



SKRIPSI

HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN DENGAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RS STELLA MARIS MAKASSAR

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Dalam
Program Studi Ilmu Keperawatan Pada Sekolah Tinggi Ilmu
Kesehatan (STIK) Stella Maris Makassar**

**OLEH:
Agustinus Yurdani
C.1414.201.002
Charles Rante Arru
C.1414.201.007**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS
MAKASSAR
2018**



SKRIPSI

HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN DENGAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DI RS STELLA MARIS MAKASSAR

PENELITIAN NON-EKSPERIMEN

**OLEH:
AGUSTINUS YURDANI
C.1414.201.002
CHARLES RANTE ARRU
C.1414.201.007**

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
STELLA MARIS
MAKASSAR
2018**

PERNYATAAN ORISINALITAS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Agustinus Yurdani (C1414201002)

Charles Rante Arru (C1414201007)

Menyatakan dengan sungguh-sungguh bahwa skripsi ini merupakan hasil karya kami sendiri dan bukan merupakan duplikasi ataupun plagiasi (jiplakan) dari hasil penelitian orang lain.

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sebenar-benarnya.

Makassar, 11 April 2018

Yang Menyatakan



Agustinus Yurdani

(C1414201002)



Charles Rante Arru

(C1414201007)

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN
DENGAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN
DI RS STELLA MARIS
MAKASSAR**

Diajukan oleh :

AGUSTINUS YURDANI

C.1414.201.002

CHARLES RANTE ARRU

C.1414.201.007

Disetujui oleh :

Pembimbing



(Elmiana B. Linggi.,Ns.,M.Kes.)

NIDN.0925027603

**Wakil Ketua 1
Bidang Akademik**



(Henny Pongantung.,Ns.,MSN)

NIDN.0912106501

**HALAMAN PENETAPAN PANITIA
SKRIPSI**

**HUBUNGAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN
DENGAN KELENGKAPAN DOKUMENTASI
ASUHAN KEPERAWATAN
DI RS STELLA MARIS
MAKASSAR**

Yang dipersiapkan dan disusun oleh:
Agustinus Yurdani (C.1414.201.002)
Charles Rante Arru (C.1414.201.007)

Telah dibimbing dan disetujui oleh:

(Elmiana B. Linggi.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0925027603

Telah Diuji dan dipertahankan

Di Hadapan Dewan Penguji Pada Tanggal 11 APRIL 2018

Susunan Dewan Penguji

Penguji I

(Rosdewi.,SKp.,MSN)
NIDN. 0906097002

Penguji II

(Matilda M. Paseno.,Ns.,M.Kes)
NIDN. 0925107502

Penguji III

(Elmiana B. Linggi.,Ns.,M.Kes)

NIDN: 0925027603

Makassar, 10 April 2018

Program S1 Keperawatan dan Ners
Ketua STIK Stella Maris Makassar



(Siprianus Abdu.,S.St.,Ns.,M.Kes)

NIDN. 0928027101

PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Agustinus Yurdani (C1414201002)
Charles Rante Arru (C1414201007)

Menyatakan menyetujui dan memberikan kewenangan kepada Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris untuk menyimpan, mengalih media/formatkan, merawat dan mempublikasikan skripsi ini kepentingan pengembangan ilmu pengetahuan.

Makassar, 11 April 2018

Yang Menyatakan



Agustinus Yurdani
(C1414201002)



Charles Rante Arru
(C1414201007)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis hanturkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmat-Nya kami dapat menyelesaikan skripsi kami yang berjudul **“Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar”**.

Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan (S.Kep) pada Pada Program Studi Ilmu Keperawatan STIK Stella Maris Makassar.

Terselesainya skripsi ini erat kaitannya dengan doa dan dukungan dari berbagai pihak, untuk itu penulis menyampaikan terima kasih kepada:

1. Siprianus A, S.Si.,Ns., M.Kes selaku Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Stella Maris Makassar.
2. Henny Pongantung, S.Kep.,Ns.,MSN selaku kepala bagian akademik dan kemahasiswaan.
3. Fransiska Anita E,Ns.,M.Kep.,Sp.KMB selaku Ketua Program Studi S1
4. Elmiana Bongga L,Ns.,M.Kes selaku dosen pembimbing yang telah memberikan bimbingan, motivasi serta pengarahan kepada penulis dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Kepada seluruh dosen dan tenaga kependidikan STIK Stella Maris yang telah membimbing, mendidik dan memberi pengarahan selama penulis mengikuti pendidikan.
6. Kepada kedua orang tua dan saudara/i secara khusus yang telah banyak memberi kasih sayang, perhatian, semangat, doa serta telah membiayai penulis dalam pendidikan dan dalam menyelesaikan skripsi ini.

