2	Umur	104
6.1.1.3	Golongan Kepangkatan.....	105
6.1.1.4	Lama Kerja.....	105
6.1.1.5	Pendidikan.....	106
6.1.1.6	Dinas Jaga Shift.....	108
6.1.1.7	Pengisian Dokumentasi Askep.....	109
6.1.1.8	Training.....	109
6.1.1.9	Penilaian Perawat Terhadap Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Saat ini	109
6.1.1.10	Motivasi Perawat Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Askep	110
6.1.2	Karakteristik Pekerjaan Perawat.....	111
6.1.2.1	Beban Kerja Perawat.....	111
6.1.2.2	Kondisi Fisik Bentuk Format dan Kemudahan Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan	112
6.1.2.2.1	Kondisi Fisik Bentuk Format	112
6.1.2.2.2	Kemudahan Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Askep.....	113

6.1.3 Kinerja Keperawatan Berdasarkan Penerapan Dokumentasi Keperawatan.....	113
6.1.4 Penilaian Staf Keperawatan Terhadap Format Dokumentasi Keperawatan.....	114
6.1.5 Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Kinerja Keperawatan.....	115
6.1.5.1 Hubungan Jenis Kelamin Responden Dengan Kinerja Keperawatan.....	115
6.1.5.2 Hubungan Umur Responden Dengan Kinerja Keperawatan.....	115
6.1.5.3 Hubungan Golongan responden Dengan Kinerja Keperawatan.....	116
6.1.5.4 Hubungan Pendidikan Responden Dengan Kinerja Keperawatan.....	116
6.1.5.5 Hubungan Lama kerja Responden Dengan Kinerja Keperawatan.....	117
6.1.5.6 Hubungan Responden Pernah Tugas Di Ruang Lain Dengan Kinerja Keperawatan.....	118
6.1.5.7 Hubungan Responden yang Dinas Shift Dengan Kinerja Keperawatan.....	118
6.1.5.8 Hubungan Responden Sebagai Penanggungjawab Dengan Kinerja Keperawatan.....	119
6.1.5.9 Hubungan Responden yang Bertanggungjawab Isi Dokumentasi Asuhan Keperawatan	119
6.1.5.10 Hubungan Responden yang Ikut Training Dengan Kinerja Keperawatan.....	120
6.1.5.11 Hubungan kelengkapan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan	120
6.1.5.12 Hubungan Tanggapan Responden Terhadap Format Dokumentasi Askep Memadai Dengan Kinerja Keperawatan.....	120

6.1.5.13 Hubungan berdasarkan Pemahaman, Waktu, Tata urutan, Dan Fisik Dengan Kinerja Keperawatan.....	121
6.1.5.14 Hubungan Motivasi Pengisian Format Dengan Kinerja Keperawatan.....	121
6.1.5.15 Hubungan Harapan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan dengan Kinerja keperawatan	122
BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN.....	123
7.1 Kesimpulan	123
7.2 Saran.....	126
DAFTAR PUSTAKA.....	128
LAMPIRAN KUESIONER	



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 1.1 : Hasil Evaluasi Dokumentasi Standar Asuhan Keperawatan Secara keseluruhan tahun 1999-2000.....	5
Tabel 1.2 : Hasil Evaluasi Dokumentasi standar Asuhan Keperawatan Ruang Rawat Inap dan Rawat Jalan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya Tahun 1999.....	6
Tabel 1.3 : Hasil Evaluasi Dokumentasi Standar Asuhan Keperawatan Ruang Rawat Inap dan Rawat Jalan RSUD. Dr. Soetomo Surabaya tahun 2000	
Tabel 4.1 : Distribusi Perawat di IRNA Dr. Soetomo tahun 2002.....	54
Tabel 5.1 : Jenis Tenaga Di RSUD. Dr. Soetomo tahun 2001	69
Tabel 5.2 : Jumlah tempat tidur per kelas Perawatan di RSUD. Dr. Soetomo.....	70
Tabel 5.3 : Jumlah sampel perawat tiap ruangan di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003.....	70
Tabel 5.4 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003	71
Tabel 5.5 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan umur di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003.....	72
Tabel 5.6 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan golongan di instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003	72
Tabel 5.7 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan pendidikan di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003	72
Tabel 5.8 : Distribsi frekuensi responden berdasarkan lama kerja di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003	73
Tabel 5.9 : Distribusi frekuensi responden berdasarkan dinas jaga Saat ini di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo	

	Tahun 2003.....	73
Tabel 5.10	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan penanggung Jawab di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003	74
Tabel 5.11	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan pengisian Dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003.....	74
Tabel 5.12	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan training Askep di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo Tahun 2003.....	75
Tabel 5.13	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan format Dokumentasi askep cukup praktis di Instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003.....	75
Tabel 5.14	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan kelengkapan Format dokumentasi askep di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soetomo tahun 2003.....	76
Tabel 5.15	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan jumlah lembar Format dokumentasi askep di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr. Soetomo tahun 2003.....	76
Tabel 5.16	: Distribusi frekuensi responden berdasarkan tanggapan terhadap Format dokumentasi askep di instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo tahun 2003.....	77
Tabel 5.17	: Motivasi perawat terhadap pengisian format dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	77
Tabel 5.18	: Motivasi perawat terhadap mengisi format dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	78
Tabel 5.19	: Niat perawat untuk mengisi format dokumentasi askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	78
Tabel 5.20	: Perawat merasa tegang untuk mengisi dikumentasi Askep Di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	79
Tabel 5.21	: Pendapat perawat tentang pengisian dokumentasi Askep	

	Di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	79
Tabel 5.22	: Interupsi keluarga pasien kepada perawat di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	80
Tabel 5.23	: Beban kerja kegiatan fungsional di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	83
Tabel 5.24	: Penilaian responden terhadap kondisi fisik bentuk format Dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo Tahun 2003.....	84
Tabel 5.25	: Penilaian responden terhadap dimensi waktu, pemahaman Tata urutan, fisik untuk mengisi format dokumentasi Askep Di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	84
Tabel 5.26	: Ditribusi frekuensi kinerja perawat berdasarkan penerapan Dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo Tahun 2003.....	85
Tabel 5.27	: Distribusi frekuensi penilaian staf keperawatan berdasarkan Format dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	86
Tabel 5.28	: Distribusi frekuensi penilaian staf keperawatan berdasarkan Kelengkapan format dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	86
Tabel 5.29	: Distribusi frekuensi staf keperawatan tentang jumlah lembar Format dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	87
Tabel 5.30	: Distribusi frekuensi staf keperawatan berdasarkan tanggapan Terhadap format dokumentasi Askep di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	87
Tabel 5.31	: Hubungan jenis kelamin responden dengan kinerja keperawatan Di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	88
Tabel 5.32	: Hubungan umur responden dengan kinerja keperawatan Di instalasi Rawat Inap Dr. soetomo tahun 2003.....	88
Tabel 5.33	: Hubungan golongan responden dengan kinerja keperawatan	

	Di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	89
Tabel 5.34	: Hubungan pendidikan responden dengan kinerja keperawatan Di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	89
Rabel 5.35	: Hubungan lama kerja responden dengan kinerja keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	90
Tabel 5.36	: Hubungan lama kerja responden di RSUD. Dr. Seotomo Dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	90
Tabel 5.37	: Hubungan lam kerja responden di ruangan dengan kinerja Keperawatan di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo Tahun 2003.....	91
Tabel 5.38	: Hubungan responden pernah tugas di ruangan lain dengan Kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. soetomo Tahun 2003.....	91
Tabel 5.39	: Hubungan responden yang dinas shift dengan kinerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo Tahun 2003.....	91
Tabel 5.40	: Hubungan responden waktu dinas shift saat ini dengan Kinerja keperawatan di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo Tahun 2003.....	92
Tabel 5.41	: Hubungan responden swbagai penanggung jawab dengan Kinerja keperawatan di Instalasi rawat Inap Dr. Soetomo Tahun 2003.....	92
Tabel 5.42	: Hubungan responden yang bertanggung jawab isi dokumentasi Askep dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	93
Tabel 5.43	: Hubungan responden yang pernah ikut training dengan kinerja Keperawatan di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	93
Tabel 5.44	: Hubungan responden menjawab format dokumentasi Askep Praktis dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap	

	Dr. Soetomo tahun 2003.....	94
Tabel 5.45	: Hubungan format dokumentasi Askep dengan kinerja keperawatan Di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	94
Tabel 5.46	: Hubungan jumlah lembar dokumentasi Askep memadai dengan Kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo Tahun 2003.....	95
Tabel 5.47	: Hubungan tanggapan responden terhadap format dokumentasi Askep memadai dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	95
Tabel 5.48	: Hubungan motivasi pengisian format dokumentasi Askep Denagn kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	96
Tabel 5.49	: Hubungan motivasi mengisi format dokumentasi Askep Dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	96
Tabel 5.50	: Hubungan niat mengisi format dokumentasi Askep Dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	97
Tabel 5.51	: Hubungan tekanan untuk mengisi format dokumentasi Askep dengan kinerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	97
Tabel 5.52	: Hubungan waktu dinas usai dengan kinerja keperawatan Di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	98
Tabel 5.53	: Hubungan interupsi keluarga pasien dengan kinerja keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	98
Tabel 5.54	: Hubungan harapan jumlah lembar format dokumentasi Askep Dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	99
Tabel 5.55	: Hubungan harapan kinerja Askep dengan kinerja keperawatan Di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	99
Tabel 5.56	: Hubungan kondisi fisik bentuk format dengan kinerja	

	Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	100
Tabel 5.57	: Hubungan responden kesulitan mengisi format Dokumentasi Askep memadai dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003	100
Tabel 5.58	: Hubungan berdasarkan pemahaman responden mengisi Format dokumentasi Askep memadai dengan kinerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo Tahun 2003.....	101
Tabel 5.59	: Hubungan tata urutan mengisi format dokumentasi Askep Dengan kinerja keperawatan di Instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo tahun 2003.....	101
Tabel 5.60	: Hubungan fisik mengisi format dokumentasi Askep Dengan kinerja keperawatan di instalasi Rawat Inap Dr. Soetomo 2003	102

DAFTAR GAMBAR

Halaman

Gambar 1.1	: Faktor yang berpengaruh terhadap rendahnya perawat Untuk membuat Evaluasi Askep	9
Gambar 2.1	: Langkah-langkah proses keperawatan	22
Gambar 2.2	: Faktor-faktor yang mempengaruhi produktifitas organisasi	45
Gambar 2.3	: System penilaian kerja	48
Gambar 3.1	: Bagan kerangka konseptual (modifikasi Kopelmen, 1986, Robin , 1996)	49
Gambar 4.1	: Kerangka operasional penelitian	55



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Memasuki era globalisasi dimana semakin bebas dan meningkatnya perdagangan, barang, jasa transportasi, komunikasi, dan informasi yang tentunya akan meningkat mobilisasi sumber daya dan modal antar negara. Keterbukaan ekonomi ini akan dimulai pada tahun 2003 untuk negara ASEAN (AFTA) dan tahun 2020 untuk negara ASIA PASIFIC (APEC).

Implikasi dari era globalisasi dalam bidang pelayanan kesehatan adalah terjadinya era kompetisi dan kerjasama dalam penyediaan jasa dalam bidang pelayanan kesehatan, yang berarti akan terjadi perebutan pasar dalam menarik pelanggan akan menggunakan jasa pelayanan rumah sakit. Kompetisi ini terjadi bukan saja diantara sesama rumah sakit dalam negeri, tetapi yang tak kalah pentingnya adalah persaingan antara rumah sakit lokal dengan rumah sakit modal asing.

Dalam era kompetisi dan kerja sama semacam ini untuk dapat mencapai target dan tujuannya, organisasi rumah sakit sebagai salah satu institusi pelayanan jasa dengan tenaga sumber daya yang padat karya harus ditopang oleh sistem manajemen yang baik dan mempunyai visi jauh kedepan.

Pelayanan keperawatan merupakan ujung tombak utama pelayanan kesehatan di rumah sakit dan merupakan cerminan utama dari keberhasilan pelayanan

kesehatan secara keseluruhan. Pelayanan keperawatan yang bermutu tinggi harus dilaksanakan oleh tenaga keperawatan profesional dengan cara yang profesional pula.

Tuntutan akan kebutuhan pelayanan keperawatan yang lebih bermutu dimasa depan, merupakan tantangan yang harus dihadapi rumah sakit. Untuk menjawab tantangan tersebut rumah sakit harus benar-benar mempersiapkan sumber daya keperawatan, yang harus ditangani secara mendasar dan bersungguh-sungguh. Tugas ini memang berat karena profesi keperawatan di Indonesia masih pada tahap awal dalam proses profesionalisasi Husin, (1997) dalam Wahidi (1998) Untuk itu berbagai upaya menuju kearah pelayanan keperawatan yang professional telah dilaksanakan, diantaranya melalui peningkatan ilmu pengetahuan, peningkatan ketrampilan, perbaikan sikap dan peningkatan motivasi kerja tenaga keperawatan dengan mengadakan pendidikan berkelanjutan dan berbagai pelatihan baik yang bersifat formal maupun non formal. Walaupun hasil yang dicapai belum begitu memuaskan, seperti terlihat dari masih banyaknya keluhan pasien dan keluarga pasien yang berhubungan dengan asuhan pelayanan kesehatan terutama asuhan keperawatan.

Aspek penting yang harus ditangani secara mendasar dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan adalah menerapkan metode pemecahan masalah dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang selanjutnya dikenal sebagai proses keperawatan atau *nursing process*. Dengan menerapkan proses keperawatan sebagai proses pemecahan masalah keperawatan, maka pelayanan keperawatan dapat dilaksanakan secara rasional dan ilmiah.

Akreditasi rumah sakit yang akhir ini sedang giat dilaksanakan, tidak lain bertujuan untuk menjaga dan meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang

diberikan. Dalam kegiatan akreditasi ini salah satu aspek dalam pelayanan keperawatan yang dinilai adalah adanya catatan asuhan keperawatan yang dibuat dan digabungkan kedalam catatan rekam medis pasien, yang meliputi : pengkajian, menentukan diagnosa, penyusunan rencana, pelaksanaan tindakan, evaluasi serta format tindakan dan observasi keperawatan saat pasien pulang, pasien pindah atau meninggal.

Meskipun penilaian akreditasi rumah sakit ini baru melihat struktur dan kelengkapan dokumen administratif, belum melihat proses secara keseluruhan dan out come yang dihasilkan hal ini sudah merupakan suatu kondisi maju satu langkah kedepan dalam upaya tercapainya pelayanan keperawatan yang bermutu. Supaya tercapai pelayanan yang bermutu perlunya pengisian dokumentasi keperawatan yang lengkap.

Setiap aspek dari pengobatan dan perawatan pasien yang dilakukan oleh tim pelayanan kesehatan harus didokumentasikan, sehingga dapat memberikan gambaran secara keseluruhan dari kondisi kesehatan pasien, serta merupakan alat bukti yang legal bagi pasien, keluarga, tim kesehatan lain maupun pihak-pihak lain yang memerlukannya.

Pendokumentasian proses keperawatan merupakan aspek penting dari bukti pelayanan keperawatan yang professional (TimKep. RumKitpolsus, 1990). Menurut Gaffar LOJ (1998), pelayanan keperawatan profesional bukan sekedar terampil dalam melakukan prosedur keperawatan, tetapi cukup ketrampilan interpersonal, ketrampilan intelektual dan ketrampilan technical.

Dengan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat akan aspek hukum dalam industri jasa pelayanan kesehatan serta diberlakukannya Undang - undang Kesehatan No 23 tahun 1992 pasal 53 ayat 2, yang berbunyi :

Tenaga kesehatan dalam melaksanakan tugasnya berkewajiban untuk mematuhi standar profesi dan menghormati hak-hak pasien.

Berdasarkan pasal diatas semakin terbuka celah bagi pemberi jasa pelayanan kesehatan untuk dikenai tuntutan hukum apabila petugas kesehatan tidak bekerja sesuai dengan standar atau melakukan suatu kelalaian dalam memberikan pelayanan. Pembuktian atas kelalaian hanya akan dapat ditelusuri melalui sistem pencatatan pendokumentasian keperawatan yang baik.

Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr Soetomo sebagai RS rujukan tertinggi untuk Indonesia bagian timur sekaligus sebagai Rumah Sakit pendidikan. Sebagai Rumah Sakit rujukan tertinggi sudah selayaknya RSUD Dr Soetomo juga berusaha untuk memberikan pelayanan keperawatan dengan mutu terbaik .

Dalam upaya mengembangkan dan meningkatkan mutu pelayanan, di Rumah sakit Dr Soetomo dibentuk kelompok kerja (POKJA) dengan beberapa tim yang bekerja sesuai dengan programnya masing – masing. Tim Pengembangan dan Evaluasi Proses Keperawatan dibawah POKJA Penerapan dan evaluasi standar asuhan keperawatan yang bertugas mengevaluasi pelaksanaan asuhan keperawatan melalui pendekatan proses keperawatan. Evaluasi ini dilaksanakan setiap tahun.

Hal ini terlihat dari hasil laporan tahunan POKJA Penerapan dan Evaluasi Standar Asuhan Keperawatan RSUD Dr Soetomo tahun 1999 dan tahun 2000 seperti tabel dibawah ini :

Tabel 1.1 Dokumentasi Standar Asuhan Keperawatan di RSUD Dr Soetomo Surabaya tahun 1999 dan tahun 2000

NO	Aspek Yang Dinilai	RATA-RATA NILAI			
		1999		2000	
		NILAI	KLASIFIKASI	NILAI	KLASIFIKASI
1	Pengkajian	73,30	Cukup	77,04	Baik
2	Diagnosa Perawatan	82,36	Baik	82,29	Baik
3	Perencanaan perawatan	77,66	Baik	80,09	Baik
4	Intervensi perawatan	73,50	Cukup	83,29	Baik
5	Evaluasi perawatan	49,66	Kurang	59,90	Kurang
6	Catatan perawatan	82,26	Baik	84,34	Baik
	Rata-rata	73,12	Cukup	77,82	Baik

Sumber data : Laporan Tahunan POKJA Penerapan dan Evaluasi Standard Asuhan Keperawatan RSUD Dr. Sutomo

Dari tabel diatas terlihat bahwa evaluasi perawatan merupakan angka terendah dari semua aspek yang dinilai yaitu 49,66 % (1999), 59,90 % (2000) dari standar kendali 75 %. Berdasarkan standar kendali RSUD Dr Soetomo kriteria baik adalah 76 % - 100 %, kriteria cukup adalah 60 % - 75 %, dan kriteria kurang adalah kurang dari 59 % Dari data diatas terlihat kurang dari 50 % perawat yang membuat evaluasi keperawatan.

Menurut Nursalam (2001), evaluasi perawatan ini penting untuk merefleksikan keefektifan keperawatan, respon klien terhadap intervensi dan untuk revisi rencana keperawatan. Tabel berikut ini berisi evaluasi dokumentasi standar asuhan keperawatan ruang rawat inap dan ruang rawat jalan RSUD Dr. Sutomo, Surabaya. Meliputi: pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan dan catatan asuhan keperawatan.

Tabel 1.2 Dokumentasi standar Asuhan Keperawatan Ruang Rawat Inap RSUD Dr. Sutomo Surabaya

1999

Ruangan	N	Pengkajian	DX Keperawatan	Perencanaan	Tindakan Perawatan	Evaluasi Perawatan	Catatan Askep	Rata- Rata
2	3	4	5	6	7	8	9	10
R. Bersalin II	20	82,5	95	67,5	67,5	55	90	76,25
R. THT	20	87,5	90	90	90	65	90	70,83
R.P. Dalam II	20	71,25	80	63,75	63,75	25	75	64,7
R. Tropik Laki	20	76,25	85	63,75	63,75	50	85	74,16
R.P. Dalam I	20	70	80	67,5	67,5	40	80	69,02
R. Kulit Wanita	20	76,25	85	63,75	63,75	65	85	76,66
R. Kulit Laki	20	76,25	85	63,75	63,75	50	85	74,16
R. Mata	20	100	100	100	100	80	92	95,33
R. Paviliun Anak	20	81,25	95	95	95	45	88	81,54
R. Pav. Airtangga	20	88,75	95	95	95	80	97	90,54
R. Kandungan	20	60	55	50	50	35	58	52,16
R. Bersalin I	20	70	80	70	70	85	79	77,33
R. NEONATUS	20	25	30	30	30	10	51	28,5
R. Jantung	16	50	100	90	75	68	100	80,50
R. Pulih Sadar	13	88,46	89,74	93,58	92,30	92,30	76,92	88,88
R. IRD Lt II	15	56,67	73,33	73,33	73,33	20	86,66	63,89
R. IRD Lt III	10	60	90	80	80	50	100	76,67
R. Stroke	14	55,35	71,42	57,14	57,14	21,42	57,14	53,27
R. Syaraf A	20	15	15	6,66	15	0,05	15	11,19
R. Syaraf B	20	73,75	90	90	85	15	90	73,96
R. Bedah G	20	70	70	70	65	60	70	67,50
2	3	4	5	6	7	8	9	10
R. BAPENKAR	11	47,72	54,54	63,33	63,63	54,54	63,63	57,95
R. Bedah H	20	71,42	64,28	64,28	64,28	35,71	64,28	60,71
R. Bedah F	20	50	50	45	50	20	50	44,17
R. Jiwa	20	93,75	100	100	100	50	100	90,63
R. Tropik Wanita	20	76,25	85	63,75	63,75	65	85	76,66
R. Menular Anak	20	95	100	94	95	85	93	69,83
R. Anak	20	60	55	94,16	95	95	99	78,02
R.P. Dalam Wanita	20	65	65	75	65	15	88	62,16
R. Paru Laki	20	100	91,66	94,16	90	35	100	85,13
R. Paru Wanita	20	100	100	79,16	90	70	100	89,86
ICU	20	66	100	91	62	60	70	74,00
R. Bedah A	20	95	95	95	65	77	98	87,50
R. Bedah B	20	92	90	90	65	80	80	82,83
R. Bedah C	20	90	90	90	67	90	90	86,16
R. Bedah D	20	82	90	83	75	70	80	80,00
R. Bedah E	20	82,50	93,33	94,16	71,25	45	100	81,04
R. Pav. Bedah	20	60	90	80	67	40	87	70,66
OK IRD (Lt V)	10	75	100	100	100	0	100	79,16
R. Ird (Lt I)	20	90	100	5	100	5	100	66,66
R. Anestesi BS	14	78,57	100	88,09	89,28	71,42	87,14	85,74
OK GBPT	20	70,31	95,83	84,37	75	80	80,08	73,96

**Tabel 1.3 dokumentasi standar Asuhan Keperawatan Ruang Rawat Inap RSUD
Dr. Sutomo Surabaya
2000**

Ruangan	N	Pengkajian	DX Keperawatan	Perencanaan	Tindakan Perawatan	Evaluasi Perawatan	Catatan Askep	Rata- Rata
2	3	4	5	6	7	8	9	10
R.Bersalin II	10	67,5	90	90	67,5	70	90	79,10
R.THT	10	21,42	28,57	28,57	21,42	14,28	28,57	23,80
R.P.Dalam II	10	47,5	76,6	65	70	60	80	66,51
R.Tropik Laki	10	67,5	90	80,34	67,5	20	70	67,23
R.P.Dalam I	10	35	70	60	45	50	80	56,66
R.Kulit Wanita	10	65,62	87,5	72,9	65,62	25	87,5	67,36
R.Kulit Laki	10	52,5	70	60	62,5	90	70	59,16
R.Mata	10	100	100	60	100	70	100	95
R.Paviliun Anak	10	60	60	70	70	40	70	61,6
R.Pav Airlangga	10	70	80	50	50	40	100	65
R.Kandungan	10	70	70	80	80	20	80	66,8
R.Bersalin I	10	100	100	100	100	90	100	98,3
R.NEONATUS	10	50	50	100	50	20	50	45
R.Jantung	10	30	90	50	90	40	100	73,3
R.Pulih Sadar	10	80	100	90	100	80	80	90
R.IRD Lt II	8	87	87	100	87	62	100	83
R.IRD Lt III	10	60	60	75	60	60	70	62
R.Stroke	7	100	100	60	100	100	100	100
R.Syaraf A	10	60	80	100	80	80	70	75
R.Syaraf B	10	80	80	80	10	60	90	76,7
R.Bedah G	10	100	100	100	100	75	100	95,8
2	3	4	5	6	7	8	9	10
R.BAPENKAR	5	100	100	100	100	100	80	80
R.Bedah H	10	60	73,3	80	80	80	80	75,15
R.Bedah F	10	50	30	35	25	35	51	36
R.Jiwa	10	10	90	90	90	10	82	75,3
R.Tropik Wanita	10	67,5	90	90	67,5	80	90	80,83
R.Menular Anak	10	100	90	100	100	50	80	86,6
R.Anak	10	90	60	78,3	60	60	80	74,7
R.P.Dalam Wanita	10	95	100	90	100	100	94	96,5
R.Paru Laki	10	70	70	70	60	50	40	60
R.Paru Wanita	7	85,7	85,7	85,7	85,7	85,7	100	88
ICU	10	70	100	100	67,6	75	100	85,4
R.Bedah A	10	75	75	75	60	75	75	72,5
R.Bedah B	10	100	90	100	85	80	100	92,5
R.Bedah C	10	100	100	100	75	75	100	90
R.Bedah D	10	100	90	100	85	80	100	34
R.Bedah E	10	75	75	75	60	50	60	66,1
R.Pav.Bedah	9	88	100	100	100	55	100	90,5
OK IRD (Lt V)								
R.Ird (Lt I)	6	0	0	0	100	0	100	34
R.Anestesi BS	10	70	70	70	70	60	40	65
OK GBPT	10	82,5	70	86,6	90	30	80	77,6

Sumber Data : Laporan Tahunan POKJA Penerapan Dan Evaluasi Standar Asuhan Keperawatan RSUD Dr. Soetomo Surabaya

Dari tabel 1.2 nampak sebagian ruangan rawat inap yang di bawah standar kendali antara lain ruang neonatus (28,5 %), ruangan saraf A (11,19 %), ruangan bedah F (44,17 %) dan ruangan bedah G (67,50 %). Dari hasil observasi dan wawancara langsung dengan beberapa anggota staf perawatan RSUD Dr. Sutomo ada beberapa alasan yang dikemukakan penyebab tidak dilaksanakannya pendokumentasian keperawatan secara optimal, antara lain : tidak sempat, tidak ada waktu karena terlalu sibuk mengurus pasien, persediaan format yang kurang, membuat dokumentasi asuhan keperawatan kurang sistematis, dan jenis formulir terlalu banyak yang harus di isi, sehingga terjadi duplikasi.

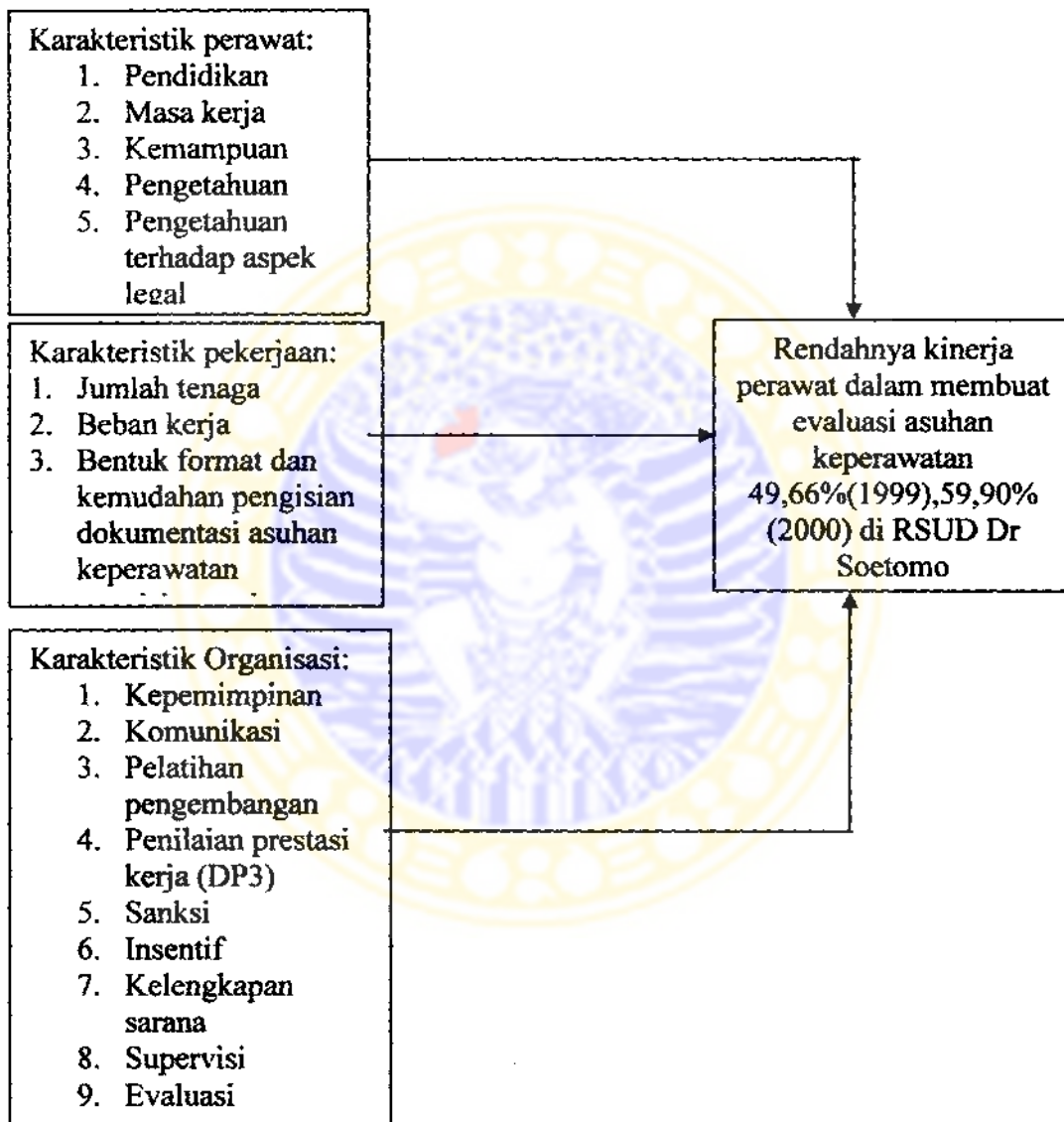
Hasil pratika senior Donda (1990) dalam Wahidi (1998) di bagian perawatan anak Rumah Sakit Umum Nasional Dr. Cipto Mangunkusumo, mengatakan 50% perawat ketua tim di bagian perawatan anak tersebut mengalami hambatan dalam merumuskan diagnosa dan menyusun rencana asuhan keperawatan.