7. Seluruh rekan-rekan seperjuangan saya mahasiswa/i STIK Stella Maris Makassar program S1 terima kasih karena selalu memberikan support kepada saya.
8. Semua pihak yang tidak dapat penulis sebutkan satu-persatu, yang telah mengambil bagian dalam perjalanan hidup penulis lewat setiap dukungan doa, semangat, tenaga bahkan materi.

Akhir kata, semoga skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan menjadi sumber institusi bagi penelitian selanjutnya.

Makassar, 11 April 2018

Penulis

ABSTRAK

Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. (dibimbing oleh Elmiana B. Linggi)

Agustinus Yurdani Charles Rante Arru

**PROGRAM STUDI S1 KEPERAWATAN DAN NERS
XVII + 55 Halaman + 26 Pustaka + 9 Tabel + 8 Lampiran**

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan hal yang sangat penting karena pendekatan proses keperawatan menjadi kerangka akuntabilitas perawat profesional dan pendokumentasian yang tidak dilakukan dengan lengkap dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan dan Supervisi kepala ruangan sangat berhubungan erat dengan hasil pendokumentasian keperawatan, karena supervisi merupakan suatu kegiatan yang mengandung dua dimensi pelaku, yaitu pimpinan dan anggota atau orang yang di supervisi. Kedua dimensi pelaku tersebut walaupun secara administratif berbeda level dan perannya, namun dalam kegiatan supervisi keduanya memiliki adil yang sama-sama penting. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana dengan menggunakan metode penelitian observasional analitik dengan desain penelitian yang digunakan adalah cross sectional, pengambilan sampel menggunakan teknik proportional stratified random sampling dengan jumlah sampel 61 responden. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner dan lembar observasi. Data dianalisis menggunakan uji chi-square. Hasil penelitian didapatkan nilai $p = 0,00 < \alpha = 0,05$ Hasil ini menunjukkan bahwa adanya hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana.

**Kata Kunci :Supervisi Kepala Ruangan, Kelengkapan
Dokumentasian Asuhan Keperawatan**

Pustaka : 26 (2002 - 2016)

ABSTRACT

**Relationship Supervision Room Head With Documentation
Completeness Nursing Care
At Stella Maris Hospital Makassar.
(guided by Elmiana B. Linggi)**

Agustinus Yurdani Charles Rante Arru

**STUDY PROGRAM S1 NURSING AND NERS
XVII + 55 Pages + 26 Library + 9 Table + 8 Attachments**

Documentation of nursing care is very important because the nursing process approach into a professional nurse accountability framework and documentation that is not done completely can reduce the quality of care services because it can not identify the extent to which the level of success of nursing care that has been given and the headroom Supervision is closely linked with the results of documenting nursing, because supervision is an activity that contains two dimensions of the perpetrator, namely the leadership and members or people in supervision. Both dimensions of the actors are administratively different in level and role, but in the supervision activities both have equally important. The purpose of this study was to determine the relationship of head room supervision with the completeness of documenting nursing care by the nurse executing by using analytic observational research method with the research design used is cross sectional, sampling using proportional stratified random sampling technique with sample size 61 respondents. The instruments used were questionnaires and observation sheets. Data were analyzed using chi-square test. The result of the research was obtained $p = 0,00 < \alpha = 0,05$ This result indicate that existence of correlation of head of room head with completeness of documentation of nursing care by nurse executor.

**Keywords : Head Room Supervision, Documentation Completeness
of Nursing Care**

Library : 26 (2002 - 2016)

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL DEPAN.....	i
HALAMAN SAMPUL DALAM.....	ii
PERNYATAAN ORISINALITAS	iii
HALAMAN PERSETUJUAN	iv
HALAMAN PENETAPAN PANITIA PENGUJI.....	v
PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI PENELITIAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
ABSTRAK	ix
HALAMAN DAFTAR ISI.....	xi
HALAMAN DAFTAR TABLE	xii
HALAMAN DAFTAR GAMBAR.....	xiii
HALAMAN DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH	xv
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah	5
C. Tujuan Penelitian	6
1. Tujuan Umum	6
2. Tujuan Khusus	6
D. Manfaat	6
1. Bagi Rumah Sakit.....	6
2. Bagi Institusi Pendidikan	6
3. Bagi Mahasiswa	7
4. Bagi Penelitian Selanjutnya.....	7
BAB II TINJAUAN TEORITIS.....	8
A. Tinjauan Umum Supervisi Keperawatan	8
1. Pengertian supervisi.....	8
2. Manfaat supervisi	8

3. Unsur pokok dalam supervisi	9
a. Pelaksanaan	9
b. Sasaran.....	10
c. Frekuensi	10
d. Tujuan	10
e. Teknik	11
4. Prinsip pokok dalam supervisi.....	11
5. Pelaksanaan supervisi	12
6. Teknik supervisi.....	13
a. Pengamatanlangsung	13
b. Kerjasama	14
7. Kompetensi supervisi	14
8. Tugas supervisi	15
B. Tinjauan Umum Dokumentasi Keperawatan	15
1. Pengertian dokumentasi keperawatan	15
2. Tinjauan dokumentasi keperawatan.....	16
3. Manfaat dokumentasi keperawatan	16
4. Komponen model dokumentasi keperawatan	18
5. Karakteristik dan prinsip dokumentasi.....	18
6. Standar dokumentasi	20
7. Dokumentasi asuhan keperawatan	22
a. Dokumentasi pengkajian.....	22
b. Dokumentasi diagnosa keperawatan	26
c. Dokumentasi rencana tindakan	27
d. Dokumentasi intervensi / tindakan keperawatan	29
e. Dokumentasi evaluasik eperawatan.....	30
C. Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan	31
BAB III KERANGKA KONSEPTUALdan HIPOTESIS PENELITIAN...	34
A. Kerangka Konseptual	34
B. Hipotesis	36

C. Defenisi Operasional	36
BAB IV METODE PENELITIAN	38
A. Jenis Penelitian	38
B. Tempat dan Waktu Penelitian	38
C. Populasi dan Sampel	38
D. Isntrumen Penelitian.....	40
E. Pengumpulan Data.....	41
F. Pengolahan dan Penyajian Data.....	43
G. Analisis Data	43
BAB V HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	45
A. Hasil Penelitian	45
B. Pembahasan	51
BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN.....	54
A. Kesimpulan	54
B. Saran	54

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Defenisi operasional variabel penelitian

Tabel 3.2 Data perwakilan sampel

Tabel 5.1 Distribusi frekuensi menurut jenis kelamin

Tabel 5.2 Distribusi frekuensi menurut usia

Tabel 5.3 Distribusi frekuensi menurut tingkat endidikan

Tabel 5.4 Distribusi frekuensi menurut lama kerja

Tabel 5.5 Distribusi frekuensi supervisi kepala ruangan

Tabel 5.6 Distribusi frekuensi dokumentasi asuhan keperawatan

Tabel 5.7 Hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3.1 Bagan Kerangka Konseptual

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1.	Rencana jadwal kegiatan
Lampiran 2.	Surat izin Pengambilan Data Awal
Lampiran 3.	Istrumen Penelitian
Lampiran 4.	Lembar konsul
Lampiran 5.	Surat Ijin Penelitian
Lampiran 6.	Surat Keterangan Telah Melaksanakan Penelitian
Lampiran 7.	Master Tabel
Lampiran 8.	Hasil SPSS/Analisa