Dari latar belakang maka masalah dalam penelitian ini adalah rendahnya kinerja perawat dalam mengevaluasi asuhan keperawatan yang terlihat dari dokumentasi asuhan keperawatan. Untuk mengatasi permasalahan ini peneliti menyusun rekomendasi yang tepat untuk peningkatan kualitas pelayanan melalui format dokumentasi asuhan keperawatan. .

1.1 Identifikasi Masalah

Dari masalah di atas faktor yang berpengaruh terhadap rendahnya kinerja perawat untuk membuat dokumentasi asuhan keperawatan adalah faktor karakteristik perawat (pendidikan, masa kerja, kemampuan, pengetahuan terhadap aspek legal dan motivasi), faktor karakteristik pekerjaan (jumlah tenaga, beban kerja

dan bentuk format dan kemudahan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan), dan faktor karakteristik organisasi (kepemimpinan, komunikasi, pelatihan dan pengembangan, penilaian prestasi kerja, sanksi, insentif, kelengkapan sarana, supervisi dan evaluasi).



Gambar 1.1 Faktor yang berpengaruh terhadap rendahnya kinerja perawat untuk membuat evaluasi asuhan keperawatan

1.2.1. Karakteristik Perawat.

1. Pendidikan

Penelitian Hidayati (1996) dalam Mukti (2001) menyatakan bahwa faktor yang mempengaruhi keberhasilan asuhan keperawatan di RSUD Selong Mataram adalah tingkat pendidikan tenaga keperawatan, lingkungan keperawatan. Sehingga makin tinggi pendidikan maka semakin baik pula kinerja pelayanan yang diberikan.

Tingkat pendidikan perawat di RSUD Dr. Soetomo Surabaya yaitu S1 0,1%; DIV 1,6%; Akademi Perawatan 38%; dan 60,2% dengan pendidikan SPK/ sebagian besar perawat berpendidikan rendah, maka tingkat pendidikan perawat masih perlu ditingkatkan.

2. Masa Kerja

Semakin lama seseorang bekerja maka semakin banyak pengalaman dan pengetahuan yang dimiliki sehingga akan memberikan kinerja pelayanan yang baik pula (Rivai 2000). Masa kerja perawat di RSUD Dr Soetomo antara 1 sampai dengan 35 tahun.

3. Kemampuan

Kemampuan adalah kapasitas seorang individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam pekerjaan yang pada hakekatnya terdiri dari kemampuan intelektual mempunyai peran yang besar dalam pekerjaan yang rumit, kemampuan fisik memiliki makna yang penting untuk melaksanakan tugas yang menuntut stamina, kecekatan, kekuatan, dan keterampilan. Kemampuan intelektual perawat di RSUD Dr Soetomo perlu ditingkatkan taraf pendidikannya ke jenjang pendidikan yang lebih tinggi karena 60,2 % perawat RSUD Dr. Soetomo masih lulusan SPK.

4. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui indra penglihatan dan pendengaran (Notoatmojo, 1997). Sebetulnya semua tenaga keperawatan sudah dibekali pengetahuan tentang proses dan dokumentasi perawatan sejak mulai dijenjang pendidikan, tetapi untuk mengingatkan kembali dan menambahkan pengetahuan yang terus berkembang perlu diadakan pelatihan dan penyegaran melalui seminar maupun kursus.

5. Pengetahuan Terhadap Aspek Legal

Dengan semakin kritisnya respon masyarakat akan mutu pelayanan kesehatan, maka semakin besar kemungkinan masyarakat pengguna jasa pelayanan kesehatan akan mengajukan tuntutan apabila pelayanan tidak sesuai standar. Sebagai bahan bukti apakah asuhan keperawatan telah diberikan sesuai standar atau tidak semuanya dapat dilihat melalui sistem pendokumentasian keperawatan yang baik. Tenaga keperawatan sebagian belum mengerti akibat kelalaiannya, mereka menganggap tidak perlu melengkapi dokumen standar asuhan keperawatan tetapi lebih perlu untuk melakukan tindakan keperawatan.

6. Motivasi

Motivasi adalah keinginan yang terdapat pada seseorang yang merangsangnya untuk melakukan suatu tindakan (Siagian, 1995). Motivasi timbul karena berbagai kebutuhan. Bila kebutuhan itu terpenuhi, maka seorang perawat rela bekerja dengan senang hati dan penuh tanggung jawab dalam rangka pencapaian tujuan rumah sakit yang telah ditentukan sebelumnya (Anoraga, 1998).

Bila motivasi seseorang terhadap pekerjaannya buruk, maka akan menghasilkan kinerja yang kurang baik juga . Di RSUD Dr Soetomo faktor motivasi yang mendorong perawat dalam mengisi dokumentasi keperawatan ini belum cukup kuat, sedang penyebabnya belum diketahui dengan jelas.

1.2.2. Karakteristik Pekerjaan.

1. Jumlah Tenaga

Kapasitas tempat tidur (TT) RSUD Dr. Soetomo : 1538

Jumlah tenaga perawat : 1046 terdiri dari

Jumlah tenaga PNS : 878

Jumlah tenaga harian : 168

Jumlah tenaga ini masih merupakan kendala yang sulit terpecahkan karena keterbatasan dana untuk memberikan gaji pada tenaga harian yang semakin banyak, dan untuk menjadi pegawai negeri sipil akan menambah beban bagi rumah sakit.

2. Beban Kerja

Beban kerja perawat secara obyektif adalah keseluruhan waktu yang dipakai atau jumlah aktivitas yang dilakukan. Jika beban kerja berlebihan, maka akan berpengaruh terhadap kinerja dan mutu pekerjaannya (Groenegen dan Hutten, 1991).

Dari hasil wawancara diperoleh informasi bahwa sebagian besar perawat terbebani oleh tugas administrasi, tugas pendidikan sebagai Clinical Instruktur , dan membersihkan lingkungan. Jadi terdapat berbagai tugas lain selain melakukan perawatan terhadap pasien sehingga pengisian dokumentasi asuhan keperawatan sering tidak dilakukan.

3. Bentuk Format Formulir Asuhan Keperawatan

Format yang diisi ada beberapa macam, yaitu; lembar observasi pasien lembar pengkajian, lembar diagnosa keperawatan. perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi keperawatan, lembar catatan keperawatan dan resume pasien pulang atau meninggal.

1.2.3. Karakteristik Organisasi.

1. Kepemimpinan

Untuk menciptakan suasana kerja yang dapat mendorong seseorang untuk melakukan sesuatu yang terbaik diperlukan pemimpin (Suswati, 1998 dalam Rifai 2000). Gaya kepemimpinan seorang kepala ruangan dapat mempengaruhi motivasi dan kinerja perawat agar mereka bekerja dan bekerja sama untuk melaksanakan tugasnya guna mencapai tujuan rumah sakit (Wirjoatmojo, 1999). Dari hasil wawancara pendahuluan dengan pelaksana keperawatan ditemukan bahwa kepala ruangan kurang melakukan evaluasi terhadap pengisian dokumentasi asuhan keperawatan secara optimal.

2. Komunikasi

Komunikasi mempunyai 4 (empat) macam fungsi besar didalam kelompok atau organisasi yaitu fungsi kontrol, motivasi, ekspresi-emosi, dan informasi (Muchlas, 1997).

Kepala ruangan akan bisa mengontrol para perawat menulis dokumentasi standar asuhan keperawatan melalui komunikasi. Memelihara motivasi diperlukan dengan cara menjelaskan apa yang harus dikerjakan, bagaimana sebaiknya perawat bekerja dan apa yang harus dapat dikerjakan untuk meningkatkan hasil evaluasi dokumentasi.

Komunikasi yang baik juga dapat menghilangkan ketegangan untuk ekspresi emosional antar perawat dan atasannya. Akhirnya komunikasi akan memberikan informasi yang dibutuhkan antar perawat untuk membuat keputusan dan mentransmisikan data pasien dalam penulisan dokumentasi asuhan keperawatan dan tindakan keperawatan.

3. Pelatihan dan Pengembangan

Pelatihan dan pengembangan dilakukan oleh RSUD Dr. Soetomo dalam bentuk penyegaran dan pelatihan baik dilakukan oleh Diklat rumah sakit sendiri maupun organisasi profesi, terutama dalam hal asuhan keperawatan, pengendalian infeksi, ilmu penyakit, analisa transaksional dan manajemen keperawatan. Pelatihan dan pengembangan ini tidak dapat terus-menerus dilakukan karena terbentur pada dana yang ada. Khususnya pelatihan tentang asuhan keperawatan terakhir diberikan tahun 1992 sehingga pegawai yang baru belum mendapatkan pelatihan tersebut.

Hidayati (1996) mengutip pendapat Peter Drucker yang mengatakan bahwa pelatihan yang diberikan secara berkesinambungan akan membuat seorang perawat makin bertanggung jawabnya terhadap pekerjaannya dan pada akhirnya akan mempengaruhi kinerjanya

4. Penilaian Prestasi Kerja (DP3)

Penilaian prestasi kerja dilakukan untuk mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan dan dapat memberikan umpan balik kepada karyawan tentang pelaksanaan kerja mereka.

Penilaian dilaksanakan tiap satu tahun sekali atau pada waktu karyawan tersebut naik pangkat. Penilaian tenaga keperawatan di RSUD Dr. Soetomo, dilaksanakan

oleh kepala bidang perawatan untuk kepala ruangan, sedangkan pelaksanaan keperawatan dinilai oleh kepala ruangan yang akan disetujui oleh kepala bidang keperawatan. Penilaian prestasi kerja masih agak lemah karena kriteria penilaian kurang jelas sehingga para pelaksana keperawatan kurang mempunyai motivasi untuk meningkatkan prestasinya.

5. Sanksi

Sanksi merupakan hukuman yang diberikan pada seseorang yang tidak melaksanakan tugas yang sesuai dengan peraturan yang ada. Rumah Sakit Dr. Soetomo belum melaksanakan peraturan mengenai sanksi bila perawat tidak menulis dokumentasi asuhan keperawatan. Sanksi tersebut sebetulnya ada menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor: 749a/MENKES/Per/1989 tentang Rekam Medis.

Karena Dokumentasi Standar asuhan keperawatan sudah masuk di dalam rekam medis maka sanksi yang diberikan bila tidak menulis, Direktur rumah sakit dapat memberikan sanksi administrasi sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

6. Insentif

Pembagian jasa pelayanan hampir di semua rumah sakit belum ada sistem pembagian yang baku, setiap Rumah Sakit mempunyai sistem tersendiri sesuai situasi dan kondisi yang ada sehingga sulit untuk dipakai sebagai pembandingan. Oleh karena itu pembagian jasa pelayanan di rumah sakit sebaiknya diputuskan secara bersama agar bisa diterima oleh semua pihak. Jumlah insentif yang diterima pada saat ini masih dirasa belum memadai, hal ini akan sangat berpengaruh terhadap persepsi maupun motivasi perawat. Di RSUD Dr. Soetomo

tidak semua ruangan mendapat insentif yang sama, sehingga insentif bervariasi sekali, dan ini tergantung pada pendapatan dari setiap ruangan. Ruangan yang pendapatannya banyak akan mendapat insentif yang tinggi tetapi ruangan yang pendapatannya sedikit insentifnya juga rendah. Hal ini dapat menjadi salah satu penyebab dimana perawat tidak termotivasi untuk menulis dokumentasi asuhan keperawatan.

7. Kelengkapan Sarana

Kelengkapan sarana sangat menunjang dalam pelaksanaan kerja, sehingga fasilitas dan peralatan cukup dari kualitas dan kuantitas maka kinerja pelayanan juga akan baik. Lembar format dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Dr. Soetomo sering tidak tersedia sehingga perawat tidak bisa menulis dokumentasi asuhan keperawatan secara berkesinambungan.

8. Supervisi

Supervisi merupakan bagian penting dalam manajemen keperawatan, agar pelaksanaan kerja berjalan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan sebelumnya, disamping untuk mengetahui secara langsung pelayanan keperawatan dan kesulitan yang dihadapi perawat. Jika supervisi dilakukan dengan baik, maka pelayanan dapat dilakukan dengan baik dan kinerjanya juga baik.

Pelaksanaan supervisi tentang dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Dr. Soetomo dilakukan oleh perawat pengamat yang telah ditetapkan setiap hari dan dilaporkan kepada Kepala Bidang Keperawatan, Kepala Seksi Keperawatan. Dalam pelaksanaan perawat pengamat tidak mengalami masalah karena mereka melakukan observasi langsung

9. Evaluasi

Evaluasi atau penilaian terhadap dokumentasi asuhan keperawatan di RSUD Dr. Soetomo dilakukan tiap tahun, untuk mengetahui pelaksanaan penulisan tersebut dilakukan secara optimal atau belum lengkap. Dokumentasi asuhan keperawatan ini sangat penting untuk menilai mutu pelayanan keperawatan disamping tindakan keperawatan. Di RSUD Dr. Soetomo evaluasi baru dilakukan untuk menilai segi kuantitasnya dan belum menilai segi kualitasnya.

1.3 Pembatasan Masalah.

Dari latar belakang dan identifikasi masalah diatas kami membatasi penelitian kami yaitu meneliti harapan dan penilaian staf keperawatan terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan. Selain itu karakteristik perawat maupun karakteristik pekerjaan. Karakteristik perawat meliputi harapan dan penilaian terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan dan motivasi perawat terhadap pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan. Sedangkan karakteristik pekerjaan meliputi beban kerja, bentuk format dan kemudahan untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan.

1.4 Rumusan masalah

1. Bagaimana karakteristik perawat (motivasi pengisian format dokumentasi askep, harapan dan penilaian terhadap bentuk format dokumentasi askep) di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo ?
2. Bagaimana karakteristik pekerjaan perawat (beban kerja, bentuk format dan kemudahan pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan) di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo ?

3. Bagaimana kinerja perawat dalam pengisian format dokumentasi askep di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo ?
4. Bagaimana hubungan karakteristik pekerjaan, karakteristik perawat terhadap kinerja perawat di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo ?
5. Bagaimana menyusun rekomendasi yang tepat untuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan hasil analisis format dokumentasi asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo ?

1.5 Tujuan Penelitian

1.5.1 Tujuan umum

Menyusun upaya peningkatan pelayanan keperawatan berdasarkan hasil analisis format dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo

1.5.2 Tujuan khusus

1. Melakukan analisis karakteristik perawat (motivasi pengisian format dokumentasi askep, harapan dan penilaian terhadap bentuk format dokumentasi askep) di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo
2. Melakukan analisis karakteristik pekerjaan perawat (beban kerja, bentuk format dan kemudahan pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan) di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo
3. Melakukan analisis kinerja perawat dalam pengisian format dokumentasi askep di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo
4. Melakukan analisis hubungan karakteristik pekerjaan, karakteristik perawat terhadap kinerja perawat di Instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo

5. Menyusun rekomendasi yang tepat untuk peningkatan kualitas pelayanan keperawatan berdasarkan hasil analisis format dokumentasi asuhan keperawatan di instalasi rawat inap RSUD Dr Soetomo

1.6 Manfaat Penelitian

1.6.1. Manfaat bagi manajemen Rumah Sakit Dr. Soetomo

1. Penelitian ini dapat memberi masukan untuk meningkatkan kinerja perawat dalam membuat dokumentasi asuhan keperawatan.
2. Sebagai bahan audit keperawatan.
3. Penelitian hasilnya dapat diterapkan dan dikembangkan di RSUD Dr Sutomo Surabaya

1.6.2 Manfaat Bagi institusi pendidikan

Sebagai bahan evaluasi sejauh mana penerapan ilmu di lapangan, khususnya di rumah sakit.

1.6.3 Manfaat bagi peneliti

1. Menambah wawasan untuk menganalisa hal yang dapat dilakukan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan.
2. Merangsang peneliti untuk penelitian selanjutnya dalam bidang manajemen keperawatan sehingga pelayanan keperawatan yang professional dapat diwujudkan.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Keperawatan

2.1.1 Pengertian Keperawatan

Keperawatan di Indonesia menurut hasil Lokakarya Nasional keperawatan tahun 1983 di Jakarta dalam Pesik (1999) adalah sebagai berikut :

Keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan berbentuk pelayanan bio-psiko-sosial-spiritual yang komprehensif, ditujukan kepada individu, keluarga dan masyarakat baik sakit maupun sehat yang mencakup seluruh proses kehidupan manusia.

2.1.2 Asuhan Keperawatan

1. Pengertian

Definisi keperawatan menghadapi dua tantangan dalam upayanya untuk memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas dalam system pelayanan kesehatan yang berubah dengan cepat. Pertama, para perawat saat ini memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan masalah kesehatan yang lebih kompleks daripada sebelumnya. Kedua, para perawat sebagai individu mempunyai ciri dan karakteristik yang berbeda. Asuhan keperawatan dibuat untuk memenuhi tantangan ini dengan menyediakan pendekatan yang sistematis dalam merawat pasien dan bahasa profesional yang umum bagi para perawat.

Pelayanan keperawatan dapat menjadi faktor penentu dalam keberhasilan suatu rumah sakit jika penataan sistemnya beserta pengelolaannya dilakukan secara profesional.

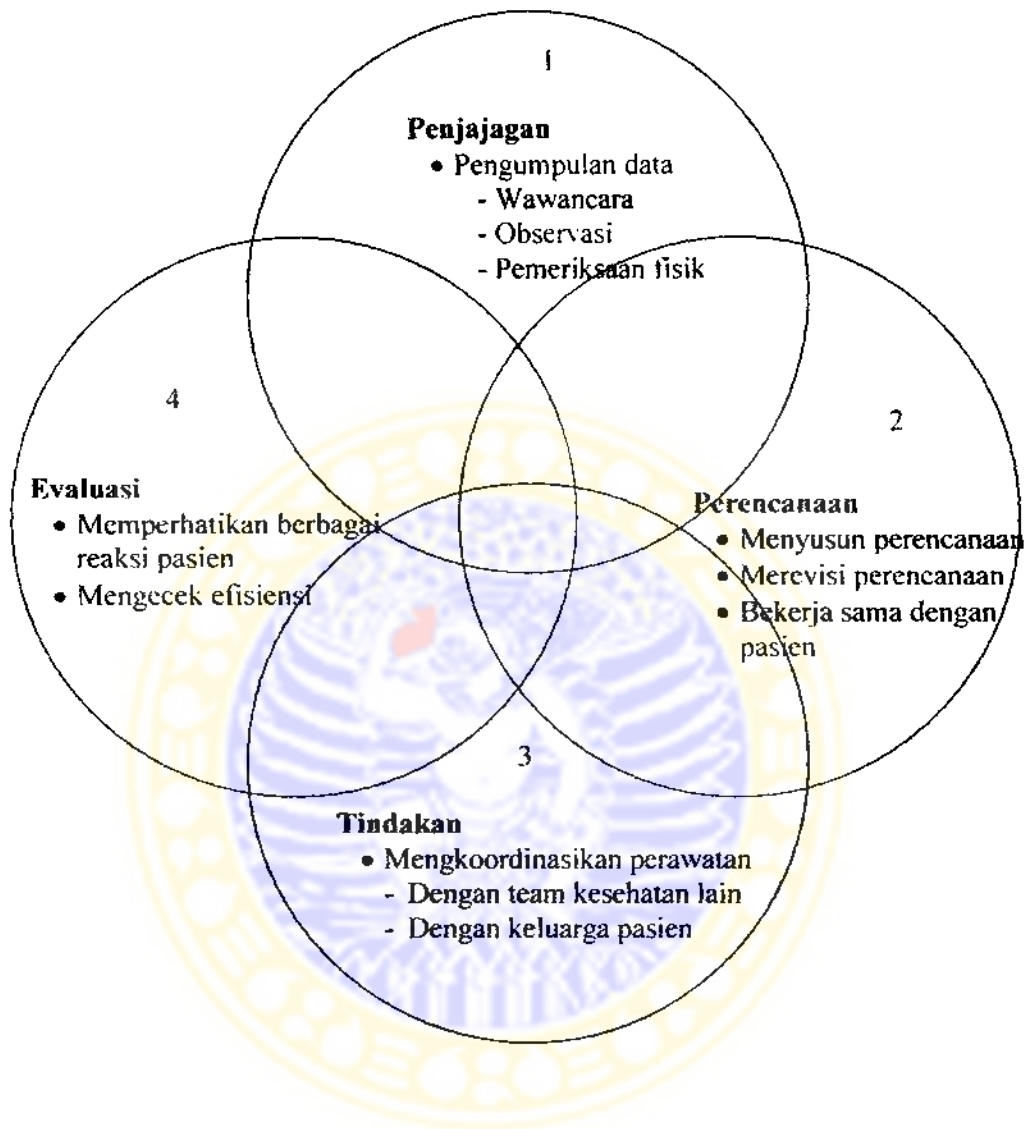
Sukanda (1977) dalam Pesik (1999) menulis tentang pengertian dan batasan asuhan keperawatan yang dirumuskan oleh Konsorsium Ilmu Kesehatan dan Kelompok Kerja Keperawatan 1992 sebagai berikut :

“ Asuhan Keperawatan (*Nursing care*), adalah suatu proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang langsung diberikan pada klien atau pasien, pada berbagai tatanan pelayanan kesehatan, dengan menggunakan metodologi proses keperawatan berpedoman pada standar keperawatan, dilandasi etik dan etiket keperawatan, dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab keperawatan

Praktek keperawatan adalah tindakan mandiri perawat profesional melalui kerja sama berbentuk kolaborasi dengan pasien dan tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai lingkup wewenang dan tanggung jawabnya.

Praktek keperawatan sebagai tindakan keperawatan profesional menggunakan pengetahuan dan teoritik yang mantap dan kokoh dari berbagai ilmu dasar (biologi, fisika, biomedik perilaku, sosial), dan ilmu keperawatan sebagai landasan untuk melakukan pengkajian, diagnosis, menyusun perencanaan, melaksanakan asuhan keperawatan dan evaluasi hasil tindakan keperawatan, serta mengadakan penyesuaian rencana keperawatan untuk menentukan tindakan selanjutnya”

Asuhan keperawatan didasarkan pada pendekatan penyelesaian masalah meliputi pengumpulan informasi, identifikasi masalah, merencanakan untuk alternative pemecahan masalah, diimplementasikan dan dievaluasi (gambar 2.1)



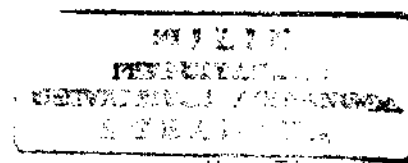
Gambar 2.1 Langkah-langkah proses keperawatan
Sumber : Sinopsis dasar – dasar keperawatan. 1982, hal. 20

Ada beberapa pengertian asuhan keperawatan yang dirumuskan oleh para ahli keperawatan, namun pada dasarnya asuhan keperawatan menurut pedoman penerapan proses keperawatan dirumah sakit 1994 adalah :

1. Serangkaian kegiatan yang dilakukan secara sistematis dan menggunakan pemikiran.
2. Kegiatan yang didasarkan pada ilmiah.
3. Metoda pendekatan yang digunakan oleh tenaga perawatan dalam membantu pemecahan masalah pasien.
4. Kegiatan yang terdiri dari lima tahap yaitu, tahap pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan dan tahap evaluasi keperawatan.

Asuhan keperawatan sangat penting karena berfungsi sebagai kerangka berfikir untuk menjalankan fungsidan tanggung jawab keperawatan dalam lingkup yang luas. Disamping itu sebagai alat untuk mengenal masalah pasien, menyusun perencanaan keperawatan secara sistematis, melaksanakan tindakan dan menilai hasil tindakan keperawatan, tanpa cara pendekatan yang sistematis dalam memberikan asuhan keperawatan, akan terjadi kekurangan atau kemungkinan duplikasi dalam melaksanakan tindakan.

Asuhan keperawatan merupakan sesuatu sistem yang mempunyai beberapa komponen yang terpisah tapi saling tergantung, saling berhubungan untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan. Kegagalan dari suatu komponen tertentu akan mempengaruhi dan menimbulkan kegagalan yang lain, karena sifat asuhan keperawatan adalah dinamis, siklik, saling tergantung dan luwes.



Asuhan Keperawatan dilaksanakan dengan tujuan untuk :

1. Mempraktekkan metode pemecahan masalah dalam praktek keperawatan.
2. Menggunakan standar untuk praktek keperawatan
3. Memperoleh metoda yang baku, rasional dan sistematis
4. Memperoleh metoda yang dapat digunakan dalam berbagai macam situasi
5. Memperoleh hasil asuhan keperawatan dengan kualitas tinggi.

Asuhan keperawatan sangat relevan dengan upaya dan arah perkembangan profesionalisme keperawatan dewasa ini, dan dalam pelaksanaannya dapat memberikan beberapa keuntungan sebagai berikut : (Pedoman Penerapan Proses Keperawatan di Rumah sakit, 1994)

1. Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan
2. Mengembangkan ketrampilan teknis
3. Meningkatkan citra keperawatan.
4. Meningkatkan rasa solidaritas dan rasa kesatuan perawat.
5. Menggambarkan kewenangan atau otonomi dan tanggung jawab perawat
6. Menghasilkan praktek keperawatan yang profesional
7. Mendukung pengembangan penelitian keperawatan
8. Mendukung pengembangan ilmu keperawatan
9. Meningkatkan peran perawat dalam proses perencanaan dan pengambilan keputusan
10. Meningkatkan kepuasan kerja

2.1.3 Tujuan Asuhan Keperawatan

Adapun tujuan asuhan keperawatan adalah :

1. Meningkatkan dan mempertahankan mutu pelayanan rumah sakit.

2. Meningkatkan penerimaan masyarakat tentang profesi keperawatan dengan mendidik perawat mempunyai sikap profesional yang bertanggung jawab dalam pekerjaan.
3. Meningkatkan hubungan dengan pasien, keluarga dan masyarakat.
4. Melaksanakan pelaksanaan kegiatan umum dalam upaya mempertahankan kenyamanan pasien.
5. Meningkatkan komunikasi antar staf.
6. Meningkatkan mutu produktifitas dan mutu kerja staf keperawatan.

2.2 Dokumentasi Keperawatan

2.2.1 Pengertian dokumentasi keperawatan

Adalah suatu sistem pencatatan dan pelaporan informasi tentang status kesehatan klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. (Potter dan Perry, 1993).

Pendapat ini menjelaskan dokumentasi keperawatan adalah pengumpulan penyimpanan dan desiminasi informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus – menerus pada suatu waktu, terhadap sejumlah kejadian (Fisbach, 1991)

Dari pengertian diatas dapat diambil kesimpulan bahwa dokumentasi keperawatan adalah kegiatan pencatatan, pelaporan dan pemeliharaan yang berkaitan dengan pengelolaan klien guna mempertahankan sejumlah fakta dari suatu kejadian dalam suatu waktu.

2.2.2 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Tujuan dari dokumentasi asuhan keperawatan seperti dibawah ini :

- 1). Menkomunikasikan data pada semua anggota tim kesehatan

- (a). Untuk menghindari salah informasi atau pengertian.
 - (b). Untuk menghindari pengulangan tindakan.
 - (c). Untuk mempersempit jarak antar anggota tim.
 - (d). Untuk menghindari klien merasa tidak aman karena ditanya hal yang sama berulang-ulang.
- 2). Memberikan bukti untuk tujuan evaluasi asuhan keperawatan.
 - 3). Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat sehingga merupakan legal aspek
 - 4). Sebagai metode pengembangan ilmu keperawatan

2.2.3 Fungsi Dokumentasi keperawatan

Fungsi dokumentasi adalah :

- 1). Sebagai alat komunikasi
 - (1). Meningkatkan koordinasi dan kesinambungan pelayanan.
 - (2). Saling melengkapi pelayanan.
 - (3). Menghindari/mengurangi kealpaan dan tumpang tindih.
 - (4). Dapat mengetahui apa yang telah dilakukan oleh anggota tim yang lain.
- 2). Sebagai jaminan mutu

Penorganisasian data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien.

Disamping itu melalui system pencatatan yang akurat dapat dimonitor permasalahan klien yang teratasi serta melacak masalah yang baru terjadi.

3). Aspek Finansial

Dokumentasi dapat bernilai keuangan, karena isinya dapat dijadikan sebagai bahan dalam menetapkan biaya pembayaran terhadap jasa pelayanan..

4). Aspek pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut informasi kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat digunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran bagi profesi keperawatan.

5). Aspek penelitian

Karena isinya menyangkut data informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek penelitian dan pengembangan profesi keperawatan.

6). Aspek Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan tercemin seberapa banyak permasalahan klien yang berhasil diatasi. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tentang tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

7). Aspek Legal

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum, karena bila terjadi suatu permasalahan yang menyangkut hubungan kepentingan profesi sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka sewaktu-waktu bila dibutuhkan catatan keperawatan dapat dijadikan barang bukti di pengadilan. Oleh Karena itu fakta-fakta harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif, ditanda tangani dan diberi tanggal serta perlu dihindari penulisan yang dapat menimbulkan interpersi yang berbeda.

2.2.4 Cakupan dokumentasi Keperawatan

Kegiatan pendokumentasian mencakup pencatatan, penyimpanan atau pemeliharaan dan pelaporan. Pencatatan adalah dokumen atau profit dalam bentuk tulisan yang menjadikan bukti otentik terhadap kondisi klien yang termonitor. Pencatatan bermanfaat bagi klien, rumah sakit, tim kesehatan serta

perkembangan ilmu keperawatan. Oleh karena itu dokumen yang sah harus berisi tentang status kesehatan klien, status keperawatan serta informasi dari tim kesehatan yang lain.

2.2.5 Prinsip-Prinsip Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Potter and Perry (1993) memberikan panduan sebagai petunjuk cara pendokumentasian dengan benar yaitu :

- 1). Jangan menghapus menggunakan tip-ex atau mencoret tulisan yang salah ketika mencatat, cara yang benar dengan menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu diparaf kemudian tulis catatan yang benar.
- 2). Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan yang lain, karena bias menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu
- 3). Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti dengan kesalahan tindakan
- 4). Dengan fakta, catatan harus akurat dan "reliable" pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau menulis perkiraan saja.
- 5). Jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena lain dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi. Untuk itu buat garis horizontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
- 6). Semua catatan harus bias dibaca, ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang lugas.
- 7). Jika perawat menyatakan suatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan karena jika perawat melakukan tindakan diluar batas kewenangannya dapat dituntut.

- 8). Tulisan hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
- 9). Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik) karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bias secara tidak sengaja terhapus jika informasi bersifat terlalu umum, Oleh karena itu tulisan harus secara lengkap, padat dan obyektif.
- 10). Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan tanda tangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus bersifat obyektif, komprehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.