DAFTAR ARTI LAMBANG, SINGKATAN, DAN ISTILAH

<i>PPNI</i>	= <i>Persatuan Perawat Nasional Indonesia</i>
RSUD	= Rumah Sakit Umum Daerah
MPKP	= Model Praktek Keperawatan Profesional
Depkes RI	= Departemen Kesehatan Republik Indonesia
RS	= Rumah Sakit
Kemendes RI	= Kementrian Kesehatan Republik Indonesia
Variabel independen	= Variabel Bebas
Variabel dependen	= Variabel Kontrol
A	= Derajat Kemaknaan
<i>P</i>	= Nilai Kemungkinan/Probability Contuinity
	<i>Correction</i>
n	= Jumlah Sampel
N	= Jumlah Populasi
F	= Frekuensi
Bio	= biologi
Psiko	= psikologi
Sosio	= sosial
PE	= Problem dan Eteologi
PES	= Problem, Eteologi dan Simtom

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Rumah Sakit merupakan pusat layanan kesehatan yang terdiri dari berbagai profesi yang membentuk suatu kesatuan dan saling berpengaruh satu sama lain. Rumah Sakit dalam menjalankan fungsinya perlu penataan atau manajemen untuk memberikan pelayanan yang terbaik. Manajemen keperawatan yang di kelola dan dilaksanakan dengan baik akan menghasilkan suatu pelayan yang baik pula kepada klien yang di rawat di rumah sakit. Pelayanan keperawatan sebagai salah satu sub sistem pelayanan kesehatan di Rumah Sakit merupakan komponen sentral untuk terwujudnya pelayanan kesehatan yang bermutu. Dalam meningkatkan mutu, maka perawat harus mampu melaksanakan asuhan keperawatan sesuai standar yaitu mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi berikut dokumentasinya (suara, 2010).

Mutu asuhan keperawatan dapat tergambar dari dokumentasi proses keperawatan (Gillies, 1994 dalam Yanti, 2013). (Dalami, 2011) dokumentasi dalam keperawatan memegang peranan penting terhadap segala macam tuntutan masyarakat yang semakin kritis dan mempengaruhi kesadaran masyarakat akan hak-haknya dari suatu unit kesehatan. Pendokumentasian merupakan suatu kegiatan pencatatan, pelaporan atau merekam suatu kejadian serta aktivitas yang dilakukan dalam bentuk pemberian pelayanan yang dianggap penting dan berharga. (Nursalam, 2008) pendokumentasian yang tidak dilakukan dengan lengkap dapat menurunkan mutu pelayanan keperawatan karena tidak dapat mengidentifikasi sejauh mana tingkat keberhasilan asuhan keperawatan yang telah diberikan, dalam aspek legal perawat tidak mempunyai bukti tertulis jika klien menuntut ketidak puasan akan

pelayanan keperawatan.

Setiap pelaksanaan proses keperawatan, perawat akan selalu melakukan pencatatan atau sering disebut pendokumentasian, mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Dokumentasi merupakan aspek penting dari praktik keperawatan karena berisi catatan-catatan yang berguna untuk komunikasi, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit dan dokumentasi legal. Dokumentasi didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang, dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawatan tetapi juga membuktikan pertanggungjawaban setiap anggota tim perawat dalam memberikan perawatan (Potter & Perry, 2005 dalam Wirawan 2013).

Dokumentasi keperawatan merupakan sesuatu yang mutlak harus ada sebagai bukti profesionalisasi keperawatan. Ia juga merupakan salah satu upaya dalam mempertahankan keperawatan sebagai suatu profesi yang luhur dan terpuja di masyarakat (Dinarti, 2013). (Fischbach, 1991 dalam Manurung, 2011,) dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi kesehatan klien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat. (Perry & Potter, 2005 dalam Wirawan 2013) dokumentasi yang akurat adalah salah satu pertahanan diri yang terbaik terhadap tuntutan yang berkaitan dengan asuhan keperawatan. Catatan dokumentasi berfungsi sebagai bukti tertulis terhadap segala sesuatu yang terjadi dan dilakukan kepada klien. Asuhan keperawatan dapat saja berjalan dengan sangat baik, namun asuhan keperawatan yang tidak didokumentasikan berarti asuhan yang tidak dilakukan dalam pengadilan hukum.

(Gibson, 1996 dalam Dewi 2007) menjelaskan bahwa terdapat tiga kelompok variabel yang mempengaruhi perilaku kinerja personel dalam

melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan, yaitu : variabel individu, organisasi, dan psikologi. (Ilyas, 2002) menyatakan perlu adanya variabel kontrol dan supervisi pada kelompok organisasi salah satu variabel organisasi adalah sub variabel kepemimpinan yaitu kepemimpinan dari kepala ruangan.

Menurut Keliat (2012) manajer keperawatan atau kepala ruang memiliki tanggung jawab dalam pelaksanaan asuhan keperawatan yang efektif serta aman kepada sejumlah pasien dan memberikan kesejahteraan fisik, emosional dan kedudukan bagi perawat. Menurut Marquis dan Huston (2006), kepala ruangan (head nurse) sebagai manajer unit mempunyai tanggung jawab utama mengatur aktivitas perawatan melalui pelaksanaan manajerial yang meliputi fungsi, perencanaan, pengorganisasian pengaturan staf, penggerakkan atau pengarahan, dan pengawasan.

Kontrol terhadap dokumentasi asuhan keperawatan merupakan hal yang sangat penting untuk menjamin dokumentasi asuhan keperawatan ditulis secara lengkap dan dapat di pertanggung jawabkan. Kontrol yang dilakukan dalam manajemen keperawatan salah satunya adalah dengan supervisi. Supervisi merupakan upaya untuk membantu pembinaan dan peningkatan kemampuan pihak yang di supervisi agar mereka dapat melaksanakan tugas kegiatan yang telah di tetapkan secara efisien dan efektif (Sudjana, 2004 dalam Nursalam, 2011).

Supervisi keperawatan merupakan suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Supervisi memungkinkan seorang manajer keperawatan menemukan berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang yang bersangkutan melalui analisis secara komperhensif bersama – sama dengan anggota perawat secara efektif dan efisien (Arwani, 2006). Menurut Keliat (2012) supervisi adalah proses

pengawasan terhadap pelaksanaan kegiatan untuk memastikan apakah kegiatan tersebut berjalan sesuai tujuan organisasi dan standar yang telah ditetapkan. Supervisi dilakukan oleh orang yang memiliki kemampuan yang cakap dalam bidang yang disupervisi. Supervisi biasanya dilakukan oleh atasan terhadap bawahan atau konsultan terhadap pelaksana. (Sugiharto, 2013) supervisi klinik tidak diartikan sebagai pemeriksaan atau upaya mencari-cari kesalahan, melainkan suatu pengawasan partisipatif dengan mendahulukan penghargaan atas pencapaian hasil positif dan memberikan jalan keluar untuk hal-hal yang masih belum berhasil dilakukan.

Beberapa penelitian yang telah dilakukan di berbagai Rumah Sakit terlihat bahwa pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan masih banyak yang belum terlaksana dengan baik. Hal ini dapat dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Pribadi (2009) di Ruang Rawat Inap RSUD Kelet Jepara menunjukkan 41,9 % pendokumentasian asuhan keperawatan tidak terlaksana dengan baik. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Okaisu (2014) di Cure Children's Hospital Uganda didapatkan hasil bahwa kualitas pendokumentasian di Children's Hospital Uganda kurang baik. Penelitian yang dilakukan oleh Nuraeni (2014) didapatkan 36,7 % pendokumentasian asuhan keperawatan kurang baik. Penelitian Mira (2014) yang dilakukan di RSUD Pasar Rebo didapatkan hasil bahwa pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan kurang baik sebanyak 48,75 %.

Penelitian lain yang menunjukkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan kelengkapannya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Dewi (2007) dengan hasil analisis univariat yang menunjukkan bahwa perawat pelaksana rata-rata mempunyai persepsi kurang baik terhadap pelaksanaan komunikasi dan supervisi kepala ruangan dan didapatkan juga kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana belum baik. Analisis bivariat

menunjukkan bahwa variabel komunikasi dan supervisi kepala ruangan berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana ($p < 0,05$).

Hasil wawancara peneliti dengan salah satu perawat di ruang rawat inap RS Stella Maris Makassar menyatakan bahwa dokumentasi asuhan keperawatan jarang di supervisi. Kepala ruangan yang menemukan dokumentasi asuhan keperawatan yang tidak lengkap tidak memberikan teguran atau sanksi yang tegas kepada perawat yang melakukan asuhan keperawatan, dan hanya di berikan masukan. Hasil observasi peneliti pada 8 dokumentasi asuhan keperawatan secara acak di ruang rawat inap di RS Stella Maris Makassar di temukan dokumentasi asuhan keperawatan yang sebagian besar tidak lengkap. Dari beberapa hasil penelitian di atas membuktikan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan belum terlaksana dengan baik dan profesional sehingga perlu di kaji apa yang menyebabkan masih rendahnya pendokumentasian asuhan keperawatan. Dengan melihat fenomena yang ada peneliti tertarik untuk mengetahui hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Stella Maris Makassar.