2.2.6 Standar Dokumentasi

Komponen dan kriteria standar dokumentasi keperawatan yang dirumuskan DEPKES sebagai berikut :

1). Standar Pengkajian Data Keperawatan

Komponen pengkajian keperawatan meliputi :

- (1). Pengumpulan data, dengan kriteria : kelengkapan data, sistimatis menggunakan format, actual dan valid.
- (2). Pengelompokan data, dengan kriteria : data biologis, data psikologi, data social dan data spiritual.
- (3). Perumusan masalah, dengan kriteria : kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.

2). Standar Diagnosa Keperawatan

Kriteria :

- (1). Status kesehatan dibandingkan dengan norma untuk menentukan kesenjangan

- (2). Diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab kesenjangan dan pemenuhan kebutuhan klien
- (3). Diagnosa keperawatan dibuat sesuai dengan wewenang perawat.
- (4). Komponen diagnosa keperawatan terdiri dari masalah, penyebab dan gejala/tanda atau terdiri dari masalah dan penyebab.
- (5). Diagnosa keperawatan aktual untuk perumusan status kesehatan klien yang sudah nyata terjadi.
- (6). Diagnosa keperawatan potensial untuk perumusan status kesehatan klien yang kemungkinan besar akan terjadi, apabila tidak dilakukan upaya.

(3). Standar Perencanaan Keperawatan

Komponen keperawatan meliputi :

- (1). Prioritas masalah, dengan kriteria : masalah yang mengancam kehidupan merupakan prioritas pertama, masalah yang mengancam kesehatan prioritas kedua, masalah yang mempengaruhi perilaku prioritas ketiga.
- (2). Tujuan asuhan keperawatan, dengan kriteria : tujuan dirumuskan secara singkat dan jelas, disusun berdasarkan diagnosa keperawatan spesifik pada diagnosa keperawatan, dapat diukur, realistic, menggunakan komponen yang terdiri dari subyek, perilaku klien, kondisi klien dan kriteria tujuan
- (3). Rencana tindakan
Kriteria : disusun berdasarkan tujuan asuhan keperawatan, merupakan alternatif tindakan secara tepat, melibatkan klien/keluarga, mempertimbangkan kebijaksanaan dan peraturan yang berlaku,

menjamin rasa aman dan nyaman bagi klien, disusun dengan mempertimbangkan lingkungan, sumber daya dan fasilitas yang ada, berupa kalimat instruksi, ringkas, tegas dan menggunakan formulir yang baku.

(4). Standar Implementasi Keperawatan

Kriteria :

- (1). Dilaksanakan sesuai dengan rencana keperawatan .
- (2). Mengamati keadaan bio-psiko-sosio dan spritual klien
- (3). Menjelaskan setiap tindakan keperawatan kepada klien/keluarga.
- (4). Sesuai dengan waktu yang telah ditentukan .
- (5). Menggunakan sumber daya yang ada
- (6). Menunjukkan sikap yang sabar dan ramah dalam berinteraksi dengan klien/keluarga.
- (7). Mencuci tangan sebelum dan sesudah melaksanakan tindakan keperawatan.
- (8). Menerapkan prinsip aseptik dan antiseptik.
- (9). Menerapkan etika keperawatan.
- (10). Menerapkan prinsip aman, nyaman, ekonomis, privacy dan mengutamakan keselamatan klien.
- (11). Mencatat semua tindakan yang dilakukan.
- (12). Melaksanakan tindakan keperawatan berpedoman pada prosedur teknis yang telah ditentukan.

(5). Standar Evaluasi

Kriteria :

- (1). Pengkajian ulang diarahkan pada tercapainya tujuan atau tidak.

(2). Prioritas dan tujuan baru ditetapkan serta pendekatan keperawatan.

(3). Tindakan keperawatan yang baru ditetapkan dengan cepat dan tepat.

2.2.7 Model Dokumentasi Keperawatan

a. *Source Oriented Record* (catatan berorientasi pada sumber)

1. lembar penerimaan berisi biodata
2. lembar order dokter
3. lembar riwayat medik/penyakit
4. catatan perawat
5. catatan dan laporan khusus

b. *Problem Oriented Record* (catatan berorientasi pada masalah)

1. data dasar
2. daftar masalah
3. daftar awal rencanaasuhan
4. catatan perkembangan (*progress notes*)

c. *Progress oriented Record* (catatan berorientasi pada perkembangan/kemajuan)

1. catatan perawat
2. lembar alur (*flowsheet*)
3. catatan pemulangan dan ringkasan rujukan

d. *Charting by Exception (CBE)*

Adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standart.

Ada tiga komponen kunci utama :

1. *Flowsheet*
2. dokumentasi dilakukan berdasarkan standart praktek keperawatan

3. formulir dokumentasi diletakkan ditempat tidur klien sehingga dapat segera mencatat perkembangan klien

2.2.8 Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Dokumentasi

Berikut ini adalah faktor-faktor yang mempengaruhi dokumentasi :

1). Faktor sosial

Meningkatnya kesadaran akan pentingnya kesehatan , sehingga tuntutan akan mutu pelayanan keperawatan meningkat.

2). Praktek professional

(1). Pengetahuan : dokumentasi keperawatan menggambarkan asuhan individu dalam memecahkan masalah keperawatan.

(2). Ketrampilan/kemampuan : dokumentasi yang lengkap dan benar sesuai standar, menggambarkan profesionalisasi perawat

(3). Pengalaman kerja : dapat mencerminkan kemampuan perawat dalam memecahkan masalah dan ketrampilan melakukan tindakan. Kurangnya tenaga perawat, tidak adanya standar dokumentasi menyebabkan waktu untuk memberikan asuhan lebih lama.

2.4 Motivasi

2.4.1 Pengertian motivasi

Motivasi menurut Robbins (1993) dalam Muchlas (1998) motivasi adalah kemauan untuk berjuang atau berusaha ke tingkat yang lebih tinggi menuju tercapainya tujuan organisasi dengan mempertimbangkan kemampuannya untuk mendapat kepuasan pemenuhan kebutuhan pribadi. Jadi ada tiga kunci pengertian penting dalam definisi motivasi yaitu usaha, tujuan organisasi dan kebutuhan pribadi.

Motivasi adalah daya pendorong yang mengaibatkan seseorang anggota organisasi mau dan rela untuk mengerahkan kemampuan dalam bentuk keahlian atau ketrampilan, tenaga dan waktu untuk menyelenggarakan berbagai kegiatan yang menjadi tanggung jawabnya dan menunaikan kewajiban dalam rangka pencapaian tujuan dan berbagai sasaran yang telah ditentukan sebelumnya (Siagian,1995).

Menurut Winardi (1992) dalam Rinawati (1999) motivasi adalah keinginan yang terdapat pada seseorang individu yang merangsangnya untuk melakukan tindakan. Motivasi dalam hal ini diartikan sebagai kondisi yang menggerakkan individu untuk mencapai tujuan pada tingkatan tertentu.

2.4.2 Proses Motivasi

Woodworth (1955) menyatakan “ *A motive is a set presiposes the individual of certain activities and for seeking certain goals*” yang berarti bahwa motif adalah suatu ketetapan yang dapat dilakukan seseorang dalam menjalankan kegiatan tertentu untuk mencapai tujuan tertentu (Sugiarto,E, 1999).

Sarwono, SW (1996) menyatakan bahwa motivasi adalah pendorong utama perilaku seseorang sehingga ia mampu bertahan dan berjuang terus-menerus sampai mencapai tujuannya (Sugiarto,E, 1999). Motivasi dapat dikategorikan menjadi dua yaitu : motivasi internal dan motivasi eksternal. Dalam motivasi internal pendorong utama perilaku seseorang berasal dari dirinya sendiri, sedangkan yang eksternal berasal dari luar dirinya Robin, S.P (1993) mengatakan “ *Motivation is the willingness to exert high levels off effort toward organizational goals*” yang berarti bahwa motivasi merupakan suatu keinginan untuk mencapai tingkat upaya yang tinggi menuju pencapaian tujuan organisasi. Proses Interaksi tersebut terjadi secara bertahap mulai dari :

1. Perhatian
2. Pengamatan
3. Tanggapan
4. Imajinasi
5. Ingatan
6. Pemikiran
7. Motivasi

Timbulnya persepsi seseorang selalu timbul dari adanya perhatian orang tersebut terhadap sesuatu didengarnya atau dirasakannya. Tanpa adanya perhatian tersebut maka segala sesuatu yang dilihat, didengar atau dirasakannya tidak akan berpengaruh terhadap diri orang tersebut. Setelah timbul perhatian maka barulah kemudian akan mencoba untuk mengamati secara seksama. Untuk memperoleh pengamatan yang baik maka harus diusahakan timbulnya perhatian dari seseorang terhadap suatu kejadian. Setelah terjadi perhatian dan kemudahan sudah terjadi pengamatan maka dalam benak seseorang akan timbul tanggapan atau kesan terhadap apa yang diamatinya. Dari timbulnya tanggapan tersebut maka kemudian orang tersebut akan mencoba untuk membayangkan, menghubungkan dengan pengalaman yang dimilikinya serta hal yang lain yang telah diketahui, yang kemudian disebut dengan imajinasi. Hasil dari imajinasi ini dimasukkan ke dalam memori untuk disimpan dan akan dikeluarkan kalau diperlukan, tahap ini disebut ingatan. Dengan ingatan tersebut akan dilakukan pemikiran serta analisis dari kejadian maka akan menghasilkan buah pikiran atau pendapat pendapat itulah yang membentuk sikap atau *attitude* bagi dirinya. Jadi pendapat akan membentuk sikap, dan sikap akan menimbulkan motivasi atau dorongan seseorang untuk bertindak melakukan suatu perbuatan tertentu

1. Perhatian
2. Pengamatan
3. Tanggapan
4. Imajinasi
5. Ingatan
6. Pemikiran
7. Motivasi

Timbulnya persepsi seseorang selalu timbul dari adanya perhatian orang tersebut terhadap sesuatu didengarnya atau dirasakannya. Tanpa adanya perhatian tersebut maka segala sesuatu yang dilihat, didengar atau dirasakannya tidak akan berpengaruh terhadap diri orang tersebut. Setelah timbul perhatian maka barulah kemudian akan mencoba untuk mengamati secara seksama. Untuk memperoleh pengamatan yang baik maka harus diusahakan timbulnya perhatian dari seseorang terhadap suatu kejadian. Setelah terjadi perhatian dan kemudian sudah terjadi pengamatan maka dalam benak seseorang akan timbul tanggapan atau kesan terhadap apa yang diamatinya. Dari timbulnya tanggapan tersebut maka kemudian orang tersebut akan mencoba untuk membayangkan, menghubungkan dengan pengalaman yang dimilikinya serta hal yang lain yang telah diketahui, yang kemudian disebut dengan imajinasi. Hasil dari imajinasi ini dimasukkan ke dalam memori untuk disimpan dan akan dikeluarkan kalau diperlukan, tahap ini disebut ingatan. Dengan ingatan tersebut akan dilakukan pemikiran serta analisis dari kejadian maka akan menghasilkan buah pikiran atau pendapat pendapat itulah yang membentuk sikap atau *attitude* bagi dirinya. Jadi pendapat akan membentuk sikap, dan sikap akan menimbulkan motivasi atau dorongan seseorang untuk bertindak melakukan suatu perbuatan tertentu

2.4.3 Pentingnya Motivasi

Menurut Kate Keenan, “Memotivasi merupakan aspek vital untuk bekerjasama dengan baik. Aktivitas ini berhubungan dengan seberapa jauh komitmen seseorang terhadap pekerjaan mereka dan dalam mencapai tujuan mereka.” Pendapat tersebut mencerminkan perlunya motivasi dalam bekerja. Untuk memahami apa yang memotivasi orang lain, kita perlu menghargai bahwa orang mempunyai sejumlah kebutuhan dasar yang mendorong mereka untuk berkembang dan sejahtera. Dalam kehidupan ada tiga bidang mendasar yang harus dipenuhi orang, yang dipandang sebagai tiga tingkat yang membentuk suatu hirarki kebutuhan, yaitu :

a. Kebutuhan dasar

Meliputi makanan , air dan kehangatan. Kebutuhan ini tidak dapat dibiarkan atau digeser.

b. Status sosial

Orang perlu merasa diterima di lingkungannya. Mereka bekerja untuk mendapatkan tempat tertentu di masyarakat, sesuai dengan kebudayaan sosial dan kebiasaan masyarakat itu tersendiri. Pernyataan status sosial merupakan hal penting bagi orang dan merupakan motivator yang kuat begitu dorongan psikologis terpenuhi.

c. Ambisi pribadi

Baik kebutuhan dasar maupun status sosial budaya bukanlah segalanya bagi manusia dan tidak ada satu pun mencukupi. Keinginan untuk memenuhi ambisi pribadi merupakan tenaga pendorong ketiga yang paling kuat. Ambisi individu ini biasanya berhubungan dengan imajinasinya atau dengan bakat yang telah ditunjukkan. Orang

cenderung bekerja keras di bidang keahlian mereka. Keinginan untuk mencapai aspirasi merupakan suatu motivator yang kuat dan suatu proses berkesinambungan. Keinginan ini tidak pernah berhenti karena begitu satu ambisi terpenuhi, ambisi lain muncul.

Motivasi atau dorongan untuk bekerja ini sangat penting bagi tinggi rendahnya produktivitas karyawan. Tanpa adanya motivasi dari para karyawan atau pekerja untuk bekerjasama sama bagi kepentingan organisasi maka tujuan yang telah ditetapkan tidak akan tercapai. Selain motivasi ada faktor lain yang ikut mempengaruhi tingkat prestasi kerja karyawan, yaitu pengetahuan, kemampuan, ketrampilan, dan kesempatan.

2.4.4 Teori Motivasi

2.4.4.1 Teori Hierarkhi Kebutuhan (Need Heirarchy Theory)

Teori Hierarkhi kebutuhan ini dikemukakan oleh Abraham Maslow. Hasil pemikirannya tertuang didalam bukunya yang berjudul “ Motivation and Personilaty”.

Dalam teorinya dijelaskan bahwa kebutuhan manusia itu mengandung unsur bertingkat atau memiliki hierarkhi kebutuhan manusia itu mengandung unsur bertingkat atau memiliki Hierarkhi kebutuhan. Teori intinya berkisar pada pendapat bahwa manusia mempunyai lima tingkat atau Hierarkhi kebutuhan, yaitu :

1. Kebutuhan fisiologi, seperti sandang, pangan dan papan
2. Kebutuhan keamanan
3. Kebutuhan Sosial

daripada situasi kompetitif dan sangat menginginkan hubungan yang melibatkan derajat pemahaman timabal balik yang tinggi.

2.4.4.5 Teori “X” dan “Y”

Douglas Mc. Gregor mengemukakan dua pandangan yang jelas berbeda mengenai manusia secara dasar ada dua, yaitu : negatif, yang ditandai sebagai teori X dan yang lain pada dasarnya positif, yang ditandai dengan teori Y. Teori X dan Y adalah sebagai berikut :

Menurut teori X :

1. Karyawan secara inheren tidak menyukai kerja dan bilamana dimungkinkan, akan mencoba menghindarinya.
2. Karyawan tidak menyukai kerja, mereka harus dipaksa, diawasi atau diancam dengan hukuman untuk mencapai tujuan.
3. Karyawan akan menghindari tanggung jawab dan mencari pengarahan formal bilamana dimungkinkan
4. Karyawan menaruh keamanan diatas semua faktor lain yang dikaitkan dengan kerja dan akan memperagakan ambisi sedikit saja.

Berbeda dengan pandangan negatif ini mengenai kodrat manusia, Mc. Gregor mendaftarkan empat pengandaian positif, yang disebutnya sebagai teori Y:

1. Karyawan dapat memandang kerja sama sebagai sama wajarnya seperti istirahat atau bermain.
2. Orang akan menjalankan pengarahan diri jika mereka mengusahakan tanggung jawab.
3. Kebanyakan orang dapat belajar untuk menerima baik bahkan mengusahakan tanggung jawab.

4. Kemampuan untuk mengambil keputusan inovatif tersebar luas dalam populasi dan tidak perlu merupakan milik mereka yang berada dalam posisi manajemen.

2.4.4.6 Teori keadilan

Inti teori ini terletak pada pandangan bahwa manusia terdorong untuk menghilangkan kesenjangan antara yang dibuat bagi kepentingan organisasi dan imbalan yang diterima. Artinya apabila seorang karyawan mempunyai persepsi bahwa imbalan yang diterimanya tidak memadai. Dua kemungkinan dapat terjadi, yaitu :

1. Seseorang akan berusaha memperoleh imbalan yang lebih besar
2. Mengurangi intensitas usaha yang akan dibuat dalam pelaksanaan tugas yang menjadi tanggung jawabnya.

2.4.4.7 Teori harapan

Victor H. Vroom dalam bukunya yang berjudul "*Work and Motivation*" mengemukakan suatu teori yang disebut sebagai "Teori Harapan". Menurut teori, motivasi merupakan akibat dari suatu hasil yang ingin dicapai oleh seseorang dan perkiraan yang bersangkutan bahwa tindakannya akan mengarah pada hasil yang diinginkannya. Artinya apabila seseorang sangat menginginkan sesuatu, dan jalan nampaknya terbuka untuk memperolehnya, yang bersangkutan akan berupaya mendapatkannya.

2.4.4.8 Pandangan Sistem Motivasi

Mengingat begitu banyak pandangan tentang teori motivasi yang menganjurkan setiap manajer untuk mengusahakan agar para karyawan atau individu dapat bertingkah laku dalam organisasi secara positif. Menurut Lyman

Porter dan Rymond Miles berpendapat bahwa pandangan pengetahuan tentang sistem motivasi adalah seluruh rangkaian, atau sistem, kekuatan yang berkaitan dengan para karyawan harus dipertimbangkan secara memadai sebelum diberikan motivasi untuk memperbaiki perilaku karyawan. Pandangan sistem motivasi terdiri dari tiga peringkat variabel yang mempengaruhi motivasi dalam organisasi, yaitu :

a. Karakteristik individu

Merupakan penjabaran dari sikap dan minat serta kebutuhan yang dibawa seseorang atau individu dalam pelaksanaan kerja.

b. Karakteristik pekerjaan

Merupakan sifat dari pelaksanaan tugas karyawan serta meliputi wewenang, tanggung jawab serta bentuk tugas yang diembannya dan juga tingkat kepuasan yang Individu peroleh dari karakteristik pekerjaan yang bersangkutan.

c. Karakteristik lingkungan pekerjaan

Merupakan variabel suatu kondisi kerja yang akan mempengaruhi motivasi kerja dari individu yang bekerja di dalam lingkungan kerjanya. Beberapa faktor yang dapat menimbulkan karakteristik situasi kerja antara lain adalah : peraturan personalia, pengaturan imbalan dan kultur organisasi, kebijakan upah, kebijakan tunjangan karyawan dan sebagainya.

Sistem motivasi di perusahaan selain dipengaruhi situasi kerja juga dipengaruhi oleh karakteristik organisasi. Karakteristik organisasi merupakan ciri spesifik yang ada di organisasi yang sudah berlangsung lama atas kebijakan para pendiri organisasi yang akan membedakan dengan organisasi lainnya.

2.5 Teori Kinerja

Manajemen kinerja adalah proses perencanaan, pengorganisasian, penggerakan, pengawasan dan pengendalian kinerja.

Penetapan tujuan kinerja adalah sebagai berikut :

Misi & Visi → tujuan (*goal*) → sasaran (*Objective*) → strategi → aktifitas → hasil kinerja (*performans*).

Dari tujuan, sasaran dan hasil kinerja dapat ditetapkan suatu indikator kinerja.

Perencanaan kinerja merupakan penalokasikan sumberdaya dengan rencana yang telah ditentukan. Fungsi manajemen yang berperan disini adalah fungsi pengambilan keputusan, kepemimpinan. Diperlukan pengawasan dan pengendalian untuk menjaga agar tujuan atau rencana yang telah disepakati bersama dapat tercapai dengan efektif dan efisien. Hasil temuan dari pengawasan dan pengendalian pada tahap pelaksanaan rencana operasi harus ditindak lanjuti dengan sistem imbalan. Tindak lanjut wasdal adalah koreksi agar pelaksanaan sesuai dengan rencana atau tujuan(Dessler, 1987)

Pengukuran kinerja dapat dilakukan dengan :

1. Membandingkan antara kinerja nyata dengan kinerja yang direncanakan
2. Membandingkan antara kinerja nyata dengan hasil yang diharapkan
3. Membandingkan antara kinerja nyata saat ini dengan yang telah lalu untuk mengetahui trendnya
4. Membandingkan kinerja dengan tempat lain yang sejenis
5. Membandingkan kinerja nyata dengan standarnya

2.5.1 Pengertian Kinerja

Kinerja menurut Ilyas (1999) adalah penampilan hasil karya personal baik kualitas maupun kuantitas dalam suatu organisasi. Kinerja dapat merupakan penampilan individu maupun kelompok kerja personal. Penampilan kerja tidak terbatas kepada personal yang memegang jabatan personal didalam organisasi.

Menurut Suyadi (1999) dalam Rivai (2000) kinerja atau performance adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau kelompok orang dalam suatu organisasi, sesuai dengan wewenang dan tanggung jawab masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi bersangkutan secara legal, tidak melanggar hukum dan sesuai dengan moral maupun etika.

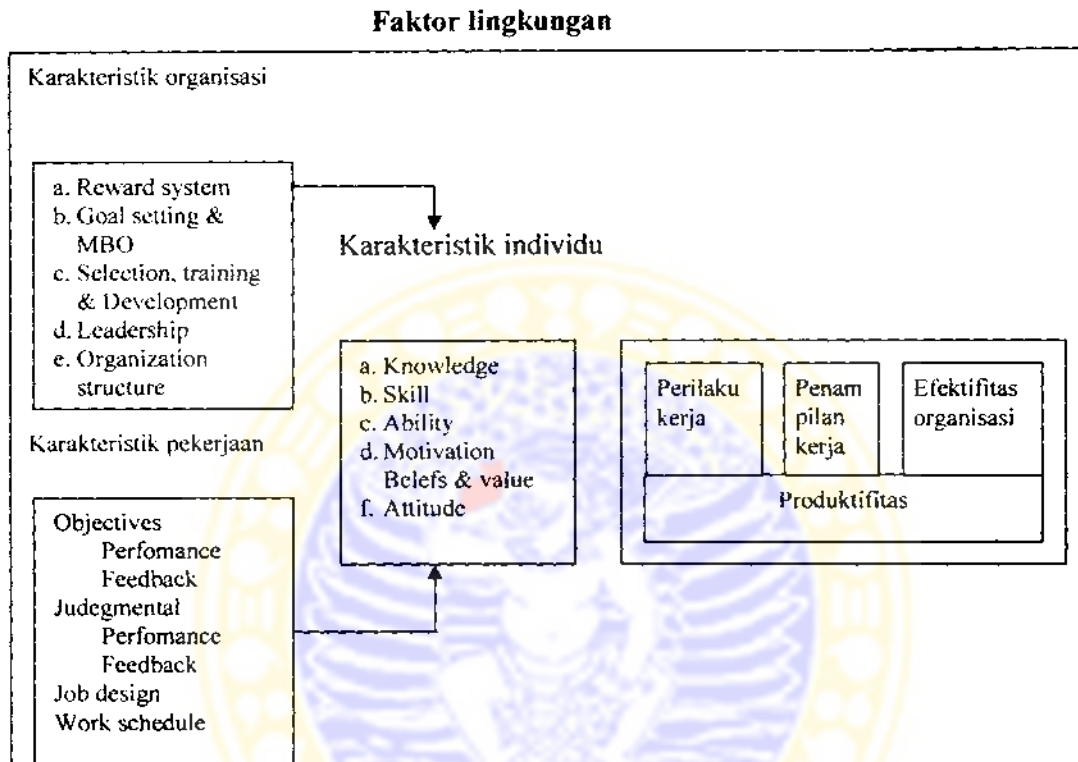
Diskripsi kinerja menyangkut tiga komponen penting yaitu tujuan, ukuran dan penilaian. Aspek pertama adalah penentuan tujuan dari setiap organisasi merupakan strategi untuk meningkatkan kinerja. Tujuan akan memberikan arah dan mempengaruhi bagaimana seharusnya perilaku kerja yang diharapkan organisasi terhadap setiap personal.

Aspek kedua adalah dibutuhkan ukuran apakah seseorang personal telah mencapai kinerja yang diharapkan. Untuk itu kuantitatif standar kinerja untuk setiap tugas dan jabatan personal memegang peranan penting.

Aspek ketiga adalah penilaian kinerja secara teratur yang dikaitkan dengan proses pencapaian tujuan kinerja setiap personal. Tindakan ini akan membuat personal untuk senantiasa berorientasi terhadap tujuan dan berperilaku kerja sesuai dan searah dengan tujuan yang hendak dicapai.

2.5.2 Faktor Yang Mempengaruhi Kinerja

Menurut kopelman (1986) kinerja seseorang, kelompok atau organisasi dipengaruhi oleh beberapa factor, factor yang dapat digambarkan seperti pada gambar 2.2 sebagai berikut :



Gambar 2.2 Faktor yang mempengaruhi produktifitas organisasi

Pada gambar 2.2 dapat dipelajari bahwa terdapat empat factor yang mempengaruhi produktifitas organisasi yaitu : (1) Faktor lingkungan. (2) Karakteristik organisasi (3) Karakteristik pekerjaan dan (4) Karakteristik individual.

Faktor lingkungan berpengaruh pada karakteristik organisasi, karakteristik pekerjaan dan karakteristik individual. Karakteristik organisasi dan karakteristik pekerjaan berpengaruh terhadap karakteristik individual. Karakteristik individu bersama factor lingkungan berpengaruh terhadap produktifitas berupa

perilaku pekerjaan (*work behavior*), penampilan kerja (*job performance*) dan efektifitas organisasi (*effectiveness*)

Karakteristik organisasi terdiri dari : (1) system imbalan (*reward system*). (2) sasaran dan manajemen melalui sasaran (*goal setting and management by objective*). (3) seleksi (*selection*). (4) pelatihan dan pengembangan (*training and development*). (5) kepemimpinan (*leadership*) dan (6) struktur organisasi (*organization structure*). Karakteristik pekerjaan terdiri dari : (1) tujuan umpan balik kinerja (*objective performance feed back*). (2) penilaian umpan balik kinerja (*judgmental performance feed back*). (3) desain pekerjaan (*job design*). (4) jadwal kerja (*work schedule*). Karakteristik individu terdiri dari : (1) pengetahuan (*knowledge*). (2) ketrampilan (*skill*). (3) kemampuan (*abilities*). (4) motivasi (*motivation*). (5) norma dan nilai (*beliefs and values*) dan (6) sikap (*attitudes*).

2.5.3 Penilaian Kinerja

Penilaian prestasi kerja (*performance appraisal*) adalah proses melalui dimana organisasi-organisasi mengevaluasi atau menilai prestasi kerja karyawan (Handoko,2000). Menurut Simamora (2001) menyatakan bahwa penilaian kinerja (*performance appraisal*) adalah proses dengannya organisasi mengevaluasi pelaksanaan kerja individu.

Menurut Ilyas (1999) menyatakan bahwa penilaian kinerja adalah proses menilai hasil karya personal dalam suatu organisasi melalui instrumen penilaian kinerja. Menurut Handoko (2000) tujuan penilaian kinerja adalah : (1) perbaikan prestasi kerja. (2) Penyesuaian kompensasi. (3) keputusan penempatan (4) kebutuhan latihan dan pengembangan (5) perencanaan dan pengembangan karier. (6) penyimpangan proses staffing. (7) ketidak-akuratan informasional. (8)

kesalahan desain pekerjaan. (9) kesempatan kerja yang adil. (10) tantangan eksternal.

Penilaian kinerja hendaknya memberikan gambaran yang akurat mengenai prestasi kerja karyawan. Untuk mencapai hal ini system penilaian harus mempunyai hubungan dengan pekerjaan praktis, mempunyai standar dan menggunakan berbagai ukuran yang dapat diandalkan.

Hubungan dengan pekerjaan berarti sistem menilai perilaku kritis yang mewujudkan keberhasilan organisasi. Sedangkan suatu system disebut praktis bila dipahami atau dimengerti oleh para penilai dan karyawan.

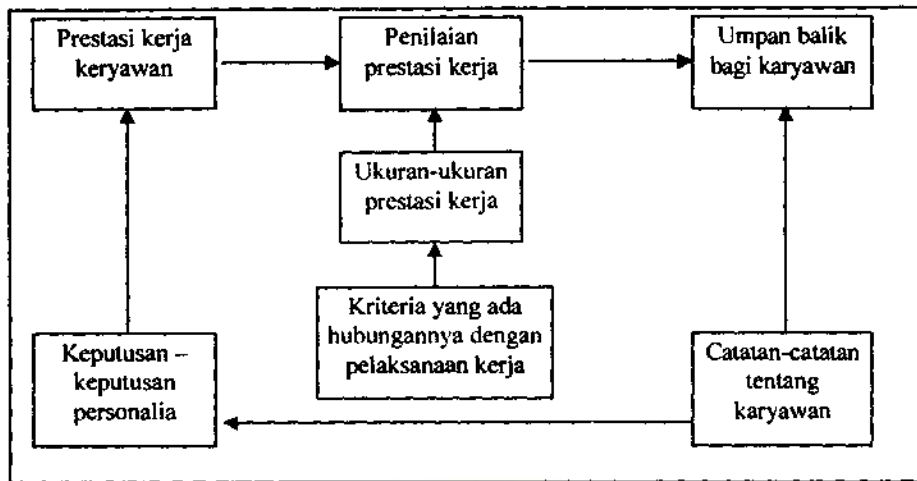
Evaluasi prestasi kerja memerlukan standar pelaksanaan kerja agar efektif, standar pelaksanaan kerja hendaknya berhubungan dengan hasil yang diinginkan pada setiap pekerjaan. Lebih lanjut, evaluasi memerlukan prestasi kerja yang dapat diandalkan.

Berbagai ukuran ini, agar berguna, harus mudah digunakan, reliable dan melaporkan perilaku kritis yang menentukan prestasi kerja (Handoko, 2000).