B. Rumusan Masalah

Dari beberapa studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti diketahui bahwa pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan belum dijalankan dengan baik dan lengkap, kaitannya dengan melihat kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan yang tidak lengkap yaitu peran manajemen kepala ruangan yang memiliki tugas untuk memberikan pendampingan / supervisi terhadap anggota ruangan / perawat pelaksana untuk memastikan apakah kegiatan tersebut berjalan sesuai dengan tujuan organisasi dan standar yang telah di tetapkan. Berdasarkan hal di atas, maka di rumuskan masalah

yaitu apakah ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Stella Maris Makassar ?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Mengetahui hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Stella Maris Makassar

2. Tujuan khusus

a Mengidentifikasi supervisi kepala ruangan di RS Stella Maris Makassar

b Mengidentifikasi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Stella Maris Makassar

c Menganalisis hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di RS Stella Maris Makassar

D. Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian di harapkan memberi refleksi dan pengalaman bagi manajemen RS Stella Maris Makassar untuk dapat mengetahui hal-hal yang dibutuhkan dalam menyusun strategi dalam asuhan keperawatan terutama dokumentasi asuhan keperawatan.

2. Bagi Institusi Pendidikan

Penelitian ini dapat digunakan sebagai bahan pengajaran mahasiswa keperawatan dengan cara mengenalkan secara langsung kepada mahasiswa keperawatan tentang fungsi manjerial kepala ruang salah satunya sebagai supervisor keperawatan ketika mahasiswa sedang menjalani praktek di rumah sakit.

3. Bagi Mahasiswa

Hasil penelitian diharapkan dapat memperluas wawasan dan sekaligus memperoleh pengetahuan manajerial mengenai supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan.

4. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar untuk penelitian selanjutnya, terutama untuk mengembangkan atau menambah variabel penelitian yang belum ada.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Tinjauan Umum Supervisi Keperawatan

1. Pengertian supervisi

(Suarli & Bahtiar, 2010) supervisi berasal dari kata super (bahasa Latin yang berarti di atas) dan videre (bahasa Latin yang berarti melihat). Bila dilihat dari kata aslinya, supervise berarti “melihat dari atas”. Pengertian supervise secara umum adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh “atasan” terhadap pekerjaan yang dilakukan “bawahan” untuk kemudian bila ditemukan masalah, segera diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya. Menurut American Nurses Association (2005) dalam Sugiharto dkk (2012) supervisi klinik adalah proses aktif dalam mengarahkan, membimbing, dan memengaruhi hasil akhir (outcome) perawat dalam melaksanakan tugasnya. Menurut Department of Health (1993) dalam Royal College of Nursing (2002) supervisi klinik merupakan proses dukungan formal dan pembelajaran profesional untuk mengembangkan pengetahuan dan kompetensi staf, tanggung jawab terhadap pekerjaan serta upaya meningkatkan perlindungan keselamatan konsumen terhadap layanan kesehatan di lingkungan klinik yang kompleks, jadi dapat disimpulkan supervisi keperawatan merupakan suatu proses formal dan profesional yang dilakukan supervisor atau pemimpin untuk mendukung, mengarahkan, mengevaluasi, serta mengembangkan pengetahuan kompetensi keperawatan untuk menyelesaikan tugas dengan penuh tanggung jawab guna mencapai tujuan rumah sakit dan keselamatan pasien.

2. Manfaat supervisi

Apabila supervisi dapat dilakukan dengan baik, akan diperoleh banyak manfaat. Manfaat tersebut diantaranya adalah sebagai berikut.

- a. Supervisi dapat lebih meningkatkan efektifitas kerja. Peningkatan efektifitas kerja ini erat hubungannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta semakin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang lebih harmonis antara atasan dan bawahan.
 - b. Supervisi dapat meningkatkan efisiensi kerja. Peningkatan efisiensi kerja ini erat kaitannya dengan makin berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan, sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta dan sarana) yang sia-sia akan dapat dicegah. Apa bila peningkatan ini dapat diwujudkan, sama artinya dengan telah tercapainya tujuan suatu organisasi. Tujuan pokok dari supervisi ialah menjamin pelaksanaan berbagai kegiatan yang telah digunakan direncanakan secara benar dan tepat, dalam arti lebih efektif dan efisien, sehingga tujuan yang telah ditetapkan organisasi dapat di capai dengan memuaskan (Suarli & Bahtiar 2010).
3. Unsur pokok dalam supervisi
- (Suarli & Bahtiar 2010) unsur-unsur pokok dalam supervisi adalah sebagai berikut.
- a. Pelaksana
- Yang bertanggung jawab melaksanakan supervise adalah atasan yang memiliki “kelebihan” dalam organisasi, karna fungsi supervisi memang banyak terdapat pada tugas atasan. Namun, untuk keberhasilan supervise, yang lebih utamakan adalah kelebihan dalam pengetahuan dan keterampilan. Bertitik tolak dari ciri tersebut, sering dikatakan bahwa keberhasilan supervise ditentukan oleh tingkat pengetahuan dan keterampilan yang dimiliki atasan untuk pekerjaan yang tidak disupervisi bukan oleh wewenangnya.

b. Sasaran

Sasaran atau objek dari supervise adalah pekerjaan yang dilakukan bawahan, serta bawahan yang melakukan pekerjaan. Jika supervise mempunyai sasaran berupa pekerjaan yang dilakukan, maka supervisi langsung, sedangkan sasaran berupa bawahan yang melakukan pekerjaan yang disebut supervisi tidak langsung. Disini terlihat lebih jelas bahwa bawahan yang melaksanakan pekerjaan yang akan disupervisi, tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kinerja pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan.

c. Frekuensi

Supervise harus dilakukan dengan frekuensi yang berkala. Supervisi yang dilakukan hanya sekali, bisa dikatakan bukan supervise yang baik, karena organisasi lingkungan selalu berkembang. Oleh sebab itu, agar organisasi selalu dapat mengikuti berbagai perkembangan dan perubahan, perlu dilakukan penyesuaian tersebut, yaitu melalui peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan. Tidak ada pedoman yang pasti mengenai beberapa kali supervisi harus dilakukan, yang digunakan sebagai pegangan umum, supervisi biasanya bergantung dari derajat kesulitan pekerjaan yang dilakukan, serta sifat penyesuaian yang akan dilakukan. Jika derajat kesulitannya serta sifat penyesuaiannya mendasar, maka supervisi harus lebih sering dilakukan.

d. Tujuan

Tujuan dari supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung sehingga dengan bantuan tersebut bawahan akan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik. Pemahaman seperti ini sangat penting, karena tujuan dari supervisi bukan semata-mata untuk mencapai hasil yang baik.

Oleh karena itu, atasan jangan sampai mengambil alih tugas bawahan. Supervisi seharusnya memberikan “bekal” kepada bawahan, sehingga dengan bekal tersebut, bawahan seharusnya dapat melaksanakan tugas dan pekerjaannya dengan baik.

e. Teknik

Teknik pokok supervisi pada dasarnya mencakup empat hal, yaitu:

- 1) Menetapkan masalah dan prioritasnya;
- 2) Menetapkan penyebab masalah, prioritas, dan jalan keluarnya;
- 3) Melaksanakan jalan keluar;
- 4) Menilai hasil yang dicapai untuk tindak lanjutnya.