Ada berbagai metode untuk menilai prestasi karyawan antara lain :

1. Metode yang berorientasi masa lalu, yang mencakup antara lain *Rating scale*, *check list*, metode peristiwa kritis, *field review method*. Test dan observasi prestasi kerja, metode evaluasi kelompok yang diantaranya Metode *Ranking*, *Grading* atau *Forced distribution* dan *point allocation method*.
2. Metode yang berorientasi masa depan, mencakup antara lain penilaian diri atau *self appraisal* atau *self assessment*, penilaian psikologis atau *psychological appraisal*, pendekatan *management by objectives* atau MBO

Sistem Penilaian kerja dapat dipelajari pada gambar 2.3 dibawah ini:



Sumber : Handoko (2000) Manajemen personalia dan sumber daya manusia

Gambar 2.3 Sistem Penilaian Kinerja

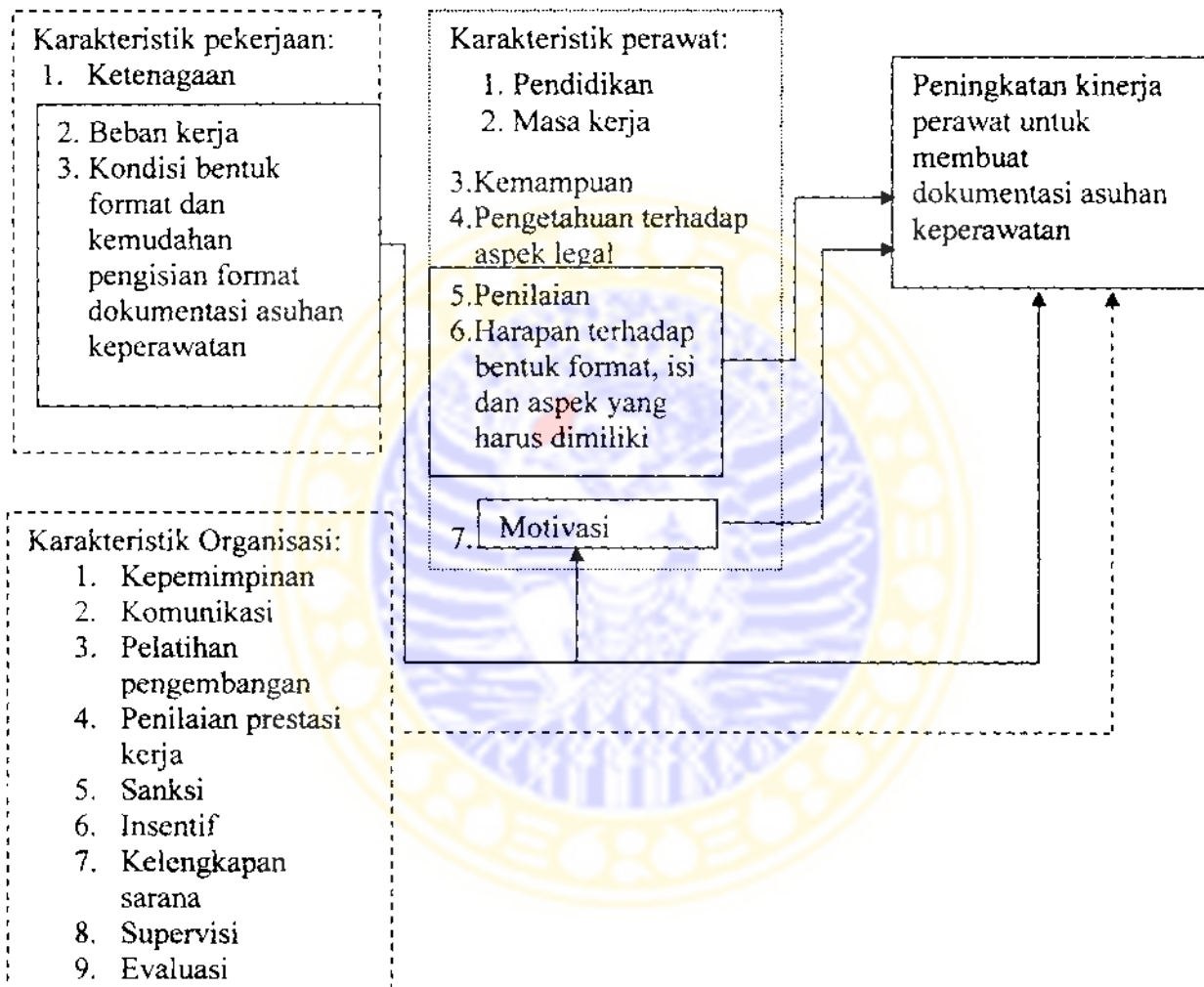
Pada gambar 2.3 dapat dipelajari bahwa penilaian prestasi kerja ditentukan dari prestasi kerja karyawan dan membandingkan dengan ukuran prestasi kerja, hasil penilaian di umpan balik ke karyawan untuk tujuan penilaian kerja. Ukuran-ukuran prestasi kerja disusun berdasarakan criteria atau standar pelaksanaan kerja.

Keputusan-keputusan personalia menempatkan karyawan dalam suatu pekerjaan berdasarkan catatan-catatan tentang karyawan. Catatan-catatan tersebut ikut menjadi pertimbangan hasil penilaian kerja yang diumpun balikkan kepada karyawan.

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL PENELITIAN

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 : Bagan Kerangka Konseptual (Modifikasi Kopelman, 1986, Robbins, 1996)

Keterangan :

- : Variabel yang diteliti
 - - - - - : Variabel yang tidak diteliti

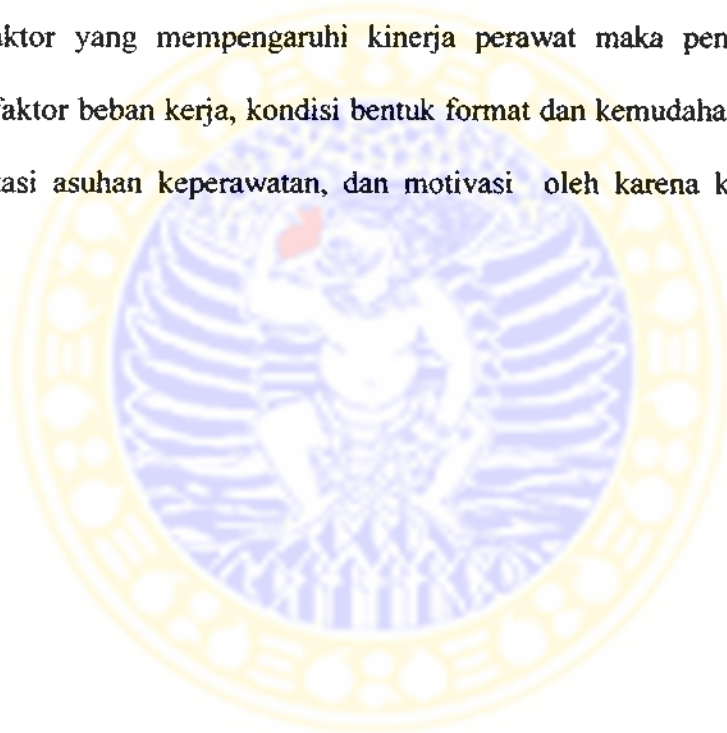
Pelayanan kesehatan merupakan bentuk pelayanan utama di rumah sakit dan pelayanan keperawatan merupakan bagian dari pelayanan kesehatan tersebut. Pelayanan keperawatan memberikan dampak paling besar terhadap pelayanan kesehatan di rumah sakit. Dengan demikian berarti posisi perawat di rumah sakit menjadi sangat penting karena perawat menentukan kualitas pelayanan khususnya pelayanan keperawatan perawat sebagai anggota tim kesehatan harus mengkomunikasikan segala informasi tentang pasien secara akurat, lengkap, tepat waktu dan dengan cara efektif. Komunikasi yang baik akan menjadi tidak berarti apabila tidak didokumentasikan secara lengkap. Keberhasilan pembuatan dokumentasi keperawatan ini tergantung dari kinerja perawat yang baik.

Peningkatan kerja perawat untuk membuat dokumentasi asuhan keperawatan adalah variabel tergantung yang merupakan respon dipengaruhi oleh variabel bebas. Variabel bebas meliputi karakteristik pekerjaan dan karakteristik organisasi. Semua variabel bebas ini dianggap sebagai penyebab timbulnya perubahan pada variabel tergantung.

Karakteristik perawat yang meliputi pendidikan, masa kerja, kemampuan, pengetahuan terhadap aspek legal, motivasi merupakan variabel antara yang dapat mengurangi efek dari variabel bebas terhadap variabel tergantung, yang pada akhirnya juga dapat mempengaruhi variabel tergantung sendiri. Sehingga dapat dikatakan bahwa peningkatan kinerja perawat untuk membuat dokumentasi asuhan keperawatan dipengaruhi :

- a. Karakteristik perawat (pendidikan, masa kerja, kemampuan, pengetahuan terhadap aspek legal dan motivasi)
- b. Karakteristik pekerjaan (ketenagaan, beban kerja, dan kondisi bentuk format).
- c. Karakteristik organisasi (kepemimpinan, komunikasi, pelatihan dan pengembangan, penilaian prestasi kerja, sanksi, insentif, kelengkapan sarana, supervisi dan evaluasi).

Dari berbagai faktor yang mempengaruhi kinerja perawat maka peneliti hanya membatasi pada faktor beban kerja, kondisi bentuk format dan kemudahan pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan, dan motivasi oleh karena keterbatasan waktu.



BAB 4

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian *observasional* yang dilaksanakan dengan melakukan pengamatan terstruktur terhadap kegiatan yang dilakukan oleh perawat baik dalam pembuatan dokumentasi asuhan keperawatan maupun tindakan keperawatan. Rancangan penelitian adalah *cross sectional study* karena penelitian dilakukan dalam periode tertentu. Berdasarkan analisis datanya penelitian ini adalah penelitian analitik karena menggunakan uji statistik. Dalam analisis datanya.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Lokasi penelitian ini dilakukan di RSUD Dr Sutomo Surabaya khususnya di Instalasi Rawat Inap. Waktu penelitian ini dimulai pada bulan Oktober 2001 sedangkan pengumpulan data dalam penelitian ini akan dimulai bulan Juni 2002 sampai pada pertengahan bulan Maret tahun 2003.

4.3 Unit Analisis, Sampel Penelitian, Besar Sampel

Unit analisis pada penelitian ini adalah Ruang rawat inap RSUD Dr Sutomo Surabaya.

Sampel penelitian diambil secara proporsional random sampling

Besar sampel dapat diperoleh dengan menggunakan rumus sebagai berikut

$$n = \frac{N.z^2.p.q}{d^2.(N-1) + z^2.p.q}$$

Keterangan:

n = besar sampel

p = estimator proporsi , jika tidak diketahui dianggap 50 %

$q = 1-p$

z = harga kurva normal yang tergantung harga alpha

N = Jumlah unit sampel (total perawat di IRNA RSUD Dr Soetomo =
545

d = Tingkat kesalahan yang dipilih ($d = 0,1$)

Dengan menggunakan rumus tersebut, yaitu jumlah unit sampel 545 orang dan penyimpangan 0,1 dan $\alpha = 0,05$ ($z = 1,96$) maka diperoleh besar sampel 82 orang perawat, berada di 6 Instalasi Rawat Inap yaitu :

- a. Ina Jiwa
- b. Ina Medik
- c. Ina Bedah
- d. Ina Anak
- e. Ina Bersalin
- f. Ina Intensive dan Reanimasi

Adapun jumlah perawat di tiap Irna dapat dipelajari pada tabel 4.1

berikut ini :

No	Instalasi Rawat Inap	Jumlah Perawat
1.	Irna Jiwa	12
2.	Irna Medik	173
3.	Irna Bedah	172
4.	Irna Anak	90
5.	Irna Bersalin	29
6.	Irna Intensive dan Reanimasi	69
Sumber : Kahid Perawatan		

Besar sampel : 82 orang

Irna Jiwa : $12/545 \times 82 = 2$

Irna Medik : $173/545 \times 82 = 26$

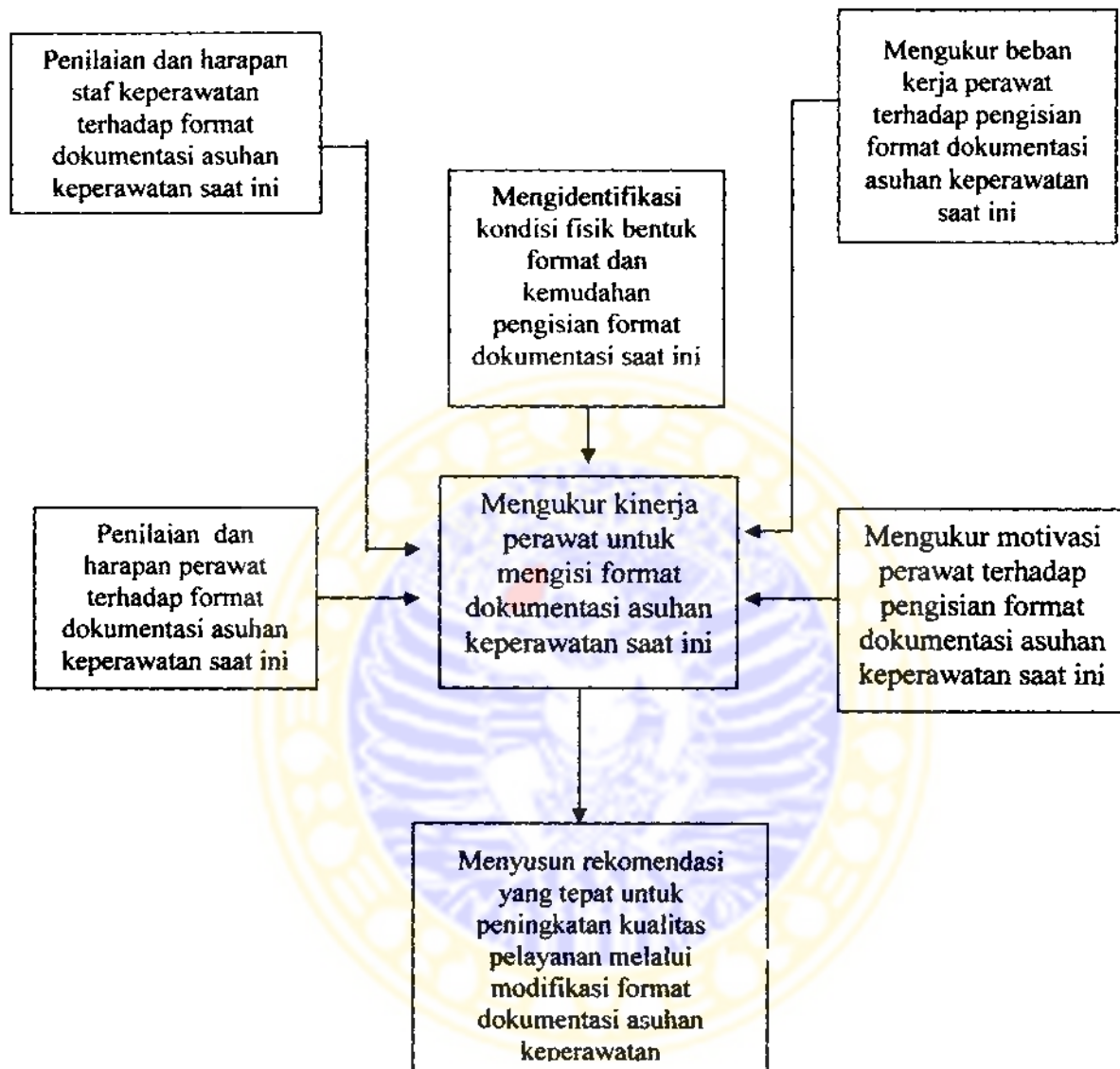
Irna Bedah : $172/545 \times 82 \approx 26$

Irna Anak : $90/545 \times 82 = 14$

Irna Bersalin : $29/545 \times 82 = 4$

Irna Intensive : $69/545 \times 82 = 10$

4.4 Kerangka Operasional Penelitian



Gambar 4.1 Kerangka operasional penelitian

4.5. **Parameter dan Variabel Penelitian**

1. Penilaian staf keperawatan dan perawat terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini
2. Beban kerja
3. Kondisi fisik bentuk format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini
4. Kemudahan terhadap pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini.
5. Motivasi perawat terhadap pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini
6. Harapan perawat dalam bentuk format, isi yang harus dimiliki

4.6. **Definisi Operasional dan Cara Pengukuran Variabel**

1. Staf keperawatan :
adalah perawat yang menduduki jabatan sebagai kepala bidang keperawatan, kepala seksi keperawatan atau kepala ruangan rawat inap yang dilakukan penelitian.
2. Perawat adalah pelaksana keperawatan yang bertugas keperawatan di ruangan rawat inap RSUD Dr. Soetomo.
3. Penilaian staf keperawatan dan perawat terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini. yang diukur adalah sebagai berikut :
 - a. Staf keperawatan dan perawat diminta untuk menilai format dokumentasi asuhan keperawatan, dan memberikan pendapatnya tentang praktis atau tidak, kelengkapannya dan jumlah lembar.

Penilaian menggunakan kuesioner dengan rentang nilai dari nol- 4, Untuk masing-masing pertanyaan terdapat 4 pilihan jawaban sebagai berikut :

1 = Sangat tidak setuju

2 = Tidak setuju

3 = Setuju

4 = Sangat setuju

Dari tiga pertanyaan didapatkan scoring sebagai berikut : skor untuk pertanyaan terendah 3 dan skor tertinggi 12, interval skor dihitung dengan cara skor maksimum dikurangi skor minimum hasilnya dibagi 4 yaitu : 2,25. Range skor antara 3-12, maka penilaian staf keperawatan dan perawat terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan dikategorikan sebagai berikut :

- 1) Kurang bila mempunyai skor antara 3 – 5,25
- 2) Cukup bila mempunyai skor antara > 5,25 – 7,5
- 3) Baik bila mempunyai skor antara > 7,5 – 9,75
- 4) Sangat baik mempunyai skor antara > 9,75-12

b. Dari no 4 ada 6 pertanyaan tambahan yang berkaitan dengan kelengkapan format dokumentasi asuhan keperawatan yang terdiri dari:

1. Format pengkajian
2. Format rekaman asuhan keperawatan
3. Format Instruksi dokter dan catatan keperawatan (DMK 7)
4. Format rencana asuhan keperawatan pasien pindah / pulang

5. Format kurva list (DMK 11)
6. Format observasi keperawatan

Lembar format ini berdasarkan atas kriteria standar asuhan keperawatan yang diterbitkan oleh Departemen Kesehatan Republik Indonesia tahun 1999 untuk masing – masing pertanyaan terdapat 4 pilihan jawaban :

- 1 = sangat tidak lengkap
- 2 = tidak lengkap
- 3 = lengkap
- 4 = sangat lengkap

Skor terendah 6 dan skor tertinggi 24, interval skor dihitung dengan cara skor maksimum dikurangi skor minimum hasilnya dibagi 4 yaitu = 4,5. Range skor antara 6 – 24 maka kelengkapan format dokumentasi asuhan keperawatan dikategorikan sebagai berikut :

- 1) Kurang bila mempunyai skor antara 6 – 10,5
- 2) Cukup bila mempunyai skor antara > 10,5 – 15
- 3) Baik bila mempunyai skor antara 16– 19,5
- 4) Sangat tinggi mempunyai skor antara > 19,5-24

- d. Harapan staf keperawatan dan perawat adalah keinginan terhadap jumlah lembar format perlu ditambah atau dikurangi dan tanggapan terhadap format perlu direvisi atau tidak perlu direvisi. Harapan tersebut diukur melalui kuesioner dalam bentuk pertanyaan terbuka
4. Kondisi fisik bentuk format adalah keadaan bentuk format dokumentasi asuhan keperawatan yang digunakan RSUD Dr. Sutomo saat ini. Kondisi

bentuk format diukur berdasarkan besar huruf, susunan kalimat, istilah atau terminologi dan sistematika/urutannya yang digunakan. Cara pengukurannya dengan cara kuesioner nomer 1 – 4. Untuk masing – masing pertanyaan terdapat 4 pilihan jawaban sebagai berikut :

1 = sangat sulit

2 = sulit

3 = mudah

4 = sangat mudah

Dari empat pertanyaan akan didapatkan skoring sebagai berikut : skor terendah 4 dan skor tertinggi 16. Interval skor dihitung dengan cara skor maksimum dikurangi skor minimum hasilnya dibagi 4 yaitu = 3. Range skor antara 4 – 16 maka kondisi bentuk format dikategorikan sebagai berikut

- 1). Kurang bila mempunyai skor antara 4 – 7
 - 2). Cukup bila mempunyai skor antara 8 – 10
 - 3). Baik bila mempunyai skor antara 11 - 13
 - 4). Sangat baik mempunyai skor antara 14-16
5. Kemudahan pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini diukur berdasarkan beberapa kriteria yaitu :
- a. Waktu adalah waktu untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan
 - b. Pemahaman adalah menguasai/memahami seluruh format dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi

- c. Tata urutan merupakan urutan format dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi
- d. Fisik merupakan bentuk fisik dari format yang harus diisi

Untuk masing-masing pertanyaan terdapat 4 pilihan jawaban sebagai berikut :

1 = sangat sulit

2 = sulit

3 = mudah

4 = sangat mudah

Dari empat pertanyaan akan didapatkan skor terendah 4 dan skor tertinggi 16. Interval skor dihitung dengan skor maksimum dikurangi skor minimum, hasilnya dibagi 4 yaitu : 3

Range skor antara 4 – 16, maka kemudahan pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan dikategorikan sebagai berikut:

- 1). Kurang bila mempunyai skor antara 4 – 7
 - 2). Cukup bila mempunyai skor antara 8 – 10
 - 3). Baik bila mempunyai skor antara 11 - 13
 - 4). Sangat baik mempunyai skor antara 14-16
6. Motivasi adalah motivasi perawat terhadap pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini adalah kemauan perawat untuk melakukan aktivitas atau kegiatan yang meliputi perasaan terpaksa, punya niat, adanya tekanan, dimensi waktu, dan beban kerja tambahan. Motivasi kerja diukur dari hasil penilaian kuesioner dari no 1 – 6. Untuk mengetahui tingkat motivasi kerja perawat setiap pertanyaan diberi nilai 1,2,3,4. Dari 6 pertanyaan akan

didapat skor sebagai berikut, skor terendah 6 dan skor tertinggi 24. Interval skor dihitung dengan cara skor maksimum dikurangi dengan skor minimum hasilnya dibagi 4 = 4,5. Range skor antara 6-24, maka motivasi perawat terhadap format dokumentasi askep saat ini dikategorikan sebagai berikut; :

- 1). Sangat rendah bila mempunyai skor antara 6 – 10,5
 - 2). Rendah bila mempunyai skor antara > 10,5 – 15
 - 3). Tinggi bila mempunyai skor antara > 15 – 19,5
 - 4). Sangat tinggi mempunyai skor antara > 19,5- 24
7. Beban kerja adalah penilaian terhadap akatifitas yang dilakukan oleh perawat. Pengukuran terhadap beban kerja yang ada dengan menggunakan formulir *time and motion study* yang diisi secara self assessment. Hasil pengukuran dinyatakan dalam proporsi penggunaan waktu kerja yang dibedakan atas beban kerja langsung yaitu beban kerja yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan (P) yaitu kegiatan fungsional, beban kerja tidak langsung yaitu beban kerja yang berhubungan dengan penunjang pelayanan keperawatan. Beban kerja tidak langsung ini terdiri dua kegiatan, yaitu kegiatan administrasi untuk pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan (AD) dan kegiatan administrasi lain (I) yaitu kegiatan untuk keperluan pribadi perawat yang dinyatakan dalam pasien

Pengukuran beban kerja meliputi :

- a. Beban kerja langsung (P) yaitu proporsi penggunaan waktu kerja dalam menit untuk melaksanakan tugas yang berhubungan dengan pelayanan kepada pasien terdiri dari :

- a. P1 : Kegiatan fungsional pagi hari
 - b. P2 : Kegiatan fungsional sore hari
 - c. P3 : Kegiatan fungsional malam hari
- b. Beban kerja tidak langsung (AD dan AL) yaitu proporsi penggunaan waktu kerja dalam melaksanakan tugas yang menunjang pelayanan keperawatan kepada pasien, meliputi administrasi dan tugas penunjang lainnya yang tidak berhubungan secara langsung kepada pasien .

Adapun kegiatan tersebut meliputi :

- 1. a) AD1 : Kegiatan administrasi untuk pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan pagi hari
 - b) AD2 : Kegiatan administrasi untuk pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan sore hari
 - c) AD3 : Kegiatan administrasi untuk pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan malam hari
 - 2. a) AL1 : Kegiatan administrasi lain pagi hari
 - b) AL2 : Kegiatan administrasi lain sore hari
 - c) AL3 : Kegiatan administrasi lain malam hari
- c. Beban kerja lain (I) yaitu proporsi penggunaan waktu kerja dalam melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan kepentingan atau keperluan pribadi dari perawat seperti istirahat, sholat, makan, minum, mandi dan keperluan yang sifatnya pribadi adapaun kegiatan ini meliputi :
- a) I1 : Uraian kegiatan istirahat, sholat makan dan minum pagi hari
 - b) I2 : Uraian kegiatan istirahat, sholat makan dan minum sore hari

c) 13 : Uraian kegiatan istirahat, sholat makan dan minum malam hari untuk mengetahui beban kerja masing-masing yang dinyatakan dalam persen Yang terpenting untuk mengetahui persentase dan kegiatan administrasi untuk pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan dibandingkan dengan kegiatan yang lain.

8. Kinerja perawat untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan Yang dimaksud kinerja dalam penelitian ini adalah hasil kegiatan atau tindakan seseorang baik kuantitas maupun kualitas.

Dalam penelitian yang akan diukur kemampuan perawat dalam mengisi seluruh kriteria format dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan check list oleh peneliti dari hasil pengisian format tersebut didalam status pasien. Check list dilakukan sesuai dengan daftar tindakan yang harus diurutkan sesuai ketentuan didalam protap yaitu meliputi :

Untuk menilai pelaksanaan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dengan cara melakukan observasi hasil pengisian tersebut distatus pasien dengan indikator :

- a. Pengkajian keperawatan dengan 6 soal
- b. Diagnosa keperawatan dengan 3 soal
- c. Perencanaan keperawatan dengan 3 soal
- d. Dokumentasi intervensi keperawatan dengan 2 soal
- e. Dokumentasi Evaluasi keperawata dengan 4 soal
- f. Catatan keperawatan dengan 4 soal

Untuk mengetahui penilaian tersebut setiap jawaban diberi skor ya= 1,tidak=0

Hasil penilaian kinerja keperawatan dalam pengisian dokumentasi askep

Kinerja baik = > 80 %

Kinerja sedang = 60- 80 %

Kinerja kurang = < 60 %

4.7 Instrumen Penelitian :

Pada penelitian ini instrumen yang digunakan adalah kuesioner, *time and motion study*.

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah :

1. Untuk penilaian staf keperawatan dan perawat terhadap format, kondisi fisik bentuk format, kemudahan pengisian format, motivasi perawat terhadap pengisian format dengan menggunakan kuisisioner dengan jenis pertanyaan yang merupakan kombinasi antara tertutup dan terbuka
2. Untuk beban kerja dengan menggunakan formulir *time and motion study* yang diisi secara *self assesment*
3. Untuk pengukuran kinerja terhadap pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan dengan menggunakan check list yang diisi oleh peneliti
4. Untuk melengkapi hasil penelitian dilakukan wawancara tidak terstruktur kepada kepala ruangan rawat inap dan pihak manajemen rumah sakit
5. Untuk menyusun rekomendasi peningkatan kualitas pelayanan melalui format dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan dengan diskusi bersama beberapa pakar dan melibatkan pihak rumah sakit.

4.8 Uji Reliabilitas dan Validitas

Untuk menguji reliabilitas dilakukan dengan cara mencobakan instrumen beberapa kali kepada responden, jadi dalam ini instrumennya sama, respondennya sama, dan waktu yang berbeda.

Untuk menguji validitasnya dilakukan validitaskonstruksi (*construct validity*) dalam hal ini setelah instrumen di konstruksi tentang aspek-aspek yang akan diukur dengan berdasarkan teori tertentu. untuk item kuesioner yang belum valid dilakukan dengan Face validity dengan pembimbing atau para ahli.

Agar data diperoleh dengan cara penyebaran kuisoner tersebut valid (sahid) dan reliabel (andal) maka perlu dilakukan uji validitas dan reliabilitas terhadap kuisoner (dalam hal ini kuisoner bagian pertama), terlebih dahulu diujicobakan pada 20 orang responden untuk kemudian di uji validitas dan reliabilitas. Setelah kuisoner bagian pertama ini sudah diuji validitas dan reliabilitas dengan uji korelasi person dan α dan cronbach yang diolah melalui komputer, maka selanjutnya kuisoner dapat dilakukan Azwar S (1992).

4.9 Pengumpulan Data

Data primer

Data primer diperoleh langsung dari subyek penelitian dengan menggunakan kuisoner yang telah diuji validitas dan reliabilitas dan wawancara terstruktur :

1. Metode pengisian kuesioner dan formulir *time and motion study*

Responden menjawab pertanyaan pada kuesioner dimana setiap pertanyaan yang diajukan disertai beberapa alternatif jawaban yang telah diarahkan dan disesuaikan dengan pokok masalah dan tujuan penelitian .

2. Metode

Wawancara merupakan proses percakapan secara langsung dengan responden yang terstruktur. Cara ini berguna jika ada responden yang kurang jelas menanggapi kuesioner yang telah disediakan .

4.9.2 Data sekunder

Data sekunder adalah data yang tersedia dibagian kepegawaian dan bidang keperawatan rumah sakit Dr Soetomo Surabaya

4.10 Analisis Data

Analisis data primer diolah secara deskriptif untuk ditampilkan dalam bentuk tabulasi atau distribusi frekuensi.

Analisis beban kerja ditampilkan dalam bentuk tabulasi dengan persentase.

Analisis kinerja ditampilkan dalam bentuk tabulasi dan dilakukan cross tab (tabulasi silang) dengan variabel yang lain.

BAB 5**HASIL PENELITIAN****5.1 Gambaran Umum Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Dr Soetomo**

RSUD Dr Soetomo Surabaya adalah rumah sakit umum yang dimiliki oleh Pemerintah Propinsi Jawa Timur yang berlokasi di Jalan Mayjen Prof. Dr. Moestopo 6- 8 Surabaya, Kelurahan Airlangga, Kota Surabaya. Menempati sebidang tanah dengan luas 163.875 m² dan luas bangunan seluas 74.173 m².

RSUD Dr. Soetomo merupakan rumah sakit pendidikan dan sebagai rumah sakit type A yang merupakan puncak rujukan tertinggi untuk wilayah Indonesia Timur berdasarkan Peraturan daerah Propinsi Daerah Tingkat I Jawa Timur Nomor 9 tahun 1985 tanggal 14 September 1985, dan bertanggung jawab kepada Gubernur Kepala daerah Tingkat I Jawa Timur. Sejak tahun 1998 RSUD Dr. Soetomo Surabaya telah dikonversi menjadi Rumah Sakit Swadana daerah sesuai dengan Peraturan Daerah nomor 7 tahun 1998, namun baru berjalan efektif 1 April 1999.

Sebagai rumah sakit pendidikan, RSUD Dr. Soetomo Surabaya bersama-sama dengan Fakultas Kedokteran Umum dan Fakultas kedokteran Gigi Universitas Airlangga mendidik para calon dokter ahli, dokter umum, dokter gigi, sarjana keperawatan serta ahli madya kesehatan lainnya. Disamping itu RSUD Dr. Soetomo Surabaya juga mendapat tempat pendidikan bagi calon tenaga kesehatan bekerja sama dengan institusi pendidikan kesehatan diluar fakultas Kedokteran, baik yang berasal dari Propinsi Jawa Timur maupun yang dari luar Propinsi Jawa Timur.

5.1.1 Visi, Misi dan Motto RSUD Dr. Soetomo

Visi dari RSUD Dr Soetomo sebagaimana yang ditetapkan dengan SK Direktur RSUD Dr. Soetomo no. 188.4/4077/350/SK/1997 tanggal 9 Oktober 1997 adalah mengembangkan RSUD Dr. Soetomo sebagai rumah sakit terbaik dan terpadang di Indonesia dengan cirri-ciri keluaran aman, informatif, efektif, efisien, mutu, manusiawi dan memuaskan (AIEEMMM)

Untuk mencapai visi tersebut, RSUD Dr. Soetomo Surabaya mempunyai misi sebagai berikut :

1. Pemuka dalam pelayanan
2. Pemuka dalam pendidikan
3. Pemuka dalam penelitian

Sedangkan motto dari RSUD Dr. Soetomo Surabaya yang dilaksanakan oleh segenap karyawannya adalah “Saya senantiasa mengutamakan kesehatan penderita”

5.1.2 Ketenagaan RSUD Dr. Soetomo

RSUD Dr. Soetomo selaku rumah sakit rujukan tertinggi wilayah Indonesia bagian timur dituntut senantiasa memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien dan pengunjung rumah sakit. Untuk itu maka RSUD Dr. Soetomo Surabaya berusaha memenuhi kebutuhan akan sumber daya manusia yang berkualitas demi terselenggara pelayanan yang terbaik kepada pasien dan pengunjung rumah sakit. Selain itu juga menyediakan tempat tidur sebagai sarana perawatan kepada masyarakat.

Adapun keadaan ketenagaan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya sampai dengan September 2001 disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 5.1 Jenis Tenaga Di RSUD Dr Soetomo Surabaya Tahun 2001

No	Jenis Tenaga	Jumlah	Presentase
1	Dokter spesialis	403	8,64
2	Dokter Umum	15	0,32
3	Dokter gigi	43	0,92
4	Keperawatan	1075	23,06
5	Kefarmasian	60	1,28
6	Kesehatan Masyarakat	24	0,51
7	Gizi	35	0,75
8	Keterampilan fisik	35	0,75
9	Ketehnisian	121	2,59
10	Mahasiswa Program Pendidikan Dokter Spesialis (PPDS)	569	12,2
11	Harian	878	18,0
12	Lain-lain *	1402	30,8
Total		4660	100,0

Sumber : Data sekunder RSUD Dr Soetomo tahun 2001

Keterangan : Lain-lain adalah yang berlatar belakang pendidikan dan keahliannya tidak termasuk dalam klasifikasi yang tercantum dalam tabel, seperti Sarjana Ekonomi, Sarjana Hukum, lulusan SMU/Sederajat, lulusan SMP/ sederajat, lulusan SD/ sederajat, dan tidak mendapatkan pendidikan formal disekolah.

Berdasarkan data diatas, didapatkan informasi bahwa komposisi ketenagaan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya terbanyak merupakan tenaga lain-lain, yaitu sebanyak 1.402 orang (30,8%). Sedangkan tenaga keperawatan menduduki peringkat kedua sebesar 1075 orang (23,06%), tenaga keperawatan merupakan jenis tenaga yang cukup besar perannya dalam pelayanan rumah sakit. Komposisi terkecil adalah dokter umum, yaitu sebanyak 15 orang (0,32%)

5.1.3 Tempat tidur RSUD Dr. Soetomo

Adapun jumlah tempat tidur per kelas perawatan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya sampai dengan tahun 2001/2002 disajikan dalam tabel berikut

Tabel 5.2 Jumlah tempat tidur perkelas perawatan di RSUD Dr. Soetomo Surabaya, tahun 2001/2002

No	Klas perawatan	Jumlah	Persentase
1	Kelas III	874	69,1
2	Kelas II	244	19,3
3	Kelas I	26	2,1
4	Pavilyun	120	9,5
Total		1.554	100,0

Sumber : Profil dan sejarah singkat RSUD Dr. Soetomo Surabaya , tahun 2001

Dari tabel 5.2 diatas , didapatkan informasi bahwa jumlah tempat tidur di RSUD Dr. Soetomo Surabaya sampai dengan tahun 2001/2002 untuk kelas III adalah sebanyak 874 tempat tidur (69,1%), sedangkan untuk kelas II sebanyak 244 tempat tidur (19,3%), Kelas I sebanyak 26 tempat tidur (2,1%) dan Pavilyun sebanyak 210 tempat tidur (9,5%).

5.2 Gambaran Umum Responden Penelitian

Sebagai responden penelitian adalah perawat dari enam instalasi Rawat inap RSUD Dr Soetomo seluruhnya berjumlah 545 orang. Sampel penelitian diambil sebanyak 82 orang disajikan dalam tabel berikut :

Tabel 5.3 Jumlah Sampel Perawat Tiap Ruang Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Sutomo Tahun 2003

No	IRNA	Ruangan	Jumlah Perawat
1.	Jiwa	Jiwa A	2 orang
2.	Medik	Syaraf A	9 orang

3.		Syaraf B	5 orang
4		Interna II	6 orang
5.		Interna Wanita	6 orang
6.	Bedah	Bedah G	15 orang
7.		Bedah F	11 orang
8.	Anak	Neonatus	5 orang
9.		Anak	5 orang
10.		Anak Menular	4 orang
11	Bersalin	Bersalin I	4 orang
12.	Intensive dan Reanimasi	ICU	10 orang

Gambaran diskriptif pada penelitian ini, meliputi jenis kelamin, umur, golongan, pendidikan, lama kerja sebagai perawat, lama kerja di RSUD Dr Soetomo, lama kerja di ruangan, pernah tugas diruangan lain, dinas secara shift, penanggung jawab, pernah ikut training , seperti terlihat pada tabel pada tabel 5.4 sampai 5.12

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Jenis kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Pria	15	18,3
2	Wanita	67	81,7
Total		82	100,0

Dari tabel diatas terlihat bahwa sebagian besar responden dalam penelitian sebesar 67 orang (81,7%) wanita adalah empat kali lipat jumlah responden pria.

Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Umur Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Umur (tahun)	Frekuensi	Persentase
1	20-30	26	31,7
2	31-40	29	35,3
3	41-50	24	29,3
4	51-55	3	3,7
Total		82	100,0

Dari tabel diatas terlihat bahwa responden yang termasuk kelompok umur produktif yaitu 20-30 tahun (31,7%) dan 31-40 tahun (35,3%) sehingga bisa diharapkan mencapai kualitas kerja yang tinggi. Keadaan ini memudahkan rumah sakit untuk melakukan pengembangan dan perubahan kinerja perawat.

Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Golongan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Golongan	Frekuensi	Persentase
1	II	30	36,6
2	III	36	43,9
3	Honorer	16	19,5
Total		82	100,0

Dari tabel diatas menunjukkan bahwa menurut golongan pangkat sebagian golongan II dan golongan III (80,5 %) atau dengan kata lain sudah menjadi pegawai negeri sipil sehingga diharapkan kinerja perawat akan lebih baik daripada pegawai honorer karena mereka mendapatkan penghasilan yang lebih baik

Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pendidikan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Pendidikan	Frekuensi	Persentase
1	SPK/SPR	26	31,7
2	AKPER	48	58,5
3	D4Keperawatan Pendidik	1	1,2
4	S1Keperawatan/SKM	7	8,5
Total		82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar (68,2%) responden mempunyai latar belakang pendidikan AKPER, D4Keperawatan Pendidik, dan SIKeperawatan/SKM, menunjukkan sebagian besar perawat memiliki tingkat pendidikan yang cukup tinggi dan merupakan potensi yang besar dalam mengembangkan pelayanan rumah sakit .

Tabel 5.8 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Lama Kerja Di Insatalasi Rawat Inap RSUD. Dr Soetomo Tahun 2003

No	Lama kerja(tahun)	Frekuensi	Persentase
1	1-5	14	17,1
2	6-10	19	23,2
3	11-15	21	25,6
4	>15	28	34,1
Total		82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa hampir 35% responden mempunyai masa kerja lebih dari 15 tahun.

Masa kerja yang lebih lama dalam suatu pekerjaan akan lebih produktif daripada mereka yang masa kerjanya lebih rendah.

Tabel 5.9 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Dinas Jaga Saat Ini Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Surabaya Tahun 2003

No	Dinas jaga saat ini	Frekuensi	Persentase
1	Pagi dan sore	4	4,9
2	Sore	8	9,8
3	Pagi,sore dan malam	55	67,1
4	Malam	3	3,7
5	Lain-lain	12	14,6
Total		82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar perawat dinas pagi, sore dan malam atau shift (67.1%) sehingga penulisan dokumen asuhan keperawatan

dapat dikerjakan secara berkesinambungan dan diharapkan dikerjakan dengan secara kontinyu.

Tabel 5.10 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Penanggung Jawab Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Penanggung jawab	Frekuensi	Persentase
1	Penanggung jawab obat dan alat	17	20,7
2	Penanggung jawab pengisian dokumen asuhan keperawatan	6	7,3
3	Penanggung jawab SDM	7	8,5
4	Pendidikan	10	12,2
5	Pelaksana keperawatan	42	51,2
Total		82	100,0

Dari tabel diatas responden yang tidak mendapatkan tugas tambahan selain melaksanakan asuhan keperawatan cukup banyak (51,2%), diharapkan mereka dapat mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap dan benar karena mempunyai cukup waktu untuk itu.

Tabel 5.11 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengisian Dokumentasi Askep Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Surabaya Tahun 2003

No	Pengisian dokumentasi askep	Frekuensi	Persentase
1	Ya	77	93,9
2	Tidak	5	6,1
Total		82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa sebagian besar perawat (93,9%) bertugas mengisi dokumentasi asuhan keperawatan, dan hanya (6,1%) yang tidak bertugas mengisi dokumentasi asuhan keperawatan, karena mereka sebagai supervisi yang mengawasi dan bertanggung jawab dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan.

Tabel 5.12 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Training Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Ikut pelatihan	Frekuensi	Persentase
1	Tidak pernah	46	56,1
2	Pernah	36	43,9
Total		82	100,0

Dari tabel diatas terlihat bahwa (56,1%) menyatakan tidak pernah mendapatkan pelatihan khusus tentang asuhan keperawatan, tetapi ketrampilan ini telah diperoleh pada waktu mengikuti pendidikan formal keperawatan dan bimbingan langsung dari para supervisor diruangan masing-masing sebagai penanggung jawab asuhan keperawatan.

5.3 Gambaran Variabel Penelitian

5.3.1 Karakteristik Perawat

Penilaian perawat terhadap format dokumentasi Asuhan Keperawatan saat ini meliputi format dokumentasi cukup praktis, kelengkapan jumlah lembar dan tanggapan terhadap format tersebut seperti terlihat pada tabel 5.13 sampai dengan tabel 5.16.

5.3.1.1 Penilaian Perawat Terhadap Format Dokumentasi Askep Saat Ini

Tabel 5.13 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Cukup Praktis Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Dokumen praktis	Frekuensi	Persentase
1	Sangat tidak setuju	1	1.2
2	Tidak setuju	55	67.1
3	Setuju	25	30.5
4	Sangat setuju	1	1,2
Total		82	100,0

Dari tabel diatas terlihat bahwa 67,1% responden menyatakan bahwa format dokumentasi asuhan keperawatan tidak praktis karena banyak data yang tumpang tindih terutama pada DMK 11 dan dalam lembar observasi pasien.

Tabel 5.14 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Kelengkapan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Kelengkapan Format Dokumentasi Askep	Frekuensi	Persentase
1	Sangat tidak lengkap	1	1,2
2	Tidak lengkap	22	26,6
3	Lengkap	58	70,7
4	Sangat lengkap	1	1,2
Total		82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat penilaian perawat terhadap kelengkapan Format dokumentasi asuhan keperawatan (70,7%) menjawab lengkap, sedangkan (26,6 %) menjawab tidak lengkap.

Tabel 5.15 Distribusi Frekuensi Responden Tentang Jumlah Lembar Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Yang Harus Diisi Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo 2003

No	Dokumen Askep Memadai	Frekuensi	Persentase
1	Sangat banyak	6	7,3
2	Banyak	45	54,9
3	Sedikit	31	37,8
4	Sangat sedikit	-	-
Total		82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa (54,9%) responden menilai lembar format dokumentasi asuhan keperawatan banyak dan (7,3%) sangat banyak.

Harapan sebagian perawat adalah format asuhan keperawatan harus cukup jelas, praktis dan simpel, sehingga format perlu dipersingkat dan sesuai spesialisasinya.

Tabel 5.16 Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Tanggapan Terhadap Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

No	Tanggapan Terhadap Format	Frekuensi	Persentase
1	Sangat perlu direvisi	10	12,2
2	Perlu direvisi	58	70,7
3	Tidak perlu direvisi	14	17,1
4	Sangat tidak perlu direvisi	-	
Total		82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa (70,7%) responden memberikan tanggapan terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan perlu direvisi dan (12,2%) sangat perlu direvisi. Dengan harapan format asuhan keperawatan diisi dengan sistem check list, format dipersingkat sehingga status bisa terisi dan format menjadi cukup simple dan praktis.

5.3.1.2 Motivasi Kerja Perawat Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Motivasi kerja perawat terhadap pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan meliputi : terhadap pengisian format, niat untuk mengisi, merasa tegang/tertekan untuk mengisi, pendapat tentang pengisian format serta interupsi keluarga pasien terhadap perawat.

Tabel 5.17 Motivasi Perawat Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

Motivasi Pengisian Format Dokumentasi			
No		Frekuensi	Persentase
1	Sangat tidak termotivasi	2	2.4
2	Tidak termotivasi	11	13.4
3	Termotivasi	65	79.3
4	Sangat termotivasi	4	4.9
Total		82	100.0

Dari tabel diatas terlihat bahwa perawat termotivasi untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan (79,3%) dan sangat termotivasi (4,9%)

Tabel 5.18 Motivasi Perawat Terhadap Mengisi Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

Motivasi Mengisi Form Dok			
No		Frekuensi	Persentase
1	Sangat terpaksa	3	3.7
2	Terpaksa	23	28.0
3	Tidak terpaksa	56	68.3
	Total	82	100.0

Dari tabel diatas terlihat bahwa perawat tidak terpaksa (68,3%) karena mereka menyadari bahwa pengisian format tersebut merupakan bagian dari pekerjaan mereka.

Tabel 5.19 Niat Perawat Untuk Mengisi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

Niat Mengisi Format Dok			
No		Frekuensi	Persentase
1	Sangat tidak punya niat	1	1.2
2	Tidak punya niat	12	14.6
3	Punya niat	67	81.7
4	Sangat punya niat	2	2.4
	Total	82	100.0

Dari tabel diatas terlihat bahwa perawat mempunyai niat untuk mengisi dokumentasi asuhan keperawatan (81,7%) dan sangat punya niat (2,4%) karena perawat khususnya punya rasa loyalitas didalam pekerjaanya.

Tabel 5.20 Perawat Merasa Tegang Untuk Mengisi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Tegang /Tekanan Untuk Mengisi Form		
		Frekuensi	Pesentase
1	Tidak pernah sama sekali	6	7.3
2	Tidak pernah	22	26.8
3	Sering	31	37.8
4	Sangat sering	23	28.0
	Total	82	100.0

Dari tabel diatas terlihat bahwa perawat sering merasa tegang (37,8%) dan sangat sering merasa tegang (28%), karena mereka mendapat beban pekerjaan yang bermacam-macam sehingga mereka merasa tegang dan tidak bisa menyelesaikan pekerjaanya

Tabel 5.21 Pendapat Perawat Tentang Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Waktu Dinas Usai		
		Frekuensi	Pesentase
1	Isi form spi selesai	9	11.0
2	Semampunya	29	35.4
3	Diserahkan pengganti	30	36.6
4	Tidak perlu dikerjakan	14	17.1
	Total	82	100.0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa dokumentasi dapat diserahkan pada pengganti yang tugas bila melewati jam tugas (36,6%) yang seharusnya tiap perawat yang melaksanakan asuhan keperawatan harus mendokumentasi hasil asuhan keperawatan yang dia laksanakan, tidak dilaksanakan untuk didokumentasi oleh orang lain.

Tabel 5.22 Interupsi Keluarga Pasien Kepada Perawat Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

Interupsi keluarga pasien			
No		Frekuensi	Persentase
1	Segera memenuhi panggilan	76	92.7
2	Digantikan teman dan memenuhi panggilan	5	6.1
3	Memenuhi panggilan setelah mengisi form selesai	1	1.2
		82	100.0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa perawat pada saat mengisi dokumentasi asuhan keperawatan dan tiba-tiba keluarga memanggil maka perawat harus segera memenuhi panggilan (92,7%), hal ini sesuai dengan standar perawatan dan etika perawatan

Karakteristik Pekerjaan Perawat

5.3.2.1 Beban kerja

Beban kerja meliputi beban kerja fungsional, beban kerja administrasi pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan, beban kerja administrasi lain dan istirahat. Tabel 5.23 mengenai beban kerja di instalasi rawat inap di halaman.....

Dari tabel 5.23 dapat dilihat seluruh hasil kegiatan fungsional (P) di tiap Instalasi Rawat Inap menunjukkan kecenderungan penurunan kinerja keperawatan dari dinas pagi, sore dan malam. Hal ini disebabkan aktifitas pekerjaan dilaksanakan dari pagi hingga siang hari tentu tentu saja kinerja lebih tinggi . Hasil penelitian menunjukkan kegiatan fungsional pagi hari (P1) yang paling rendah adalah Irna Jiwa sebesar 62,1%, sedangkan ruang bedah F paling tinggi sebesar 73,5%. Pada kegiatan

fungsional sore hari (P2) yang paling rendah adalah Irna Jiwa dengan presentase sebesar 53,3% sedangkan yang paling tinggi Ruangan Bedah F sebesar 73,5%. Pada kegiatan fungsional malam hari (P3) presentase yang paling rendah adalah pada Irna Jiwa dengan presentase sebesar 51,0%, sedangkan paling tinggi Pada ruangan Bedah F dengan presentase sebesar 57,9%. Meskipun Ruangan Bedah F menunjukkan kecenderungan menurun dari kegiatan fungsional pagi hari (P1), kegiatan fungsional sore hari (P2) dan kegiatan fungsional malam hari (P3) tetap lebih tinggi dari pada kinerja keperawatan Instalasi Rawat Inap yang lain.

Dari tabel 5.23 dapat diperoleh hasil kegiatan administrasi untuk pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan (AD) yang paling rendah didominasi oleh Ruang Bedah F pada shift pagi sebesar 7,0%, shift sore sebesar 6,6% dan pada shift malam sebesar 4,2% sedangkan kegiatan administrasi untuk pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan yang paling tinggi adalah Irna Jiwa pada shift pagi sebesar 13,9%, pada shift sore 15,8% dan pada shift malam sebesar 8,8%. Selain Irna Jiwa pada shift malam kegiatan administrasi untuk presentasinya menunjukkan angka tinggi adalah pada ruangan Irna Intensive dan Reanimasi sebesar 8,8%. Hal ini bila dikaitkan dengan Tabel 5.23 dapat diketahui bahwa ada hubungan yaitu semakin tinggi beban kerja untuk kegiatan fungsional akan semakin mudah kegiatan untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan sebaliknya jika semakin rendah kegiatan fungsional akan semakin tinggi waktu untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan

Beban kerja kegiatan administrasi lain meliputi menulis dan menghitung ongkos perawatan, bon alat rumah tangga, bon makanan pasien, menulis permintaan obat, membuat jadwal absen, menulis inventaris dan lain-lain

Dari tabel 5.23 dapat diperoleh hasil uraian kegiatan administrasi lain (AL) presentasinya yang menunjukkan angka paling rendah adalah pada shift pagi di Irna Intensive dan Reanimasi dengan presentase sebesar 2,8%, pada shift sore juga di Irna Intensive dan Reanimasi dengan presentase sebesar 2,4% dan pada shift malam justru di Ruang bedah G, sedangkan kegiatan administrasi lain yang presentasinya angkanya yang menunjukkan paling tinggi adalah shift pagi di Irna jiwa dengan presentase sebesar 9,4%, shift sore di Ruangan Syaraf B dengan presentase sebesar 8,0% dan shift malam adalah Ruangan menular dengan presentase sebesar 6,1%.

Dari hasil tabel 5.23 dapat diambil kesimpulan bahwa kemungkinan perawat mempunyai waktu tambah untuk kegiatan administrasi lain (AL) Pada shift pagi di Irna Jiwa, pada shift justru pada ruangan Saraf B sedangkan pada shift malam pada ruangan tidak menular.

Dari tabel 5.23 dapat diperoleh hasil uraian kegiatan istirahat, sholat makan dan minum (I) di tiap Instalasi Rawat Inap menunjukkan peningkatan istirahat dari dinas pagi, dinas sore dan dinas malam. Hal ini disebabkan aktifitas pekerjaan paling banyak dilaksanakan pada pagi hari sehingga pada sore hari dan malam hari istirahat lebih panjang waktunya dari pada pagi hari. Hasil penelitian menunjukkan istirahat pagi hari (I1) paling rendah adalah Irna Intensive dan Reanimasi dan ruangan Neonatus persentasenya sama yaitu 13,1%. Pada istirahat sore hari (I2) yang paling rendah Ruangan Anak sebesar 12,8%, sedangkan paling tinggi Irna Jiwa sebesar 25,0%. Pada istirahat malam hari (I3) yang paling rendah adalah Irna Intensive dan Reanimasi sebesar 33,1% sedangkan paling tinggi Irna Jiwa sebesar 37,0%.

No	Instalasi Rawat Inap	KF			AD			AL			I		
		P1	P2	P3	AD 1	AD 2	AD 3	AL 1	AL 2	AL 3	I 1	I 2	I 3
1	Irma Jiwa	62,1	53,3	51,0	13,9	15,8	8,8	9,4	5,9	3,2	14,6	25,0	37,0
2	Irma Bersalin	64,5	64,2	51,6	13,2	13,3	8,2	8,8	5,1	3,3	13,5	17,4	36,9
3	Irma Medik												
a	Syaraf A	67,3	63,6	53,0	11,0	11,3	7,5	9,3	6,9	4,8	12,4	18,2	34,7
b	Syaraf B	66,0	65,4	52,6	13,2	13,3	8,1	7,5	8,0	5,2	13,3	13,3	34,1
c	Interna II	66,7	66,5	53,0	9,3	10,4	7,5	7,6	6,9	3,6	16,4	16,2	35,9
d	Interna Wanita	65,7	66,9	53,6	12,1	11,0	7,2	5,7	5,0	3,8	16,5	17,1	35,4
4	Interna Bedah												
a	Bedah F	73,5	73,5	57,9	7,0	6,6	4,2	4,5	4,7	3,4	15	15,2	34,5
b	Bedah G	65,4	65,9	52,8	12,6	12,3	7,6	5,5	5,1	3,1	16,5	16,7	36,5
5	Irma Anak												
a	Neonatus	72,6	71,7	54,3	10,8	11,4	7,4	3,5	4,1	3,9	13,1	12,8	34,4
b	Ruang Anak	71,2	69,9	53,8	10,5	10,6	7,4	4,3	5,1	5,1	14,0	14,4	33,9
c	Ruang Anak Menular	69,3	70,5	53,4	10,5	9,9	7,1	6,0	4,4	6,1	14,2	15,2	33,4
6	Irma Intensive dan Rear	71,6	71,3	54,3	12,5	12,5	8,8	2,8	2,4	3,8	13,1	13,8	33,1

keterangan

- KF : kegiatan Fungsional
AD :Administrasi Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan
AL :Kegiatan Administrasi Law
I :kegiatan Istirahat
P1 :Kegiatan Fungsional Pagi Hari
P2 :Kegiatan Fungsional Sore Hari
P3 :Kegiatan Fungsional Malam Hari
AD1 :Kegiatan Administrasi Untuk Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan Pagi Hari
AD 2 :Kegiatan Administrasi Untuk Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan Sore Hari
AD 3 :Kegiatan Administrasi Untuk Pengisian Dokumentasi Asuhan Keperawatan Malam Hari
AL 1 :Kegiatan Administrasi Lain Pagi Hari
AL 2 :Kegiatan Administrasi Lain Sore Hari
AL 3 :Kegiatan Administrasi Lain Malam Hari
I 1 :Uraian Kegiatan Istirahat, Sholat, Makan, dan Minum Pagi Hari
I 2 :Uraian Kegiatan Istirahat, Sholat, Makan, dan Minum Sore Hari
I 3 :Uraian Kegiatan Istirahat, Sholat, Makan, dan Minum Malam Hari

5.3.2.2 Kondisi Fisik Bentuk Format

Kondisi bentuk format adalah bentuk format yang dilihat dari bentuk huruf yang mudah dibaca, istilah/terminology dan sistematika yang digunakan pada format dokumentasi asuhan keperawatan.

Tabel 5.24 Penilaian Responden Terhadap Kondisi Fisik Bentuk Format Dokumentasi Asuhan keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

No	Kondisi Fisik Bentuk Format	Frekuensi	Persentase
1	Sangat sulit	-	-
2	Sulit	21	25,8
3	Mudah	54	65,9
4	Sangat mudah	2	8,3
Total		82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa 65,9% penilaian perawat terhadap kondisi fisik bentuk format dokumentasi asuhan keperawatan mudah dibaca, karena hurufnya besar, istilah, sistematika maupun susunan kalimatnya jelas.

5.3.2.3 Kemudahan Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Kemudahan terhadap pengisian format meliputi : waktu mengisi, pemahaman tata urutan, fisik untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi.

Tabel 5.25 Penilaian Responden Terhadap Dimensi Waktu, Pemahaman Tata Urut, Fisik Untuk Mengisi Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Pernyataan	Waktu		Pemahaman		Tata urutan		Fisik	
		f	P	f	p	f	p	f	p
1	Sangat sulit	14	17,1	1	1.2	1	1.2	1	1.2
2	Sulit	29	35,4	13	15.9	10	12.2	10	12.2
3	Mudah	38	46,3	66	80.5	70	85.4	70	85.4
4	Sangat mudah	1	1,2	2	2.4	1	1.2	1	1.2
Total		82	100,0	82	100,0	82	100,0	82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa perawat masih memperlama waktu untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan sulit yaitu 35,4% dan sangat sulit 17,1.

Pada umumnya ruangan dengan kapasitas pasien banyak dan ketergantungan layanan keperawatan tinggi, serta tenaga yang kurang akan memerlukan waktu yang lebih banyak. Akan tetapi pada aspek pemahaman, tata urut dan fisik format asuhan keperawatan sebagian besar responden beranggapan bahwa mudah untuk mengisi format tersebut.

5.3.3. Kinerja Perawat Berdasarkan Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tabel 5.26 Distribusi Frekuensi Kinerja Perawat Berdasarkan Penerapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

No		Pengkajian		Diag kep		Rencana kep		Dok intervensi		Dok evaluasi		Catatan kep	
		F	P	F	P	F	P	F	P	F	P	F	P
1	Tidak	32	39	39	47,6	42	51,2	49	59,8	61	81,7	8	9,8
2	Ya	50	61	43	52,4	40	48,8	33	40,2	15	18,3	74	90,2
		82	100	82	100,0	82	100,0	82	100,0	82	100,0	82	100,0

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa urutan dari pengisian dokumentasi aspek yang sering tidak diisi yaitu dokumentasi evaluasi (81,7 %). Adapun dokumentasi intervensi (59,8%) dan rencana keperawatan sebanyak (51,2%) mengatakan masih sulit disebabkan karena perawat harus mencari masalah keperawatan, merencanakan, melaksanakan dan melakukan evaluasi.

5.3.4 Penilaian Staf Keperawatan (Kabid, Kasi Karu) Terhadap Format Dokumentasi Keperawatan

Tabel 5.27 Distribusi Frekuensi Staf Keperawatan Berdasarkan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

No	Dokumentasi praktis	Frekuensi	Presentase
1	Sangat tidak Setuju	2	10
2	Tidak Setuju	14	70
3	Setuju	2	10
4	Sangat Setuju	2	10

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa (70%) staf keperawatan menyatakan bahwa format dokumentasi asuhan keperawatan kurang praktis, sehingga mereka beranggapan format tersebut perlu di modifikasi supaya lebih mudah mengisinya.

Tabel 5.28 Distribusi Frekuensi Staf Keperawatan Berdasarkan Kelengkapan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

No	Kelengkapan Format Dokumentasi Askep	Frekuensi	Presentase
1	Lengkap	19	95
2	Sangat lengkap	1	5
	Total	20	100

Dari tabel diatas dapat dipelajari bahwa penilaian staf keperawatan terhadap kelengkapan format dokumentasi asuhan keperawatan semua (95%) menjawab lengkap dan (5%) sangat lengkap mereka beranggapan format tersebut sudah lengkap dan sesuai standar

Tabel 5.29 Distribusi Frekuensi Staf Keperawatan Tentang Jumlah Lembar Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Yang Harus Diisi Di RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

No	Dokumen Askep Memadai	Frekuensi	Presentase
1	Sangat banyak	2	10
2	Banyak	10	50
3	Sedikit	7	35
4	Sangat sedikit	1	5
	Total	20	100

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa (50%) staf keperawatan menilai lembar format dokumentasi asuhan keperawatan banyak dan (10%) sangat banyak. Harapan sebagian staf keperawatan membutuhkan tiap pasien sudah ada lembar format, format perlu dipersingkat dan format sesuai dengan spesialisasinya.

Tabel 5.30 Distribusi Frekuensi Staf Keperawatan Berdasarkan Tanggapan Terhadap Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Tanggapan terhadap format	Frekuensi	Presentase
1	Sangat perlu direvisi	4	20
2	Perlu direvisi	13	65
3	Tidak perlu direvisi	3	15
	Total	20	100

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa (65 %) staf keperawatan memberikan tanggapan terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan perlu direvisi dan (20%) sangat perlu direvisi. Harapan dari mereka format tinggal mengisi dan memakai system check list, format dibuat lebih simpel dan praktis dan format sesuai dengan spesialisasinya.

Tabel 5.31 Hubungan Jenis Kelamin Responden Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

No	Jenis Kelamin	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Laki – laki	10	66,7	2	13,3	3	20,0	15	100
2	Perempuan	31	46,3	7	10,4	29	43,3	67	100

Dari tabel di atas berkaitan dengan kinerja keperawatan dengan nilai kurang diperoleh jenis kelamin laki-laki sebesar 66,7%, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik diperoleh jenis kelamin perempuan dengan 43,3%. Hal ini menunjukkan bahwa laki-laki mempunyai kecenderungan untuk kurang dalam pelaksanaan kinerja kelompok umur

Tabel 5.32 Hubungan Umur Responden Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003.

No	Grup Umur	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	20-30	16	61,5	1	3,8	9	34,6	26	100
2	31-40	16	55,2	6	20,7	7	24,1	22	100
3	41-50	7	29,2	2	8,3	15	62,5	24	100
4	51-55	2	66,7	0	0	1	33,3	3	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil bahwa kinerja keperawatan dengan nilai kurang responden dengan umur antara 51-55 tahun sebesar 66,7% namun demikian responden hanya 2 orang, oleh karena itu yang menjadi perhatian pada nilai yang kurang justru kelompok umur 20-30 tahun sebesar 61,5% dan umur 31-40 tahun sebesar 55,2%, masalahnya masih tergolong usia produktif, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik yaitu responden dengan nilai baik justru responden

dengan umur antara 41-50 tahun bahwa umur antara 41-50 tahun biasanya sudah cukup berpengalaman dan loyalitasnya cukup tinggi

Tabel 5.33 Hubungan Golongan Responden Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Golongan	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	II	16	53,3	4	13,3	10	33,3	30	100
2	III	11	32,4	5	14,7	18	52,9	34	100
3	IV	1	50,0	0	0	1	50,0	2	100
4	Honorer	13	81,3	0	0	3	18,8	16	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil bahwa kinerja keperawatan dengan nilai kurang pada tenaga honorer yaitu sebesar 81,3%, sedangkan kinerja dengan nilai baik oleh golongan III sebesar 52,9% hal ini menunjukkan bahwa tenaga honorer biasanya merupakan pegawai baru yang pengalamannya masih kurang sedangkan golongan III pengalamannya sudah cukup banyak.

Tabel 5.34 Hubungan Pendidikan Responden Dengan Kinerja Keperawatan, Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Pendidikan	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	SPK / SPR	15	57,7	4	0	7	42,9	26	100
2	Akper	22	45,8	4	8,3	22	45,8	48	100
3	D4 keperawatan	1	100	0	0	0	0	1	100
4	Lain - lain	3	42,9	1	14,3	3	22,6	7	100

Dari tabel di atas dapat dilihat bahwa responden yang berpendidikan SPK/SPR mempunyai kinerja keperawatan dengan nilai kurang sebesar (57,7%) , sedangkan responden yang berpendidikan Akper mempunyai kinerja keperawatan dengan nilai baik sebesar 45,8 %

Tabel 5.35 Hubungan Lama Kerja Responden Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap Dr Soetomo Tahun 2003

No	Lama Kerja	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	1 – 5 tahun	12	85,7	0	0	2	14,3	14	100
2	6 – 10 tahun	10	52,6	2	10,5	7	36,8	19	100
3	11 – 15 tahun	9	42,9	4	19,0	8	38,1	21	100
3	> 15 tahun	10	35,7	3	10,7	15	53,6	28	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil bahwa kinerja keperawatan dengan nilai kurang sebagian besar responden yang mempunyai lama kerja antara 1-5 tahun sebesar 85,7 %, sedangkan responden yang mempunyai lama kerja lebih dari 15 tahun mempunyai kinerja keperawatan dengan nilai baik sebesar 53,6 %.

Tabel 5.36 Hubungan Lama Kerja Responden Di RSUD Dr Soetomo Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Lama Kerja	Kinerja Keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	1 – 5 tahun	13	81,3	0	0	3	18,8	16	100
2	6 – 10 tahun	11	52,4	2	9,5	8	38,1	21	100
3	11 – 15 tahun	10	50,0	4	20,0	6	30,0	20	100
4	> 15 tahun	7	28,0	3	12,0	15	60,0	25	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil bahwa kinerja keperawatan dengan nilai baik didominasi oleh responden yang mempunyai lama kerja di RSUD Dr Soetomo antara 1-5 tahun sebesar 81,3%, sedangkan responden yang mempunyai lama kerja lebih dari 15 tahun mempunyai kinerja keperawatan dengan nilai baik sebesar 60 %.

Tabel 5.37 Hubungan Lama Kerja Responden Di Ruangan Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Lama Kerja Di Ruangan	Kinerja Keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	1 – 5 tahun	19	65,5	3	10,3	7	24,1	29	100
2	6 – 10 tahun	10	43,5	1	4,3	12	52,2	23	100
3	11 – 15 tahun	10	50,0	4	20,0	6	30,0	20	100
4	> 15 tahun	2	20,0	1	10,0	7	70,0	10	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil bahwa kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden yang mempunyai lama kerja diruangan antara 1-5 tahun sebesar 85,7 %, sedangkan responden yang mempunyai lama kerja lebih dari 15 tahun mempunyai kinerja dengan nilai baik sebesar 53,6 %.

Tabel 5.38 Hubungan Responden Pernah Tugas Di Ruangan Lain Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Pernah Tugas Di Ruangan Lain	Kinerja Keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Tidak pernah	22	45,8	4	8,3	22	45,8	48	100
2	Pernah	19	55,9	5	14,7	10	29,4	34	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil bahwa kinerja keperawatan dengan nilai kurang sebagian merupakan responden yang pernah tugas di ruangan lain sebesar 55,9 %, sedangkan responden yang tidak pernah tugas di ruangan lain mempunyai kinerja keperawatan dengan nilai baik sebesar 45,8 %.

Tabel 5.39 Hubungan Responden Yang Dinas Shift Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Dinas Shift	Kinerja Keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Tidak	5	33,3	1	6,7	9	60,0	15	100
2	Ya	36	53,7	8	11,9	23	34,3	67	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden yang menjawab ya (yang masih dinas secara shift) sebesar 53,7 %, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik adalah responden yang menjawab tidak dinas secara shift sebesar 60 %

Tabel 5.40 Hubungan Responden Waktu Dinas Shift Saat Ini Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Dinas Hari Ini	Kinerja Keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Pagi dan sore	2	50,0	0	0	2	50,0	4	100
2	Sore	4	50,0	1	12,5	3	37,5	8	100
3	Pagi, sore dan malam	30	54,5	6	10,9	19	34,5	55	100
4	Malam	1	33,3	1	33,3	1	33,3	3	100
5	Lain -- lain	4	33,3	1	8,3	7	58,3	12	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden yang masih dinas shift pagi sore dan malam sebesar 54,5 %, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik adalah responden yang sudah tidak dinas shift hanya dinas pagi sebesar 58,3 %

Tabel 5.41 Hubungan Responden Sebagai Penanggung Jawab Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Penanggung Jawab	Kinerja Keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Obat dan alat	11	64,7	2	11,8	4	23,5	17	100
2	Dokumen	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6	100
3	SDM	3	42,9	0	0	4	57,1	7	100
3	Pendidikan	1	10,0	1	10,0	8	80,0	10	100
3	Lain -- lain	23	54,8	5	11,9	14	33,3	42	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil bahwa kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden sebagai penanggung jawab obat dan alat sebesar 64,7 % sedangkan kinerja dengan nilai baik adalah responden sebagai penanggung jawab pendidikan sebesar 80 %

Tabel 5.42 Hubungan Responden Yang Bertanggung Jawab Isi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Bertanggung Jawab Isi Dokumen	Kinerja Keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Ya	39	50,6	7	9,1	31	40,3	77	100
2	Tidak	2	40,0	2	40,0	1	20,0	5	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang yang menjawab bertanggung jawab isi dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 50,6 %, sedangkan kinerja dengan nilai baik sebesar 40,3 %

Tabel 5.43 Hubungan Responden Yang Pernah Ikut Training Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Pernah Ikut Training	Kinerja Keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Tidak pernah	25	54,3	6	13,0	15	32,6	46	100
2	Pernah	16	44,4	3	8,3	17	47,2	36	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden yang tidak pernah ikut training tentang asuhan keperawatan sebesar 54,3 %, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik adalah responden yang pernah ikut training asuhan keperawatan sebesar 47,2 %

Tabel 5.44 Hubungan Responden Menjawab Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Praktis Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Dokumen Praktis	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat tidak setuju	0	0	0	0	1	100	1	100
2	Tidak setuju	29	52,7	8	14,5	18	32,7	55	100
3	Setuju	11	44,0	1	4,0	13	52,0	25	100
4	Sangat setuju	1	100	0	0	0	0	1	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden yang menjawab tidak setuju bahwa format dokumentasi asuhan keperawatan praktis sebesar 52,7 % ada yang menjawab sangat setuju sebesar 100 % tetapi hanya 1 orang sehingga data tidak bermakna, sedangkan yang menjawab setuju bahwa format dokumentasi asuhan keperawatan sudah praktis mempunyai nilai kinerja dengan nilai baik sebesar 52,0 %

Tabel 5.45 Kelengkapan Hubungan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat tidak lengkap	1	100	0	0	0	0	1	100
2	Tidak lengkap	12	54,5	1	4,5	9	40,9	22	100
3	Lengkap	28	48,3	8	13,8	22	37,9	58	100
4	Sangat lengkap	0	0	0	0	1	100	1	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil responden yang menjawab format dokumentasi asuhan keperawatan tidak lengkap adalah sebagian kinerja keperawatan dengan nilai kurang sebesar 54,35 % dan sebagian kinerja keperawatan

dengan nilai baik sebesar 37,9 % menjawab format dokumentasi lengkap, sebetulnya responden yang kinerja keperawatan dengan nilai baik menjawab format dokumentasi asuhan keperawatan sangat lengkap sebesar 100 % tetapi hanya satu orang sehingga tidak bermakna

Tabel 5.46 Hubungan Jumlah Lembar Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Memadai Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Dokumen Memadai	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat banyak	3	50,0	1	16,7	2	33,3	6	100
2	Banyak	20	44,4	2	4,4	23	51,1	45	100
3	Sedikit	18	58,1	6	19,4	7	22,6	31	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang menjawab bahwa format dokumentasi asuhan keperawatan hanya sedikit sebesar 58,1 %, sedangkan kinerja dengan nilai baik menjawab bahwa format dokumentasi asuhan keperawatan banyak sebesar 51,1 %

Tabel 5.47 Hubungan Tanggapan Responden Terhadap Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Memadai Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Tanggapan Terhadap Format	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat perlu direvisi	6	60,0	0	0	4	40,0	10	100
2	Perlu direvisi	30	51,7	7	12,1	21	36,2	58	100
3	Tidak perlu direvisi	5	35,7	2	14,3	7	50,0	14	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang sebagian (60 %) menjawab format dokumentasi asuhan keperawatan

sangat perlu direvisi dan perlu direvisi sebesar 51,7 %, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik menjawab sangat perlu direvisi sebesar 40 %, perlu direvisi sebesar 36,2 % dan tidak perlu direvisi sebesar 50 %

Tabel 5.48 Hubungan Motivasi Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan

No	Motivasi pengisian format dokumentasi askep	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat tdk termotivasi	0	0	0	0	2	100	2	100
2	Tidak termotivasi	9	81,8	0	0	2	18,2	11	100
3	Termotivasi	29	44,6	9	13,8	27	41,6	65	100
4	Sangat termotivasi	3	75,0	0	0	1	25,0	4	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang tidak termotivasi dalam pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 81,8 %, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik termotivasi dalam pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 41,6 %

Tabel 5.49 Hubungan Motivasi Mengisi Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan

No	Motivasi mengisi format dokumentasi askep	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat terpaksa	1	33,3	0	0	2	66,7	3	100
2	Terpaksa	17	73,9	1	4,3	5	21,7	23	100
3	Tidak terpaksa	23	41,1	8	14,3	25	44,6	56	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang terpaksa dalam mengisi format dokumentasi askep sebesar 73,9 %, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik sangat terpaksa mengisi format dokumentasi askep sebesar 66,7 % daripada tidak terpaksa sebesar 44,6 %

Tabel 5.50 Hubungan Niat Mengisi Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan

No	Hubungan niat mengisi format dokumentasi askep	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat tdk punya niat	1	0	0	0	0	0	1	100
2	Tidak punya niat	7	58,3	0	0	5	41,7	12	100
3	Punya niat	32	47,8	9	13,8	26	38,8	67	100
4	Sangat punya niat	1	50,0	0	0	1	50,0	2	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang tidak punya niat mengisi dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 58,3 % dari pada punya niat sebesar 47,8 % dan sangat punya niat sebesar 50 %, sedangkan kinerja dengan nilai baik punya niat sebesar 38,8 %

Tabel 5.51 Hubungan Tekanan Untuk Mengisi Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan

No	Tekanan untuk mengisi format dokumentasi askep	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Tidak pernah sama sekali	5	83,3	0	0	1	16,7	6	100
2	Pernah	13	59,1	3	13,6	6	27,3	22	100
3	Sering	11	35,5	4	12,9	16	51,6	31	100
4	Sangat sering	12	52,2	2	11,0	9	39,1	23	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang tidak pernah samasekali ada tekanan untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 83,3 % daripada tidak pernah sebesar 59,1 %, sedangkan kinerja dengan nilai baik sering ada tekanan untuk mengisi dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 51,6 %

Tabel 5.52 Hubungan Waktu Dinas Usai Dengan Kinerja Keperawatan

No	Hubungan waktu dinas usai	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Isi form spi selesai	6	66,7	0	0	3	33,3	9	100
2	Semampunya	15	51,7	1	3,4	13	44,8	29	100
3	Diserahkan pengganti	15	50,0	6	20,0	9	30,0	30	100
4	Tidak perlu dikerjakan	5	35,7	2	14,3	7	50,0	14	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 66,7 % sedangkan kinerja baik tidak perlu dikerjakan sebesar 50,0 %

Tabel 5.53 Hubungan Interupsi Keluarga Pasien Dengan Kinerja Keperawatan

No	Interupsi keluarga pasien	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Segera memenuhi panggilan	38	50,0	7	9,2	31	40,8	76	100
2	Digantikan teman dan memenuhi panggilan	3	60,0	1	20,0	1	20,0	11	100
3	Memenuhi panggilan setelah mengisi form selesai	0	0	1	100	0	0	1	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang segera memenuhi panggilan bila keluarga pasien memanggil sebesar 50 % dengan responden 38 orang daripada digantikan teman dan memenuhi panggilan sebesar 60 % tetapi tidak valid karena responden hanya 3 orang, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik segera memenuhi panggilan bila keluarga pasien memanggil sebesar 40,8 %

Tabel 5.54 Hubungan Harapan Jumlah Lembar Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo tahun 2003

No	Hubungan waktu dinas usai	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Px sudah ada lembar format	1	50,0	0	0	1	50,0	2	100
2	Format cukup jelas, praktis dan simple	21	60,0	2	5,7	12	34,3	35	100
3	Format sudah cukup memadai	2	25,0	1	12,5	5	62,5	8	100
4	Format perlu dipersingkat	15	51,7	3	10,3	11	37,9	29	100
5	Format sesuai spesialisnya	1	16,7	2	33,3	3	50,0	6	100
6	Format perlu ditambah	1	50,0	1	50,0	0	0	2	100

Dari tabel di atas diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang harapan jumlah lembar format dokumentasi asuhan keperawatan yaitu format cukup jelas, praktis dan simple sebesar 60,0 % sedangkan format perlu ditambah sebesar 50,0 %, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik format sudah cukup memadai sebesar 62,5 %

Tabel 5.55 Hubungan Harapan Kinerja Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo tahun 2003

No	Hubungan waktu dinas usai	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Format tinggal mengisi dan memakai sitem check list	5	35,7	2	14,3	7	50,0	14	100
2	Format dipersingkat shg status bisa terisi	9	52,9	2	11,8	6	35,3	17	100
3	Format perlu direvisi	7	43,8	3	18,8	6	37,5	16	100
4	Format lebih simple dan praktis	1	25,0	1	25,0	2	50,0	4	100
5	Format tidak perlu direvisi	13	68,4	0	0	6	31,6	19	100
6	Format sesuai dengan spesialisasinya	2	66,7	0	0	1	33,3	3	100

Dari tabel di atas dapat dilihat kinerja keperawatan dengan nilai kurang. Harapan format dokumentasi asuhan keperawatan tidak perlu direvisi sebesar 68,4 %, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik format tinggal mengisi dan memakai system check list sebesar 50 %, ada yang menjawab format perlu direvisi (37,5%), tetapi sebagian ada yang menjawab format dipersingkat sehingga status bisa terisi (35,3%).

5.3.5.2 Karakteristik Pekerjaan Perawat

Tabel 5.56 Hubungan Kondisi Fisik Bentuk Format Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Kondisi fisik bentuk format	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat mudah	3	42,9	2	28,6	2	28,6	7	100
2	Sulit	7	33,3	3	14,3	11	52,4	21	100
3	Mudah	31	57,4	4	7,4	19	35,2	54	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang menjawab bahwa kondisi fisik bentuk format mudah akan tetapi kinerja perawat kurang sebesar 57,4%, sedangkan kondisi fisik bentuk format sulit kinerja perawat baik 52,4 %.

Tabel 5.57 Hubungan Responden Kesulitan Waktu Mengisi Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Memadai Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Kesulitan waktu mengisi format dokumentasi askep	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat sulit	6	42,9	3	21,4	5	35,7	14	100
2	Sulit	12	41,4	3	10,3	14	48,3	29	100
3	Mudah	22	57,9	3	7,9	13	34,2	38	100
4	Sangat mudah	1	100	0	0	0	0	1	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja dengan nilai kurang, merasa mudah waktu mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik merasa sulit waktu mengisi format sebesar 48,3 % dan sangat sulit sebesar 35,7 %

Tabel 5.58 Hubungan berdasarkan pemahaman responden mengisi Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Memadai Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Pemahaman mengisi format dokumentasi askep	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat sulit	1	100	0	0	0	0	1	100
2	Sulit	9	69,2	1	7,7	3	23,1	13	100
3	Mudah	29	43,9	8	12,1	29	43,9	66	100
4	Sangat mudah	2	100	0	0	0	0	2	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang sulit dalam pemahaman untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 69,2 % dan sangat sulit sebesar 100 % tetapi tidak bermakna karena respondennya hanya 1 orang sedangkan kinerja dengan nilai baik mudah dalam pemahaman untuk mengisi dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 43,9 %

Tabel 5.59 Hubungan Tata Urut Mengisi Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Tata urut mengisi format dokumentasi askep	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		Total	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat sulit	1	100	0	0	0	0	1	100
2	Sulit	4	40,0	3	30,0	3	30,0	10	100
3	Mudah	35	50,0	6	8,6	29	41,4	70	100
4	Sangat mudah	1	100	0	0	0	0	1	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang mudah tentang tata urutan mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 50 % dan ada yang menjawab sangat mudah dan sangat sulit masing-masing sebesar 100 % tetapi respondennya masing-masing hanya 1 orang sehingga data tidak bermakna

Tabel 5.60 Hubungan Fisik Mengisi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan Di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo Tahun 2003

No	Fisik mengisi dokumentasi asuhan keperawatan	Kinerja keperawatan							
		Kurang		Sedang		Baik		TOTAL	
		F	%	F	%	F	%	F	%
1	Sangat sulit	1	100	0	0	0	0	1	100
2	Sulit	4	40,0	3	30,0	3	30,0	10	100
3	Mudah	35	50	6	8,6	29	41,4	70	100
4	Sangat mudah	1	100	0	0	0	0	1	100

Dari tabel di atas dapat diperoleh hasil kinerja keperawatan dengan nilai kurang mudah dilihat dari dimensi fisik untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan sebesar 50 % daripada sangat sulit sebesar 100 % tetapi responden hanya satu orang sehingga tidak bermakna, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik juga mudah sebesar 41,4 % daripada sulit dilihat dari dimensi fisik sebesar 30,0 %

BAB 6

PEMBAHASAN

6.1 Gambaran Umum Responden Penelitian

Pada penelitian ini terdapat 82 responden yang diteliti untuk mengetahui karakteristik hubungan terhadap pelayanan keperawatan dengan kinerja keperawatan untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan.

Karakteristik responden meliputi karakteristik perawat, karakteristik pekerjaan dan kinerja keperawatan berdasarkan penerapan format dokumentasi asuhan keperawatan sebagai berikut :

6.1.1 Karakteristik Perawat

6.1.1.1 Jenis Kelamin

Dari Jenis kelamin diperoleh gambaran bahwa perawat wanita Ruang Rawat Inap RSUD Dr Soetomo lebih banyak daripada pria. Hal ini merupakan hal yang wajar karena hampir di semua rumah sakit profesi perawat kebanyakan wanita.

Menurut Robbins (2000) tidak ada beda antara pria dan wanita dalam kemampuan memecahkan masalah, ketrampilan analitis, dorongan kompetitif, motivasi, sosialisasi atau kemampuan belajar.

Beberapa studi psikologis telah dijumpai bahwa wanita lebih bersedia mematuhi otoritas, dan pria lebih agresif dan lebih besar kemungkinan memiliki pengharapan (espektasi) sukses daripada wanita.

Hubungan antara jenis kelamin dengan absensi, bukti secara konsisten menyatakan bahwa wanita mempunyai absensi yang lebih tinggi daripada pria.

Hubungan antara jenis kelamin dengan absensi, bukti secara konsisten menyatakan bahwa wanita mempunyai absensi yang lebih tinggi daripada pria. Penjelasan yang paling logis wanita secara historis menempatkan tanggung jawab keluarga dan rumah tangga pada dirinya. Tetapi sejak dasawarsa 1970 pria dan wanita sama berkepentingan dalam hal perawatan anak (Robbins, 2000).

6.1.1.2 Umur

Dari umur responden diperoleh gambaran bahwa yang termasuk kelompok umur produktif yaitu < 40 tahun sebanyak 67 % dan sisanya (33%) berumur > 40 tahun. Banyaknya umur produktif bisa diharapkan mencapai kualitas kerja yang tinggi. Keadaan ini memudahkan rumah sakit untuk melakukan pengembangan dan perubahan, karena dengan umur produktif diharapkan memiliki kecepatan, kekuatan dan koordinasi yang sangat diperlukan dalam pelayanan keperawatan, sedangkan responden yang usia relatif tua pengalaman sangat diperlukan dalam memecahkan masalah pelayanan keperawatan.

Menurut Robbins (2000) ada hubungan antara umur dan kinerja, bahwa kinerja menurun dengan meningkatnya usia, menurunnya kinerja ini terutama pada unsur ketrampilan seperti kecepatan, kekuatan dan koordinasi. Faktor lain seiring dengan meningkatnya umur adalah faktor kebosanan bekerja dan kurangnya rangsangan intelektual semuanya menyumbangkan pada berkurangnya produktifitas.

Hubungan antara usia dan kepuasan kerja kebanyakan studi mengatakan suatu ikatan positif antara usia dan kepuasan. Tetapi studi lain menunjukkan

hubungan yang berbentuk “U” yang artinya pada usia muda kepuasan karyawan tinggi, kemudian menurun seiring dengan makin bertambahnya usia karyawan.

6.1.1.3 Golongan Kepangkatan

Dari golongan kepangkatan diperoleh gambaran bahwa sebagian besar responden mempunyai golongan kepangkatan yaitu golongan II dan III sebesar 80,5 % atau dengan kata lain sudah menjadi pegawai negeri sipil sehingga diharapkan kinerja perawat akan lebih baik daripada tenaga honorer, karena mereka mendapatkan penghasilan yang lebih baik. Selain itu responden yang sudah PNS dia juga merasa sudah tenang dalam bekerja karena tidak diliputi rasa was-was, sedangkan tenaga honorer yang sifatnya tenaga kontrak itu sebaliknya dia merasa was-was untuk diberhentikan dari pekerjaannya.

6.1.1.4 Lama Kerja

Dari lama kerja perawat dapat digambarkan bahwa hampir 60 % perawat mempunyai masa kerja lebih dari 11 tahun. Semakin lama seseorang bekerja pada suatu instansi maka kemungkinan semakin besar tingkat loyalitasnya. Apalagi seseorang profesional yang bekerja pada profesinya maka sangat kecil kemungkinan berpindah ke tempat lain kecuali orang tersebut berpindah profesi

Menurut Robbins (2000), telah dilakukan penelitian hubungan antara senioritas dan produktifitas, jika kondisinya sama maka orang-orang yang lebih lama berada pada suatu pekerjaan akan lebih produktif ketimbang mereka yang

senioritasnya lebih rendah. Dari penelitian juga menemukan hubungan yang negatif antara masa kerja dan keluarnya pegawai.

6.1.1.5 Pendidikan

Dari pendidikan perawat dapat digambarkan sebagian besar memiliki pendidikan diploma tiga (Akper dan Akbid) beberapa memiliki pendidikan D4 Perawat Pendidik dan S1 (Program Studi Ilmu Keperawatan dan Sarjana Kesehatan Masyarakat) keadaan ini cukup menguntungkan rumah sakit karena dianggap mampu melaksanakan fungsi dan peran sebagai perawat yang profesional. Pendidikan jika dikaitkan dengan tuntutan profesionalisme perawat yang semakin tinggi maupun dikatakan masyarakat yang semakin berkembang tentu dirasakan pula lagi mereka untuk selalu berupaya meningkatkan diri diantaranya melalui pendidikan lanjutan baik yang setara D III ataupun yang lebih tinggi. Pelatihan maupun kegiatan seminar bagi mereka menjadi hal yang perlu, mengingat pesatnya kemajuan teknologi maupun ilmu pengetahuan membuat mereka yang kurang mau belajar dapat menjadi tertinggal.

Menurut Nursalam (2001) peran perawat dimasa depan harus berkembang seiring dengan perkembangan IPTEK dan tuntutan kebutuhan masyarakat sehingga perawat dituntut mampu menjawab dan mengantisipasi terhadap dampak dari perubahan. Sebagai perawat profesional maka mampu melakukan hal-hal berikut :

Communication : Dalam memberikan pelayanan keperawatan harus dapat berkomunikasi secara lengkap, akurat, cepat dengan

didukung suatu fakta yang memadai. Kemampuan lain adalah mampu berbicara dan menulis bahasa asing, minimal bahasa Inggris untuk mengantisipasi terjadinya pasar bebas.

Activity : Prinsip melakukan aktifitas pemberian asuhan keperawatan harus dapat bekerja sama dengan teman sejawat dan tenaga kesehatan lainnya, khususnya tim medis sebagai mitra kerja dalam memberikan asuhan kepada pasien. Aktifitas tersebut harus ditunjang dengan menunjukkan suatu kesungguhan dan sikap empati dan bertanggung jawab terhadap setiap tugas yang diemban .

Review : Prinsip utama dalam melaksanakan peran tersebut adalah moral dan etik keperawatan. Dalam setiap memberikan asuhan keperawatan terhadap klien, perawat harus selalu berpedoman pada nilai-nilai etik keperawatan dan standar keperawatan yang ada serta ilmu keperawatan. Hal ini penting guna menghindarkan dari kesalahan -- kesalahan berakibat fatal terhadap konsumen dan eksistensi profesi keperawatan yang sedang mencari identitas diri.

Education : Dalam upaya meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan dimasa depan, perawat harus mempunyai komitmen yang tinggi terhadap profesi dengan jalan terus – menerus

menambah ilmu melalui pendidikan formal / non formal, sampai pada suatu keahlian tertentu.

Jumlah perawat yang memiliki pendidikan yang belum setingkat Diploma III (SPK dan SPR) terdapat 31,7 %, adanya perawat yang belum mencapai pendidikan diploma tiga ini di RSUD Dr Soetomo juga mendapat tugas dan tanggung jawab yang sama dengan mereka yang berpendidikan D III .

Meskipun perawat yang berpendidikan belum setingkat D III sudah memperoleh pengetahuan tentang proses asuhan keperawatan tetapi kompetensinya belum mencapai tingkatan profesional untuk memiliki kriteria perawat profesional ini RSUD Dr Soetomo memberikan peluang kepada para perawat untuk meneruskan sekolahnya ke jenjang yang lebih tinggi yaitu SPK ke D III, DIII ke S1 keperawatan atau D4 perawat pendidik, yang S1 meneruskan S2.

6.1.1.6 Dinas Jaga Shift

Dari masalah dinas jaga, perawat di Instalasi Rawat Inap RSUD Dr Soetomo sebagian besar masih dinas pagi, sore dan malam. Seharusnya dengan adanya jaga shift pengisian format dokumentasi askep lengkap dan dapat berkesinambungan sesuai standar asuhan keperawatan sedangkan perawat yang tidak mendapatkan tugas tambahan (penanggung jawab obat dan alat, penanggung jawab pengisian dokumentasi askep, penanggung jawab SDM) dan penanggung jawab pendidikan diharapkan mereka dapat mengisi format dokumentasi askep dengan lengkap dan benar karena mempunyai cukup waktu untuk itu.

6.1.1.7 Pengisian Dokumentasi Askep

Dari yang mengisi dokumentasi sebagian besar perawat bertugas untuk mengisi format tersebut dan hanya sedikit yang tidak bertugas mengisi dokumen askep karena mereka sebagai supervisor dan sebagai penanggung jawab jalannya pelayanan keperawatan, rencana program keperawatan dan evaluasi sistem pelayanan keperawatan termasuk evaluasi pengisian dokumentasi asuhan keperawatan.

6.1.1.8 Training

Dari jawaban perawat yang menyatakan sebagian tidak pernah mengikuti pelatihan asuhan keperawatan dan sebagian pernah mengikutinya bagi perawat yang belum pernah mengikuti training sebetulnya pada waktu mengikuti pendidikan formal sudah mendapatkannya tetapi perlu diberikan penyegaran atau seminar bila ada hal-hal baru yang perlu diketahui. Training tentang proses keperawatan memang tidak setiap tahun diselenggarakan karena banyaknya training – training lain yang harus diberikan, juga jumlah perawat (1075 orang) yang cukup banyak sehingga dilakukan secara bergantian

6.1.1.9 Penilaian Perawat Terhadap Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Saat Ini

Dilihat dari format Dokumentasi Asuhan Keperawatan yang dipakai diseluruh ruang rawat inap RSUD Dr Soetomo hampir sama hanya ada perbedaan yaitu pada format untuk anak dan pada orang dewasa yaitu pada anak ditambah riwayat tumbuh kembang juga pada kasus tertentu misalnya pada bagian saraf atau bagian ruang bersalin dan kandungan.

Dari wawancara peneliti kepada para pelaksana keperawatan bahwa banyak data yang tumpang tindih atau ditulis lebih dari sekali sehingga terjadi duplikasi misalnya pada lembar observasi, DMK 7 dan DMK 11 ditulis observasi gejala kardinal beserta grafik. Selain itu perawat juga merasa jumlah lembar yang harus diisi banyak sehingga harapan mereka format tersebut dibuat praktis, cukup jelas, simple dan sesuai spesialisasinya. Format tersebut tidak perlu diganti tetapi hanya direvisi sesuai kasus dan pengkajian dibuat system check list.

6.1.1.10 Motivasi Perawat Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Askep

Berdasarkan hasil analisis penelitian sebagian besar perawat sudah termotivasi, tidak dengan terpaksa dan mempunyai niat untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan karena mereka menyadari bahwa pengisian format tersebut merupakan bagian dari pekerjaann mereka.

Menurut Anoraga (1990), motivasi untuk bekerja tidak hanya berwujud kebutuhan ekonomi saja, sebab banyak orang dengan sesuka hati bekerja terus, walaupun mereka tidak memerlukan lagi materiil sedikitpun. Sebab ada ganjaran berupa nilai social yang didapatkan dari perusahaan yaitu dalam bentuk penghargaan, persahabatan, kedudukan, prestise, dan status. Didalam pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan sebagian perawat merasa tegang, ini disebabkan karena beban pekerjaan yang bermacam-macam seperti kegiatan fungsional, sudah cukup menyita waktu. Belum pekerjaan lainnya seperti kebersihan lingkungan dan alat-alat kesehatan, kegiatan administrasi maupun memberikan penyuluhan kepada pasien. Selain itu didalam pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan sebagian

perawat menjawab semampunya dan diserahkan kepada perawat shift berikutnya. Seharusnya format tersebut diisi sampai selesai, karena yang mengerti masalah yang dibuat adalah perawat yang pada waktu itu melakukan asuhan keperawatan sehingga dapat melakukan dengan tepat.

6.1.2 Karakteristik Pekerjaan Perawat

6.1.2.1 Beban Kerja Perawat

Beban kerja fisik dan mental akan mempengaruhi seseorang dalam menyelesaikan tugasnya. Di ruang rawat inap RSUD Dr. Sutomo pada shift pagi, beban kerja tertinggi yaitu beban kerja kegiatan fungsional atau tugas langsung yang berhubungan dengan pelayanan keperawatan karena tingginya aktifitas.

Namun beban kerja administrasi juga cukup tinggi karena pada pagi hari tugas untuk administrasi cukup banyak baik administrasi yang berhubungan dengan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan maupun administrasi lain seperti perincian pasien pulang yang dilakukan pada pagi hari sehingga proporsi penggunaan waktu untuk istirahat menjadi lebih rendah.

Pada shift sore beban kerja tertinggi setiap kegiatan fungsional dan pada shift sore jumlah tenaga yang ada lebih kurang dibandingkan dengan jumlah tenaga yang ada pada shift pagi, sehingga proporsi penggunaan waktunya tidak jauh berbeda, selain itu pada shift sore ada jam kunjungan bagi pembesuk pasien dan waktu tersebut banyak digunakan perawat untuk istirahat sehingga proporsi beban istirahat juga menjadi besar.

Pada shift malam distribusi terbesar adalah beban istirahat sehingga dapat disimpulkan bahwa pada shift malam beban istirahat yang merupakan beban kerja yang tidak berhubungan dengan kegiatan fungsional dan beban kerja administrasi mempunyai proporsi penggunaan waktu yang lebih besar dibandingkan beban kerja yang lainnya. Hal ini disebabkan pada shift malam aktifitas menurun karena pasien sedang beristirahat sehingga pada shift malam lebih banyak digunakan perawat untuk istirahat, kecuali bila ada kegiatan ekstra atau observasi ketat terhadap pasien. Menurut Gibson (1996) mengemukakan bahwa suatu beban kerja baik berupa keharusan mengerjakan terlalu banyak tugas atau menyediakan waktu yang tidak cukup untuk menyelesaikan tugas maupun suatu keharusan mengerjakan tugas yang hasil kerjanya terlalu tinggi akan mempengaruhi motivasi dan kepuasan kerja karyawan.

Apabila melihat jumlah waktu yang digunakan untuk kegiatan administrasi untuk mengisi dokumentasi asuhan keperawatan (AD), kegiatan administrasi lain (AL) dan istirahat (I) pada shift pagi, sore, dan malam seharusnya para perawat dapat mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan yang baik.

6.1.2.2 Kondisi Fisik Bentuk Format Dan Kemudahan Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan

6.1.2.2.1 Kondisi Fisik Bentuk Format

Kondisi fisik bentuk format bisa dilihat dari bentuk format mudah dibaca karena besar huruf, istilah, sistematika maupun susunan kalimatnya jelas. Dari

hasil penelitian sebagian besar merasa mudah dan sangat mudah, dari bentuk fisik sehingga perawat tidak kesulitan dalam pengisian format tersebut.

6.1.2.2 Kemudahan Terhadap Pengisian Format Dokumentasi Askep

Kemudahan pengisian format tersebut dapat dilihat dari segi waktu tergantung keadaan ruangan yaitu kapasitas pasien yang banyak, kekurangan yang tidak sesuai dengan jumlah pasien, pasien dengan ketergantungan tinggi, melakukan pekerjaan administrasi lain misalnya membuat laporan, menghitung ongkos perawatan, membersihkan lingkungan ruangan sehingga merasa sedikit waktunya untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan. Berbeda dengan ruangan yang kapasitasnya pasien cukup atau sedikit, keadaan pasiennya stabil, tenaganya sudah sesuai dengan jumlah pasien, sudah ada cleaning service, sehingga waktunya cukup untuk mengisi dokumentasi asuhan keperawatan. Akan tetapi pada aspek pemahaman, tata urut dan fisik format dokumentasi asuhan keperawatan, perawat merasa tidak ada kesulitan.

6.1.3 Kinerja Keperawatan Berdasarkan Penerapan Dokumentasi Keperawatan

Didalam penerapan dokumentasi asuhan keperawatan yang sering tidak diisi dokumentasi evaluasi karena tidak langsung diisi harus memerlukan waktu sesuai dengan masalahnya (bisa beberapa menit, jam, atau hari) sehingga perawat sering lupa tidak mengisi karena mengerjakan pekerjaan lain. Sedangkan yang lainnya yang tidak diisi dokumentasi perencanaan dan pelaksanaan sering tidak diisi karena memerlukan pemikiran, setiap kasus berbeda dan harus sesuai dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK). Menurut Nursalam (2000) perencanaan mempunyai

beberapa komponen yang perlu diperhatikan yaitu memntukan prioritas, menentukan hasil, dan menentukan rencana tindakan. Perawat dengan beberapa komponen tersebut diatas merasa bosan dan jenuh setiap saat harus menulis. Untuk mengatasi masalah ini harus ada Standar Asuhan Keperawatan (SAK) sesuai dengan kasus sehingga perawat tidak kesulitan untuk menulis hanya menyesuaikan keadaan pasien dengan standar tersebut.

Dokumentasi pelaksanaan ditulis setelah perencanaan tindakan disusun, cara penulisannya sesuai dengan tindakan keperawatan dan kebutuhan klien.

6.1.4 Penilaian Staf Keperawatan Terhadap Format Dokumentasi Keperawatan

Penilaian sebagian besar staf keperawatan terhadap format dokumentasi keperawatan sudah cukup praktis dan lengkap sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang ada. Hanya staf keperawatan menilai lembar format tersebut cukup banyak sehingga perlu direvisi. Lembar format tersebut banyak duplikasi isinya contoh lembar observasi sebagian ditulis di DMK 7 dan DMK 10.

Harapan staf keperawatan tiap pasien sudah ada lembar format Karena format tersebut sering kehabisan, sehingga sebagai salah satu penyebab perawat tidak mengisi dokumentasi askep. Format perlu dipersingkat dan memakai sistem chek list tetapi harus mengacu sesuai dengan standar Depkes dan format disesuaikan dengan spesialisasinya.

6.1.5 Hubungan Karakteristik Perawat Dengan Kinerja Keperawatan

6.1.5.1 Hubungan Jenis Kelamin Responden Dengan Kinerja Perawatan

Dari hasil penelitian hubungan antara kinerja keperawatan dengan nilai baik adalah jenis kelamin perempuan daripada laki-laki mempunyai kinerja dengan nilai kurang.

Menurut Robbins (2000) bahwa terdapat perbedaan kinerja laki-laki dan perempuan dalam pekerjaannya, bahwa perempuan lebih bersedia memasuki otoritas dan bahwa laki-laki lebih agresif dan lebih besar kemungkinan memiliki pengharapan (expetasi) sukses dari perempuan. Disini kinerja perempuan lebih baik dari laki-laki didalam penulisan dokumentasi asuhan keperawatan, karena perempuan lebih rajin dan teliti daripada laki-laki. Sebaliknya laki-laki lebih teliti dengan pemeliharaan alat-alat kesehatan.

6.1.5.2 Hubungan Umur Responden Dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian kinerja dengan nilai baik usia relatif tua (> 40 th) dan kinerja dengan nilai kurang justru usia produktif (< 30 th).

Menurut Robbins (2000) ada hubungan antara usia dan kinerja, bahwa kinerja menurun dengan meningkatnya usia, menurunnya kinerja ini terutama pada unsure ketrampilan seperti kecepatan, kekuatan dan koordinasi. Faktor lain yang terjadi seiring dengan makin meningkatnya umur adalah faktor kebosanan pekerja dan kurangnya rangsangan intelektual, hal ini semuanya menimbulkan berkurangnya produktifitas.

Tetapi dalam suatu tinjauan yang menyeluruh terhadap riset baru-baru ini di Amerika menemukan bahwa usia dan kinerja tidak ada hubungannya, karena kemerosotan jasmani dapat diimbangi dengan perolehan pengalamannya.

6.1.5.3 Hubungan golongan Responden Dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian dapat digambarkan kinerja dengan nilai kurang sebagian besar adalah tenaga honorer, sedangkan kinerja dengan nilai baik adalah tenaga golongan III. Tenaga honorer merupakan pegawai baru atau beberapa tahun dia bekerja sehingga pengalamannya masih kurang dan mereka tidak punya beban dalam bekerja. Berbeda dengan tenaga golongan III mereka sudah cukup berpengalaman, sudah pernah mendapatkan pelatihan dan sudah merupakan pegawai tetap sehingga mereka sudah merasa lebih mantap dalam bekerja.

6.1.5.4 Hubungan Pendidikan Responden Dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian dapat digambarkan kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah yang berpendidikan SPK/SPR, sedangkan kinerja dengan nilai baik adalah yang memiliki pendidikan D3 (Akper/ Akbid) Mereka yang berpendidikan tinggi karena mendapatkan bekal pengetahuan yang lebih tinggi. Biasanya lebih mampu melaksanakan fungsi peran dan tanggung jawab sebagai perawat yang professional. Sedangkan untuk meningkatkan kinerja keperawatan yang kurang dibutuhkan berbagai upaya peningkatan pengetahuan melalui pendidikan keperawatan berkelanjutan dan peningkatan ketrampilan sangat diperlukan.

Anoraga (1998) mengemukakan bahwa penurunan kinerja dipengaruhi oleh kejenuhan kerja. Kejenuhan kerja dapat disebabkan oleh kegiatan

yang kurang menarik, monoton atau berulang-ulang dalam lingkungan kerja yang kurang kondusif. Nursalam (2001) menyartkan faktor-faktor internal yang menghambat perkembangan perawat secara professional antara lain rendahnya rasa percaya diri perawat, kurangnya pemahanamn dan sikap. Untuk melaksanakan riset keperawatan, rendahnya standar gaji dan sangat minimnya perawat yang menduduki pimpian di institusi kesehatan. Disamping itu faktor pendidikan, peralatan keperawatan dan lingkungan keperawatan sangat mempengaruhi keberhasilan asuhan keperawatan yang dapat menunjang kinerja perawat.

6.1.5.5 Hubungan Lama Kerja Responden Dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian diperoleh hasil bahwa kinerja dengan nilai kurang adalah responden yang mempunyai lama kerja di ruangan antara 1-5 tahun, sedangkan kinerja dengan nilai baik adalah responden dengan lama kerja lebih dari 15 tahun. Semakin lama seseorang bekerja pada suatu instansi biasanya kinerjanya lebih baik, lebih produktif dan biasanya sudah mapan. Dengan kemapanannya itu tingkat loyalitasnya lebih besar, berbeda dengan mereka yang masa kerjanya baru masih harus belajar lebih banyak dan tingkat loyalitasnya masih kurang sehingga resiko untuk keluar lebih kurang.

Menurut Robbins (2000) telah dilakukan penelitian hubungan antara senioritas dan produktivitas, jika kondisinya sama maka orang-orang yang lebih lama berada pada suatu pekerjaan akan lebih produktivitas ketimbang mereka yang senioritasnya lebih rendah. Dlam penelitian lain juga menemukan hubungan negative antara masa kerja dan keluarnya pegawai.

6.1.5.6 Hubungan Responden Pernah Tugas Di ruangan Lain Dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian kinerja dengan nilai kurang sebagian yang pernah tugas diruangan lain, sedangkan kinerja dengan nilai baik adalah responden yang tidak pernah tugas di ruangan lain. Penelitian ini bertitik tolak belakang dengan pendapat Siagian (1995) yaitu jika seseorang cenderung terlibat dalam pekerjaan tertentu secara rutin meskipun sangat ahli dalam pekerjaannya akan menyebabkan kejenuhan dan produktivitas menurun. Menurut Staruss dan Sayless (1990) mengemukakan bahwa kejenuhan kerja dapat terjadi jika tugas dalam pekerjaan tidak menarik, monoton, dan berulang-ulang. Perawat yang tidak pernah tugas diruangan lain menurut mereka sudah cocok dildalam tugas dan pekerjaannya. Selain itu juga mereka sudah cocok dengan teman-teman satu ruangan dengan didukung kerjasama secara profesional , saling Bantu dapat meningkatkan gairah kerja dan tempat kerja yang memiliki suasana menyenangkan.

6.1.5.7 Hubungan Responden Yang Dinas Shift Dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden yang masih dinas secara shift, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik adalah responden yang sudah tidak dinas shift atau dinas pagi. Pada waktu dinas sore dan malam biasanya lebih longgar didalam melakukan pekerjaannya tidak ada melakukan supervise, karena pada waktu dinas sore dan malam yang bertanggung jawab adalah ketua tim yang tidak begitu disegani oleh perawat yang lain. Berbeda pada waktu dinas pagi biasanya kepala ruangan atau wakil ruangan melakukan

supervise (pengawasan) baik secara fungsional maupun kegiatan administrasi penulisan dikomentasi keperawatan. Perawat merasa bosan dan jenuh untuk menulis, lebih baik melakukan kegiatan fungsional disebabkan format yang terlalu banyak.

6.1.5.8 Hubungan Responden Sebagai Penanggungjawab Dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden sebagai penanggungjawab obat dan alat kesehatan, sedangkan kinerja dengan nilai baik sebagian besar adalah penanggungjawab pendidikan. Menurut pemikiran peneliti sudah jelas bahwa perawat sebagai penanggungjawab obat dan alat mereka terfokus dengan pekerjaannya yaitu dari mulai perencanaan permintaan, penyimpanan, pengeluaran obat dan alat kesehatan. Sehingga untuk penulisan dokumentasi asuhan keperawatan waktunya berkurang berbeda dengan penanggungjawab pendidikan yang setiap saat memberikan pelajaran baik kepada para perawat maupun pada mahasiswa keperawatan terutama yang berhubungan dengan asuhan keperawatan.

6.1.5.9 Hubungan Responden yang bertanggungjawab Isi Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dari hasil penelitian kinerja keperawatan dengan nilai kurang maupun kinerja dengan nilai baik adalah yang bertanggungjawab isi dokumentasi keperawatan. Kinerja keperawatan dalam kemampuannya berbeda-beda, walaupun diberi tanggungjawab yang sama keberhasilannya dalam bekerja akan berbeda.

Menurut Robbins (2000) kemampuan intelektual dan kemampuan fisik seseorang akan berbeda-beda setiap individu.

6.1.5.10 Hubungan Responden Yang Ikut Training Dengan Kinerja Keperawatan

Berdasarkan hasil penelitian kinerja keperawatan dengan nilai kurang adalah responden yang tidak pernah ikut training, sedangkan kinerja keperawatan dengan nilai baik adalah responden yang pernah ikut training. Dengan hasil tersebut diatas untuk memperbaiki kinerja perlu diadakan pelatihan atau training asuhan keperawatan maupun pendokumentasian, penyegaran dan evaluasi secara berkala sehingga mengingatkan kembali tentang ilmu tersebut secara bergantian.

6.1.5.11 Hubungan kelengkapan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan Dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian bahwa kinerja keperawatan dengan nilai kurang menjawab format dokumentasi asuhan keperawatan hanya sedikit, sedangkan kinerja dengan nilai baik menjawab bahwa format dokumentasi asuhan keperawatan banyak dan sangat banyak, sehingga perlu disederhanakan tetapi jangan mengurangi makna dan kelengkapan format tersebut. Juga pendapat setiap tenaga keperawatan ini berbeda-beda sehingga jawaban bervariasi.

6.1.5.12 Hubungan Tanggapan Responden Terhadap Format Dokumentasi Askep Memadai dengan Kinerja Keperawatan

Dari hasil penelitian bahwa baik kinerja dengan nilai kurang maupun dengan nilai baik jawabannya bervariasi tetapi sebagian besar format tersebut perlu

direvisi. Jadi tidak diubah total tetapi diperbaiki contoh : format pengkajian perlu dibuat system check list sehingga mempermudah pengisiannya selain itu bila ada yang duplikasi seperti format instruksi dokter dan catatan keperawatan (DMK 7) dengan format kurva list (DMK 11).

6.1.5.13 Hubungan Berdasarkan Pemahaman, Waktu, Tata urut, dan Fisik Dengan Kinerja Keperawatan.

Dari hasil penelitian bahwa kinerja yang kurang maupun kinerja yang baik jawabannya juga bervariasi ada yang menjawab sulit, mudah dan sangat mudah. Kita harus mencari format mana yang merasa kesulitan sehingga perlu diberikan jalan keluarnya yaitu diberikan penyegaran atau pelatihan secara periodic dan bergantian bagi semua tenaga keperawatan.

6.1.5.14 hubungan Motivasi Pengisian Format Dengan Kinerja Keperawatan

Berdasarkan penelitian dapat diperoleh bahwa kinerja keperawatan dengan nilai kurang tidak termotivasi dalam pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan sedangkan kinerja dengan nilai baik termotivasi dalam pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini sesuai dengan teori kinerja dari Gibson (1987) yang mengatakan bahwa kinerja seseorang dan organisasi sangat dipengaruhi oleh faktor dalam organisasi, faktor individu, dan faktor psikologis. Pengaruh motivasi yang tinggi sebagai unsur dari faktor psikologis belum cukup untuk menghasilkan kinerja yang tinggi pula. Tergantung oleh faktor-faktor lain, bila faktor-faktor lain tidak mendukung maka kinerja juga tidak optimal. Perawat di instalasi Rawat Inap RSUD. Dr. Soetomo cukup termotivasi, masih punya niat hanya

BAB 7

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil analisis dan pembahasan yang telah dilakukan maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Karakteristik Perawat
 - a. Karakteristik perawat yang diteliti secara keseluruhan berjumlah 82 orang. Mayoritas mempunyai jenis kelamin perempuan (81,3%) dengan usia kurang dari 40 tahun (67%). Pendidikan terakhir mayoritas adalah tamat AKPER/AKBID (68,2%). Lama kerja perawat mempunyai masa kerja dari 11 tahun (60%).
 - b. Dari hasil penilaian perawat terhadap format dokumentasi keperawatan banyak data yang tumpang tindih atau ditulis lebih dari sekali. Selain itu perawat merasa jumlah lembar format yang harus diisi banyak, sehingga harapan mereka format tersebut dibuat paraktis, jelas, simpel dan sesuai spesialisasinya. Format tersebut tidak perlu diganti tetapi di modifikasi.
 - c. Berdasarkan hasil analisis penelitian sebagian perawat sudah termotivasi yaitu dengan jumlah 79,3% tidak dengan terpaksa dan mempunyai niat untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan karena merupakan bagian dari pekerjaan mereka didalam

pengisian format sebagian perawat merasa terpaksa hal ini disebabkan beban kerja yang bermacam-macam cukup menyita waktu.

2. Karakteristik Pekerjaan Perawat

- a. Beban kerja pada shift pagi, sore dan malam sebagian besar didominasi oleh kegiatan fungsional. Sedangkan beban administrasi untuk pengisian format seharusnya waktunya cukup, kemungkinan faktor lain penyebab format tersebut tidak terisi. Hanya kegiatan yang berhubungan dengan keperluan pribadi seperti istirahat, sholat, makan dan minum) pada shift malam cenderung meningkat.
- b. Dari hasil penelitian ini bahwa kondisi bentuk format dan kemudahan pengisian format mudah dengan jumlah 65,9%. Hanya soal waktu pengisian format yang masih kurang, sehingga perlu pengaturan waktu yang sesuai supaya pengisian format tersebut di isi dengan baik.

3. Kinerja

Dari hasil penelitian kinerja perawat dalam pengisian format yang masih rendah adalah pengisian dokumentasi evaluasi, dokumentasi intervensi dan rencana keperawatan.

4. Ada hubungan antara kinerja dengan karakteristik perawat dan karakteristik pekerjaan. Hanya pada penilaian perawat terhadap format mereka menilai format tersebut banyak sehingga perlu disederhanakan tetapi jangan mengurangi makna dari kelengkapan format tersebut.

Harapan dari perawat setiap pasien mempunyai lembar format jangan sampai kehabisan sehingga pengisian sering tertunda serta format sesuai spesialisasinya.

5. Penilaian staf keperawatan terhadap format dokumentasi keperawatan kurang praktis dengan jumlah harapan mereka bahwa format dokumentasi Askep tersebut masih terlalu banyak dan perlu disederhanakan, kalau bisa memakai sistem list



7.2 Saran

1. Untuk perawat pelaksana setiap respon pasien harus segera ditulis dalam dokumen Askep lengkap dengan perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Dokumentasi Askep seharusnya tidak di tunda penulisannya karena perawat bersangkutan yang bertanggung jawab terhadap penulisan asuhan keperawatan tersebut.
2. Meningkatkan kualitas Askep dan membudayakan penulisan dokumentasi Askep yang benar dan akurat perlu di adakan pre dan post conference Askep oleh perawat pelaksana dengan perawat penanggung jawab Askep ruangan.
3. Pengamat yang di tugaskan oleh Kepala Bidang Keperawatan (Kabid Keperawatan) untuk mengamati dokumentasi Askep di ruangan seharusnya dilakukan oleh penanggung jawab ruangan. Karena dokumen Asuhan Keperawatan tidak dapat di nilai baik buruknya hanya melalui formulir yang ada. Benar tidaknya dokumentasi Asuhan Keperawatan hanya dapat dinilai oleh perawat penanggung jawab ruangan tersebut.
4. Usulan kepada institusi keperawatan untuk melakukan modifikasi dokumentasi Asuhan Keperawatan yang telah dibuat peneliti dengan sistem check list.

5. Untuk institusi rumah sakit perlu disediakan lembar format dokumentasi keperawatan yang cukup untuk kelancaran pengisian format tersebut.



DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, A., (1996) *Pengantar Administrasi Kesehatan*, Jakarta PT. Bina Putra.
- Parker, Barbara (1996), *Conceptual Foundation of Professional Nursing Practice*.
- Bacal, R. (2001) *Performance Management*. Jakarta, PT. Gramedia Pustaka Utama.
- Buke, Visser. (2000) Organizational Communication Structure and Performance [Internet] bersumber dari www.elsevier.com/locate/econbase [diakses tanggal 4-12-2002].
- Chamim, Mi (1998) *Analisis Hubungan Tindakan Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap di RSUD Dr. Wahidin Sudirohusodo Ujung Pandang*. Tesis. Universitas Airlangga Surabaya.
- Charles, C. (1994) *How Was Your Hospital Stay? Patient Report About Their Care in Canadian Hospitals*. Canadian Medical Association Journal, volume 150 (11), pp 1813-1825.
- Damayanti, NA (2000) *Kontribusi Kinerja Perawat dan Harapan Pasien Dalam Dimensi Non Tehnik Keperawatan Terhadap Kepuasan Pasien Rawat Inap Kasus Kronis (Suatu Studi Eksplorasi dan Intervensi di Rumah Sakit)*. **Disertasi**. Universitas Airlangga Surabaya.
- Dessler G (1998) *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi pertama, Jakarta, PT Prenhallindo hal 1-35
- Depkes RI, (1994) *Pedoman Penerapan Proses Keperawatan di Rumah Sakit*, Direktorat RSU dan Pendidikan Dirjen Yanmed.
- Depkes RI, (1988) *Standar Praktek Keperawatan Bagi Perawat Kesehatan*, Dirjen Pelayanan Medis.
- Depkes RI. (1995) *Informasi Rumah Sakit*, Edisi tahun 1995 Direktorat Jenderal Pelayanan Medis.]
- Effendi, N. (1995) *Pengantar Proses Keperawatan*. Jakarta. Penerbit Buku EGC.
- Fisbach, F.T. (1991), "Documenting Care". F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Gaffar, L.D.D. (1999) *Pengantar Keperawatan Profesional*. Jakarta Penerbit Buku Kedokteran EGC.

- Gillies, D.A. (1989) *Nursing Management A System Approach*. 3rd. edition, WB. Saunders Company, Philadelphia.
- Gallerman's (1994) *Motivasi dan Produktivitas, Seri Manajemen*. PT. Pustaka Binawan Presindo Jakarta.
- Gibson, Invancevich, Donnelly (1996), *Perilaku Stuktur dan Proses Organisasi Jilid I* Penerbit Erlangga Jakarta.
- Grant & Massey, (1997) dan Maiquis & Houston (1998) *Trends Konsep Manajemen Keperawatan di Masa Depan, Bahan Kuliah Manajemen Keperawatan Program Pascasarjana Universitas Airlangga, Surabaya*.
- Griffith, J.W, Christensen PJ, 1982. *Nursing Process*, The Mosby Company, St. Louis.
- Handoko HT, (1998) *Manajemen Edisi Kedua*, Yogyakarta, BPFE, hal 293 – 315.
- Ilyas Y. (2001), *Kinerja, Teori Penilaian dan Penelitian*, Jakarta, FKU UI Depok.
- Ipa. A, Trisnantoro, Nugroho, (2000) *Studi Kasus Penggunaan Indikator Kinerja di Berbagai Organisasi Pelayanan Kesehatan Pemerintah*, *Jurnal, Manajemen Pelayanan Kesehatan*.
- Kartini Kartono. (2002) *Pemimpin dan Kpemimpinan Edisi Baru*. PT. Raja Grafindo Persada Jakarta.
- Keliat, B.A. (1990) *Proses Keperawatan*. Jakarta, Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Koontz, H , O' Donnel, C Weihrich, H, (1995) *Manajemen Edisi Kedelapan*, Jakarta, PT Gelora Aksara Pratama, hal 118-140
- Kopelman. R.E. (1986) *Managing Productivity in Organizations. A Practical, People-Oriented Perspective*. New York, Mc Graw Hill Book Company.
- Kozier,B,Erb,G,1983. *Fundamental of Nursing, Concepts and Procedure*. 2nd edition, Addition Welsey Publishing Company, California.
- Kron, Thora, W.B, 1981. *The Management of Patient Care*. Saunders Company, Philadelphia.
- Levinson, W, Cassel, C, K. (2000) *Improving Communication with Patients*. *Hospital Practice*, volume 15, pp 113-123.

- Lori S. Cook (2002) Exploring The Linkages between Quality System, Service Quality Performance Excellence, [internet] bersumber dari www.asq.org/pub/qmj/past/vol.9.issue2/cookverma.html [diakses tanggal 17-09-2002]
- Martoatmodjo, K. (1996) Meningkatkan kemampuan sumber daya manusia dalam upaya memperbaiki mutu pelayanan di rumah sakit, *Journal, IRSJAM* ke XLI. Hal.1-7
- Martoyo Susilo, (1998) *Manajemen Sumberdaya Manusia*, Edisi ketiga BPFE Yogyakarta.
- Mauro D,I,M. (1995) *The Multipurpose Surveillance-Oriented Medical Record A Tool for Quality care Management*. *International Journal of Health Care*, vol 7, No 4, pp 399-455.
- Mc Kenna E, BEECH NIC (2000), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Edisi Pertama, Yogyakarta, PT Andi
- Muchlas, M. (1997) *Perilaku Organisasi*. Yogyakarta, CV Banyu Biru.
- Nursalam (2001), *Proses Dan Dokumentasi Keperawatan : Konsep dan Praktik*, Salemba Medika, Jakarta
- Nursalam, Pariani S (2001), *Metodologi Riset Keperawatan*. CV Sagung Seto, Jakarta
- Pesik, E (1999) *Pengembangan Format Asuhan Keperawatan untuk Ruang Rawat Inap Neonatus Rumah Sakit Budi Mulia*. **Thesis**. Universitas Airlangga Surabaya.
- Potter Patricia and Perry Anna (1993) *Fundamentals of Nursing, Concept, Process & Practice*. 3rd edition, Mosby Year Book Inc, St. Louis.
- Prawirosantono, S. (1999) *Manajemen Sumber daya Manusia, Kebijakan Kinerja Karyawan*, Edisi Pertama BPFE Yogyakarta.
- Rivai, F (2000) *Analisis Faktor Dominan yang mempengaruhi Kinerja Perawat Dalam melaksanakan Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Haji Surabaya*. **Tesis**. Universitas Airlangga Surabaya.

- Robbins P. Stephen (1996), *Prilaku Organisasi, Konsep, Kontroversi, Aplikasi*, Jilid dua, Edisi Bahasa Indonesia, PT. Buana Ilmu Populer Prehalindo, Jakarta.
- Savitri, T (1997), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Magister Manajemen Rumah Sakit UGM, Yogyakarta.
- Sidohutomo A, (1999) *Formula Penghitungan Tenaga Keperawatan Berdasarkan Beban Kerja dan Kepuasan tenaga kerja di ruang rawat inap rumah sakit umum swasta kelas madya di wilayah kota madya surabaya*
- Simamora H, (1997), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jogjakarta, Penerbit STIE JPKN.
- Swansburg, R.C. (1996) *Management and Leadership for Nurse Manager*. 2nd edition, Jones and Bartlett Publisher Inc, London.
- Tim Departemen Kesehatan RI (1994) *Standar Asuhan Keperawatan*. Jakarta, Direktorat RSU dan Pendidikan Dirjen Pelayanan Medik Depkes R.I.
- Tim Keperawatan Rumkitpolpus (1990) *Pencatatan dan Pelaporan Keperawatan. Kursus Manajemen Keperawatan Pasca Kongres PERSI*, Jakarta.
- Timpe, AD (1992), *Kinerja*, Seri Manajemen Sumber Daya Manusia (Terjemahan), Jakarta, PT. Gramedia.
- Thomson (2001) *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Buku satu, PT. Salemba Emban Patria, Jakarta
- Tom R (2000) *Performance Appraisal in NHS Hospital* (internet) bersumber dari www.performance./locate (diakses tanggal 8-10-2002).

Lampiran 1**Kuesioner Perawat
(self assesment)**

Kuisoner ini merupakan formulir isian biasa dan bukan merupakan penilaian pekerjaan saudara. Tidak ada jawaban yang benar atau salah dan tidak perlu ragu-ragu dalam mengisi.

Petunjuk Pengisian :

Pilih atau isilah pertanyaan dibawah ini dengan sebenar-benarnya sesuai dengan keadaan diri anda !

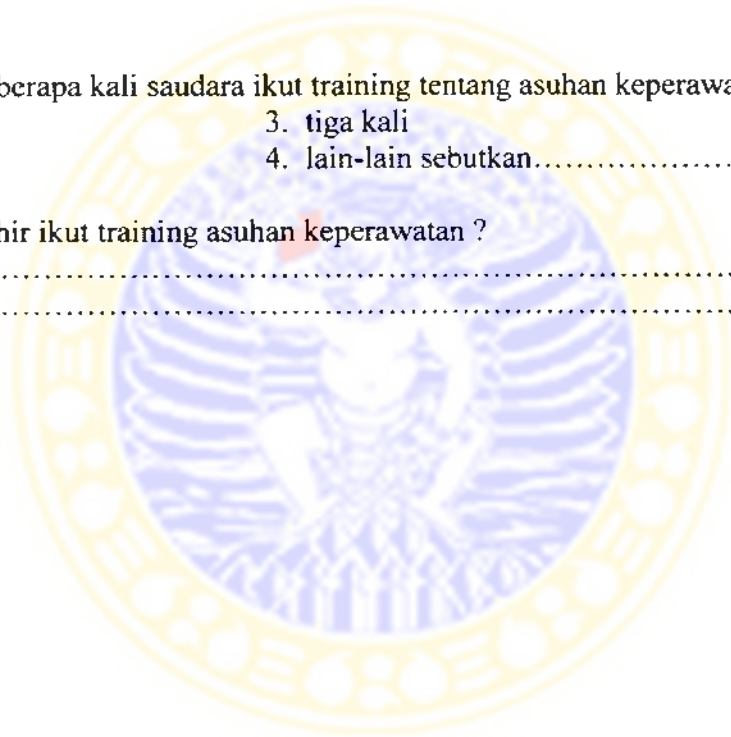
No responden :

Ruangan :

I. KARAKTERISTIK RESPONDEN

1. Jenis Kelamin saudara : 1. Pria 2. Wanita
2. Umur saudara tahun ini (thn 2002) : Tahun
3. Golongan :
4. Pendidikan terakhir : 1. SPK / SPR 3. D4 Pendidik
2. Akper 4. lain-lain, sebutkan.....
5. Sudah berapa lama anda bekerja sebagai perawat?.....
6. Sudah berapa lama saudara bekerja di RSUD Dr Soetomo Surabaya?
7. Sudah berapa lama saudara bekerja diruangan ini?
8. Apakah sebelum bertugas di ruangan ini, saudara pernah bertugas dibagian/ruangan lain di RSUD Dr Soetomo Surabaya ?
1. tidak pernah 2. pernah
9. Jika pernah, diruangan mana saja dan berapa lama ?
1. Dibagian/ruangan Selama
2. Dibagian/ruangan Selama
3. Dibagian/ruangan Selama
10. Apakah anda masih dinas jaga secara shift
1. ya
2. tidak

11. Jika ya, anda dinas apa saat ini?
1. pagi dan sore
 2. sore saja
 3. pagi, sore dan malam
 4. malam saja
 5. lain-lain
12. Ditempat kerja saudara sebagai penanggung jawab apa ?
1. penanggung jawab obat dan alat
 2. penanggung jawab pengisian dokumen asuhan keperawatan
 3. penanggung jawab SDM
 4. penanggung jawab pendidikan
 5. lain-lain sebutkan.....
13. Apakah saudara pernah ikut training tentang asuhan keperawatan ?
1. Ya
 2. tidak
14. Bila pernah berapa kali saudara ikut training tentang asuhan keperawatan ?
1. satu kali
 2. dua kali
 3. tiga kali
 4. lain-lain sebutkan.....
15. Kapan terakhir ikut training asuhan keperawatan ?
-
-



II DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

Penilaian Perawat Terhadap Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan saat ini

1. Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan yang digunakan di Unit Rawat Inap RSUD Dr. Soetomo cukup praktis :

- 1. sangat tidak setuju
- 2. tidak setuju
- 3. setuju
- 4. sangat setuju

2. Menurut saudara apakah jumlah lembar dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi sudah cukup memadai ?

- 1. sangat banyak
- 2. banyak
- 3 sedikit
- 4. sangat sedikit

Bagaimana harapan saudara dengan jumlah lembar dokumentasi asuhan keperawatan saat ini ?

3. Bagaimana tanggapan saudara terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini

- 1. sangat perlu direvisi
- 2. perlu revisi
- 3. tidak perlu direvisi
- 4. sangat tidak perlu direvisi

Bila jawaban saudara 1 dan 2 apa harapan saudara ?

Bila jawaban saudara 3 dan 4 apa harapan saudara ?.....

4. Apakah format berikut sudah lengkap tercantum didalam format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini ? 1. sangat tidak lengkap 2. tidak lengkap 3. lengkap 4. sangat lengkap

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4	K
1	Format pengkajian.					
2.	Format rekaman asuhan keperawatan					
3.	Format instruksi dokter dan catatan keperawatan (DMK 7					
4.	Format rencana asuhan keperawatan pasien pindah / pulang					
5.	Format kurva list (DMK 11).					
6.	Format tindakan dan observasi keperawatan					

KONDISI FISIK BENTUK FORMAT

1. Apakah besar huruf yang digunakan pada format dokumentasi keperawatan mudah dibaca ?
 1. sangat sulit
 2. sulit
 3. mudah
 4. sangat mudah
2. Apakah susunan kalimatnya pada format dokumentasi keperawatan mudah dimengerti?
 1. sangat sulit
 2. sulit
 3. mudah
 4. sangat mudah
3. Apakah istilah/terminologi yang digunakan pada format dokumentasi asuhan keperawatan mudah dimengerti ?
 1. sangat sulit
 2. sulit
 3. mudah
 4. sangat mudah
4. Apakah sistematika/urutan yang digunakan pada format dokumentasi asuhan keperawatan mudah dimengerti ?
 1. sangat sulit
 2. sulit
 3. mudah
 4. sangat mudah

Kemudahan terhadap pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan

1. Pada kolom di bawah ini untuk kesulitan mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan bila dilihat dari beberapa dimensi yaitu :
 - a. Waktu : waktu untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan
 - b. Pemahaman : menguasai / memahami seluruh format dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi.
 - c. Tata urutan : urutan format dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi
 - d. Fisik : Bentuk fisik format dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi

2. apakah saudara merasa sulit untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan menurut dimensi dibawah ini ?

1. sangat sulit 3. mudah
2. sulit 4. sangat mudah

No	Pernyataan	Waktu				K	Pemahaman				K	Tata urut				K	Fisik				K
		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4		1	2	3	4	
1	F.Pengkajian Askep																				
2	F.Rekaman Askep																				
3	F.Instruksi dokter dan catatan harian perawat (DMK7)																				
4	F.rencana Askep pasien pindah/pulang																				
5	F.Kurva list (DMK11)																				
6	F.tindakan dan observasi dan keperawatan																				

Motivasi perawat terhadap pengisian format dokumen asuhan keperawatan

1. Bagaimana motivasi saudara dalam mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini ? 1. Sangat tidak termotivasi 2. Tidak termotivasi
3. termotivasi 4. Sangat termotivasi

NO	PERNYATAAN	1	2	3	4	K
1	Format pengkajian.					
2.	Format rekaman asuhan keperawatan					
3.	Format instruksi dokter dan catatan keperawatan (DMK 7					
4.	Format rencana asuhan keperawatan pasien pindah / pulang					
5.	Format kurva list (DMK 11).					
6.	Format tindakan dan observasi keperawatan					

2. Menurut saudara apakah merasa terpaksa untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan ?
1. sangat terpaksa
 2. terpaksa
 3. tidak terpaksa
 4. sangat tidak terpaksa
3. Apakah saudara mempunyai niat untuk mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan ?
1. sangat tidak mempunyai niat
 2. tidak mempunyai niat
 3. mempunyai niat
 4. sangat mempunyai niat
4. Apakah saudara pernah merasakan adanya tekanan atau ketegangan jiwa selama melakukan pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan ?
1. sangat sering
 2. sering
 3. pernah
 4. tidak pernah sama sekali
5. Waktu jam dinas saudara telah usai sedang pengisian format dokumentasi asuhan keperawatan belum semua terselesaikan apakah yang saudara lakukan ?
1. tidak perlu dikerjakan
 2. menyerahkan kepada penggantinya untuk melanjutkannya
 3. sebagian dikerjakan semampunya sebagian dikerjakan esok harinya
 4. menyerahkan kepada penggantinya untuk melanjutkannya
6. Jika saudara sedang mengerjakan dokumentasi asuhan keperawatan tiba-tiba keluarga pasien memanggil, apa yang saudara lakukan ?
1. akan segera memenuhi panggilan tersebut
 2. memenuhi panggilan setelah meminta teman melanjutkannya
 3. memenuhi panggilan tersebut setelah mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan
 4. membiarkan saja

Lampiran 2**Formulir Time And Motion Study Tenaga Perawat**

Kepada Yth
Sdr/sdri Pelaksana Keperawatan
Di Ruang Rawat inap
RSUD Dr Soetomo Surabaya

Dengan Hormat

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan keperawatan di RSUD Dr Soetomo Surabaya, kami mohon partisipasi anda secara sukarela untuk mengisi dan menuliskan kegiatan anda sehari-hari mulai waktu anda datang sampai pulang secara jujur dan benar.

Jawaban anda tidak mempengaruhi kondite / penilaian pribadi anda. Atas peran serta anda, sebelum dan sesudahnya saya ucapkan terima kasih.

Petunjuk pengisian

1. Pada kolom uraian tugas, isikan kegiatan yang anda lakukan apapun bentuknya, baik kegiatan yang berhubungan dengan pasien (menyuntik, memasang infus memendikan pasien mengisi dokumen asuhan keperawatan) atau kegiatan lainnya (rapat, seminar, sholat, makan, ke bank, ke sekolah anak, dan lain-lain).
2. Dalam satu kurun waktu, dapat diisi lebih dari satu kegiatan .
3. Kolom keterangan diisi, jika ada hal-hal penting yang ditambahkan.
4. Kode tidak usah diisi

No	Jam	Uraian Tugas	Kode	Keterangan
1.	07.00-07.15	Searah terima pasien		
2.	07.15-07.30	Mengikuti visite dokter		
3.	08.00-08.15	Observasi pasien dan mencatat di catatan perawat		
4.	12.00-12.15	Mengisi dokumentasi asuhan keperawatan		
5.	12.15-12.30	Istirahat, sholat, makan siang		

No responden =(diisi oleh peneliti)
 Jabatan =(mohon di isi)
 Hari/tanggal =(mohon diisi)
 Ruang =(mohon diisi)
 Dinas pagi

No	Jam	Uraian tugas	Kode	Keterangan
1.	07.00-07.30			
2.	07.00-07.45			
3.	07.45-08.00			
4.	08.00-08.15			
5.	08.15-08.30			
6.	08.30-08.45			
7.	08.45-09.00			
8.	09.00-09.15			
9.	09.15-09.30			
10.	09.30-09.45			
11.	09.45-10.00			
12.	10.00-10.15			
13.	10.15-10.30			
14.	10.30-10.45			
15.	10.45-11.00			
16.	11.00-11.15			
17.	11.15-11.30			
18.	11.30-11.45			
19.	11.45-12.00			
20.	12.00-12.15			
21.	12.15-12.30			
22.	12.30-12.45			
23.	12.45-13.00			
24.	13.00-13.15			
25.	13.15-13.30			

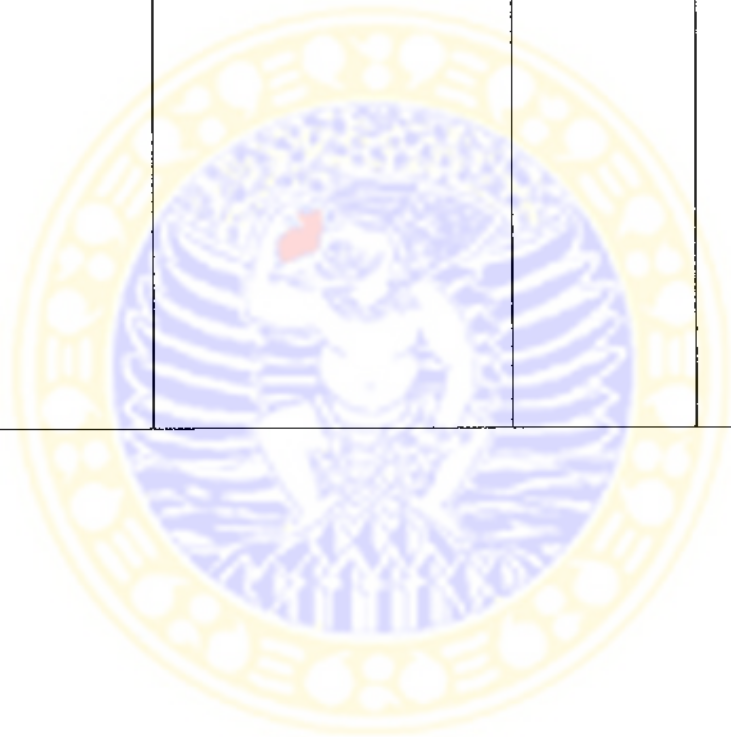
No responden =(diisi oleh peneliti)
 Jabatan =(mohon di isi)
 Hari/tanggal =(mohon diisi)
 Ruang =(mohon diisi)
 Dinas sore

No	Jam	Uraian tugas	Kode	Keterangan
1	13.30-13.45			
2	13.45-14.00			
3	14.00-14.15			
4	14.15-14.30			
5	14.30-14.45			
6	14.45-15.00			
7	15.00-15.15			
8	15.15-15.30			
9	15.30-15.45			
10	15.45-16.00			
11	16.00-16.15			
12	16.15-16.30			
13	16.30-16.45			
14	16.45-17.00			
15	17.00-17.15			
16	17.15-17.30			
17	17.30-17.45			
18	17.45-18.00			
19	18.00-18.15			
20	18.15-18.30			
21	18.30-18.45			
22	18.45-19.00			
23	19.00-19.15			
24	19.15-19.30			
25	19.30-19.45			
26	19.45-20.00			

No responden =(diisi oleh peneliti)
 Jabatan =(mohon di isi)
 Hari/tanggal =(mohon diisi)
 Ruang =(mohon diisi)
 Dinas malam

No	Jam	Uraian tugas	Kode	Keterangan
1	20.00-20.15			
2	20.15-20.30			
3	20.30-20.45			
4	20.45-21.00			
5	21.00-21.15			
6	21.15-21.30			
7	21.30-21.45			
8	21.45-22.00			
9	22.00-22.15			
10	22.15-22.30			
11	22.30-22.45			
12	22.45-23.00			
13	23.00-23.15			
14	23.15-23.30			
15	23.30-23.45			
16	23.45-24.00			
17	24.00-24.15			
18	24.15-24.30			
19	24.30-24.45			
20	24.45-01.00			
21	01.00-01.15			
22	01.15-01.30			
23	01.30-01.45			
24	01.45-02.00			
25	02.00-02.15			
26	02.15-02.30			

27	02.30-02.45			
28	02.45-03.00			
29	03.00-03.15			
30	03.15-03.45			
31	03.45-04.00			
32	04.00-04.15			
33	04.15-04.30			
34	04.30-04.45			
35	04.45-05.00			
36	05.00-05.15			
37	05.15-05.30			
38	05.30-05.45			
39	05.45-06.00			
40	06.00-06.15			
41	06.15-06.30			
42	06.30-07.00			



Lampiran 3

Kuisisioner Staf Keperawatan (Kabid, Kasie, Karu)

Petunjuk

1. Mohon kesediaan waktu untuk mengisi kuisisioner yang kita ajukan, informasi yang kita dapatkan dari bapak/ibu/saudara, akan menjadikan masukan mengenai format dokumentasi asuhan keperawatan yang saat ini di gunakan di rumah sakit

2. Pilihlah jawaban yang sesuai dengan penilaian dan pengetahuan bapak/ibu/saudara

No Responden

Ruangan

1. Karakteristik responden

1. Jenis kelamin

: 1. Pria

2. wanita

2. Umur

:tahun

3. Pendidikan terakhir

: 1. SPK/SPR

3. D4 Pendidik

2. Akper/DIII

4. Lain-lain sebutkan

4. Jabatan

: Kabid/Kasie/Karu

lain-lain sebutkan.....

5. Lama kerja diruangan

:tahun

Di RSUD Dr. Sutomo

:tahun

6. Apakah saudara bertanggung jawab menangani pengisian dokumentasi asuhan keperawatan ?

1. Ya

2. Tidak

Penilaian Staf Keperawatan (Kabid, Kasie, Karu) terhadap Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1. Format dokumentasi asuhan keperawatan yang digunakan di unit rawat inap RSUD Dr. Soetomo cukup praktis

- | | | |
|------------------------|------------------|--------------------------|
| 1. Sangat tidak setuju | 3. setuju | <input type="checkbox"/> |
| 2. tidak setuju | 4. sangat setuju | |

2. Menurut saudara apakah jumlah lembar dokumentasi asuhan keperawatan yang harus diisi sudah cukup memadai ?

- | | | |
|------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. sangat banyak | 3. sedikit | <input type="checkbox"/> |
| 2. banyak | 4. sangat sedikit | |

Bagaimana harapan saudara dengan jumlah lembar dokumentasi asuhan keperawatan saat ini ?.....

.....

.....

3. Bagaimana tanggapan saudara terhadap format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini

- | | | |
|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|
| 1. sangat perlu direvisi | 3. tidak perlu direvisi | <input type="checkbox"/> |
| 2. perlu direvisi | 4. sangat tidak perlu direvisi | |

bila jawaban saudara 1 dan 2 apa harapan saudara ?.....

.....

.bila jawaban saudara 3 dan 4 apa harapan saudara ?.....

.....

4. Apakah format berikut sudah lengkap tercantum didalam format dokumentasi asuhan keperawatan saat ini ?

1. sangat tiidak lengkap
2. tidak lengkap
3. lengkap
4. sangat lengkap

No	Pernyataan	1	2	3	4
1	Format pengkajian				
2	Format rekaman asuhan keperawatan				
3	Format instruksi dokter dan catatan keperawatan (DMK 7)				
4	Format rencana asuhan keperawatan pasien pindah / pulang				
5	Format kurva list (DMK 11)				
6	Format tindakan dan observasi keperawatan				

Lampiran 4

CHECK LIST KINERJA PERAWAT BERDASARKAN PENERAPAN

DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

(DIISI OLEH PENELITI)

Ruangan :

Initial Perawat :

A. Pengkajian keperawatan

Kriteria pengkajian data

1. Menggunakan format yang baku ya tidak K
2. Format diisi lengkap sesuai dengan
item yang tersedia ya tidak K
3. Meliputi data biologis ya tidak K
4. Meliputi data psikologis ya tidak K
5. Meliputi data social ya tidak K
6. Meliputi data spiritual ya tidak K

B. Diagnosa keperawatan

Kriteria diagnosa keperawatan

1. Diagnosa keperawatan dihubungkan
dengan penyebab kesenjangan ya tidak K
2. Komponennya terdiri dari : masalah, penyebab
dan tanda/gejala (masalah actual) atau masalah
dan penyebab (masalah potensial) ya tidak K

3. Diagnosa ditulis lengkap sesuai

dengan masalah keperawatan ya tidak K

C. Perencanaan keperawatan

Kriteria perencanaan keperawatan

1. Mengandung tujuan yang biasa diukur

dan dalam batas waktu yang tegas ya tidak K

2. Rencana tindakan sesuai dengan tujuan

asuhan keperawatan yang telah disusun ya tidak K

3. Kalimat instruksi, ringkas, tegas

dengan bahasa yang mudah dimengerti ya tidak K

D. Tindakan keperawatan

Kriteria intervensi keperawatan

1. Dilaksanakan sesuai rencana

Keperawatan ya tidak K

2. Semua tindakan dicatat

ya tidak K

E. Evaluasi

Kriteria evaluasi keperawatan

1. Setiap tindakan dilakukan evaluasi ya tidak K

2. Menggunakan indicator yang ada

pada tujuan ya tidak K

3. Hasil evaluasi dicatat

ya tidak K

F. Catatan keperawatan

Kriteria catatan asuhan keperawatan

1. Penulisan jelas menggunakan istilah

yang baku ya tidak K

2. Sesuai dengan pelaksanaan proses

perawatan dari pengkajian, perencanaan,

pelaksanaan dan evaluasi ya tidak K

3. Setiap pencatatan harus mencantumkan

initial atau paraf dan nama perawat ya tidak K

4. Menggunakan formulir yang baku ya tidak K

Lampiran 5**RSU Dr. SOETOMO SURABAYA
BIDANG KEPERAWATAN****PENGKAJIAN AWAL KEPERAWATAN
DI ICU (INSTALASI RAWAT INTENSIF & REANIMASI)****NO REKAM MEDIK :****I. IDENTITAS PASIEN**

- | | | | |
|------------------|---|---------------------------|---|
| 1 Nama Pasien | : | 7 Umur | : |
| 2 Pendidikan | : | 8 Agama | : |
| 3 Pekerjaan | : | 9 Bahasa yg. digunakan | : |
| 4 Tgl. Masuk ICU | : | 10 Status perkawinan | : |
| 5 Diagnosa Medis | : | 11 Alamat | : |
| 6 Diagnosa Medis | : | 12 Tgl, Jam, Pengmbl Data | : |

II. RIWAYAT KESEHATAN

1. Riwayat penyakit sekarang :

2. Riwayat kesehatan yang lalu & riwayat kesehatan keluarga :

III. PEMERIKSAAN FISIK / BIOLOGIS :**1. Sistem Pernafasan**

- a. Nafas : Spontan Ventilator ETT Tracheostomy
- b. Mode : IPPV/CR BIBAP SIMV ASB/PS CPAP
- c. Frekwensi Pernafasan
 - ❖ Freq Ventilator :
 - ❖ Freq Nafas Spontan :
 - ❖ RR Pada Monitor :

- d. FiO₂ : %
- e. Peep :
- f. Insp MV :
- g. Exp MV :
- h. SpaO₂ :
- i. Suara nafas : TAK Ronchi Wheezing Rales
- j. Gerakan dada : Simetris Asimetris Retraksi Intercostal Tracheal

Tug

k. Sputum

- ❖ Konsistensi: Encer Kental Kering
- ❖ Warna : Putih jernih Hijau Hijau Pink Darah Kekuningan
- ❖ Berbau : Ya Tidak

- l. Keadaan luka Kering Basah Kemerahan Berbau Kotor

Tracheostomy

- m. Penggunaan : Ya Tidak Jenis obat : Dosis :
obat Bronchodilator

- n. Penggunaan Ya Tidak
nebulizer

- o. Bulleau drainage Ya Tidak Jumlah Drain : kanan : cc/ jam
Kekuatan menghisap : kiri : cc/ jam

- p. Kultur Sputum Positif Negatif Jenis kuman :

Sensitive terhadap anti biotic ;

.....
.....

2. Sistem Cardiovakuler

- a. Tekanan Darah : mmHg ABP ABP Manual
- b. Nadi : x/mnt Reguler Ireguler Adekuat Lemah
- c. Suhu : °C
- d. CVP : CmH₂O, keadaan luka Bersih Kering Basah
CVP Dolor collar Tumor

- e. Infuse perifer Ya Tidak Lokasi infuse Kaki Tangan
Keadaan
Tusukan infuse Dolor Color Tumor Nekrosis Bernanah
- f. Irama jantung Sinus Bradicardi AT AF VT
 VF Lain-lain :
- g. Suara jantung S1 S2 Mur-mur Lain-lain :.....
- h. Nyeri dada Ya Tidak Intermiten Menetap
- i. Palpitasi Ya Tidak
- j. Perfusi HKM BDP kapilari refill time : Detik
- k. Pemb dopamine Ya Tidak Dosis : Mcg (gama)/kg BB : cc/jam
- l. Pemb dobutamin Ya Tidak Dosis : Mcg (gama)/kg BB : cc/jam
- m. Pemberian stretokinase Ya Tidak Dosis :
- n. Perdarahan Ya Tidak Lokasi perdarahan JMI : cc
3. Sistem kesadaran / persyarafan
- a. Kesadaran CM Apatis Somnolen Sopor Coma
- b. GCS : E : V : M :
- c. Kejang Ya Tidak Tonic Clonic Trismus Epistotonus
- d. Pupil Isokor Anisokor Ukuran pupil :
Reflek cahaya :
- e. Drain Ya Tidak , jumlah drain
- f. Sakit kepala Ya Tidak
4. Sistem urogenital
- a. BAK Spontan Dower Produksi urine : cc/jam
Kateter warna urine Jernih keruh
- b. Tanggal pemasangan kateter : lain-lain
- c. Keadaan Urifisium Tak Color Dolor Tumor kering
/ genital Keputihan Menstr/ Nifas lain-lain
- d. Pemberian diuretic Ya Tidak Jenis obat :
Dosis :
- e. Irigasi Ya Tidak Jenis cairan :

5. Sistem pencernaan

- a. Makan Oral Sonde Jenis makanan / sonde :
Volume : cc/24 jam
Frekuensi : x/hari
- b. Minum : cc/hari
- c. Bab Lembek Keras Diare Melena : cc
 Spontan Bowell / dievakuasi
- d. Abdomen TAK Kembung Tegang Asites
- e. Bising usus ada tidak ada hiper nyeri
.....x/mnt peristaltik tekan
- f. Muntah Ya tidak jumlah :.....cc
- g. Kesulitan menelan Ya tidak
- h. Colostomy Ya Tidak Produksi : cc Konsistensi :

6. Sistem Integument : Musculoskeletal

- a. Keadaan kulit Normal Decubitus, lokasi : Grae : ukuran :
 Bulla Eritama Fistula Pucat Lain-lain
- b. Ekstremitas TAK Fraktur lokasi :
 Parese Plegi Paraplegi Tetraplegi

			<p>Menggunakan kateter suction dengan ukuran 1/3 dari lumen ETT/TTK,</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lakukan pengisapan kurang dari 15 detik <input type="checkbox"/> Sebelum pengisapan berikutnya lakukan oksigenisasi lagi <input type="checkbox"/> Lakukan fisioterapi nafas dengan claping, vibrating dan postural drainage tiap 4 jam <input type="checkbox"/> Kolaborasi untuk pemberian mukolitik <input type="checkbox"/> Observasi tanda-tanda vital sebelum, selama dan sesudah suction <input type="checkbox"/> Perhatikan batas aqua dan humidi-fier tetap hangat 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengukur nadi <input type="checkbox"/> Mengukur tensi <input type="checkbox"/> Mengukur RR <input type="checkbox"/> Mengecek humidifier 	P :
--	--	--	--	---	-----

Data	Dx. Perawatan	Perencanaan Keperawatan	Tgl/ Jam	Tindakan Keperawatan	Tgl/ Jam	Evaluasi
S :	Potensial terjadi infeksi pembuluh darah balik sehubungan dengan pemasangan infuse / CVP	<p>Tujuan</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tidak terjadi infeksi pembuluh darah balik dalam waktu 3 x 24 <p>Kriteria</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tidak didapatkan nyeri tekan <input type="checkbox"/> Suhu tubuh dalam batas normal : 36 <input type="checkbox"/> Tidak ada tanda-tanda radang seperti : color, dolor, tumor, rubor, dan functiolaesa <p>Intervensi</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jelaskan pada Px tentang tindakan yang akan dilakukan <input type="checkbox"/> rawat luka tusukan infuse/CVP secara aseptik setiap hari <input type="checkbox"/> lakukan fixsasi infuse dengan baik <input type="checkbox"/> catat di status pasien tanggal dan jam pemasangan infuse 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> menjelaskan pada Px tentang tindakan yang akan dilakukan <input type="checkbox"/> merawat luka tusukan infuse/CVP secara aseptik setiap hari <input type="checkbox"/> melakukan fixsasi infuse dengan baik <input type="checkbox"/> mencatat di status pasien tanggal dan jam pemasnganb infuse 		

			<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ganti slang infuse setiap 2 hari sekali <input type="checkbox"/> catat tanggal penggantian slang infuse dan tempelkan pada slang infuse di bagian yang mudah dilihat petugas <input type="checkbox"/> ganti kanula infuse dan pindahkan ke lokasi lain setiap 3 x 24 jam <input type="checkbox"/> observasi tanda-tanda vital : suhu, nadi, dan tensi setiap jam <input type="checkbox"/> encerkan obat-obat injeksi sebelum dimasukkan intra vena <input type="checkbox"/> hindari pemberian cairan infuse yang mempunyai osmolaritas tinggi di vena perifer <input type="checkbox"/> segera kanule dilepas dan dipindah ke lokasi lain bila didapatkan tanda-tanda radang pada lokasi infuse <input type="checkbox"/> lakukan pemasangan infuse secara aseptik 		<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> mengganti slang infuse setiap 2 hari sekali <input type="checkbox"/> mencatat tanggal penggantian slang infuse dan menempelkan pada slang infuse di bagian yang mudah dilihat petugas <input type="checkbox"/> mengganti kanula infuse dan memindahkan ke lokasi lain setiap 3 x 24 jam <input type="checkbox"/> observasi tanda-tanda vital : suhu, nadi <input type="checkbox"/> mengencerkan obat-obat injeksi sebelum dimasukkan intra vena perifer <input type="checkbox"/> segera melepas kanul dan dipindah ke lokasi lain bila didapatkan tanda-tanda radang atau bengkak pada lokasi infuse <input type="checkbox"/> melakukan pemasangan infuse secara aseptik 	
--	--	--	--	--	---	--