4. Prinsip pokok dalam supervisi

(Suarli & Bahtiar 2010) prinsip pokok supervisi secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut:

- a. Tujuan utama supervisi ialah untuk lebih meningkatkan kinerja bawahan, bukan untuk mencari kesalahan. Peningkatan kinerja ini dilakukan dengan melakukan pengamatan langsung terhadap pekerjaan bawahan, untuk kemudian apabila ditemukan masalah, segera diberikan petunjuk atau bantuan untuk mengatasinya.
- b. Sejalan dengan tujuan utama yang ingin dicapai sifat supervisi edukatif dan seportif, bukan otoriter.
- c. Supervisi harus dilakukan secara teratur dan berkala. Supervisi yang dilakukan hanya dengan sekali, bukan supervisi yang baik.
- d. Supervisi harus dapat dilaksanakan sedemikian rupa sehingga terjalin kerja sama antara atasan dan bawahan, terutama pada saat proses penyelesaian masalah, dan untuk lebih mengutamakan kepentingan bawahan.
- e. Strategi dan tata cara supervisi yang akan dilakukan harus sesuai dengan kebutuhan masing - masing bawahan secara individu. Penerapan strategi dan tata cara yang sama untuk semua kategori bawahan, bukan merupakan supervisi yang baik.

f. Supervisi harus dilaksanakan secara fleksibel dan selalu disesuaikan dengan perkembangan.

5. Pelaksanaan supervisi

(Suarli, 2006) yang bertanggung jawab untuk melakukan supervisi adalah atasan yang memiliki “kelebihan” dalam organisasi. Idealnya kelebihan tersebut tidak hanya dari aspek status dan kedudukan, tetapi juga pengetahuan dan keterampilan. Berdasarkan hal tersebut serta prinsip-prinsip pokok supervisi dengan baik, ada beberapa syarat atau karakteristik yang harus dimiliki oleh pelaksana supervisi (supervisor). Karakteristik yang dimaksud adalah sebagai berikut.

- a. Sebaiknya pelaksana supervisi adalah atasan langsung dari yang disupervisi. Atau, apabila hal ini tidak mungkin, dapat ditunjuk staf khusus dengan batas-batas wewenang dan tanggung jawab yang jelas.
- b. Pelaksana supervisi harus memiliki pengetahuan dan keterampilan yang cukup untuk jenis pekerjaan yang akan disupervisi.
- c. Pelaksana supervisi harus memiliki keterampilan supervisi, artinya memahami prinsip-prinsip pokok serta teknik supervisi.
- d. Pelaksana supervisi harus memiliki sifat edukatif dan seportif, bukan otoriter.
- e. Pelaksana supervisi harus mempunyai waktu yang cukup, sabar, dan selalu berupaya meningkatkan pengetahuan, keterampilan, dan perilaku bawahan yang disupervisi.

Karena karakteristik-karakteristik tersebut, terutama karakteristik yang ketiga yaitu memahami prinsip-prinsip serta teknik supervisi, maka untuk dapat menjadi pelaksana supervisi yang baik manajer perlu mengikuti pendidikan dan pelatihan yang bersifat khusus. Pelaksana supervisi yang baik membutuhkan bekal yang banyak termasuk bekal dalam berkomunikasi, motivasi, pengarahan, bimbingan dan juga kepemimpinan.

6. Teknik supervisi

(Suarli & Bahtiar 2010) teknik pokok supervisi pada dasarnya identik dengan teknik penyelesaian masalah (problem solving). Dalam mengatasi masalah, tindakan dapat dilakukan oleh pelaksana supervisi, bersama-sama dengan sasaran supervisi secara langsung ditempat (on the spot). Untuk dapat melaksanakan supervisi yang baik ada dua hal yang perlu diperhatikan yaitu antara lain :

a. Pengamatan langsung

Pelaksanaan langsung harus dilaksanakan dengan sebaik-baiknya. Untuk itu, ada beberapa hal lain yang perlu diperhatikan.

- 1) Sasaran pengamatan. Pengamatan langsung yang tidak jelas sasarannya dapat menimbulkan kebingungan, karena pelaksana supervisi dapat terperangkap pada sesuatu yang bersifat detail. Untuk mencegah keadaan seperti ini, maka pada pengamatan langsung perlu ditetapkan sasaran pengamatan, yakni hanya ditunjukkan pada sesuatu yang bersifat pokok dan strategis saja.
- 2) Objektivitas pengamatan. Pengamatan langsung yang tidak terstandarisasi dapat mengganggu objektivitas. Untuk mencegah hal seperti ini, maka pengamatan langsung perlu dibentuk dengan suatu daftar isi (chek list) yang telah dipersiapkan. Daftar isi tersebut ditujukan untuk setiap sasaran pengamatan secara lengkap dan apa adanya.
- 3) Pendekatan pengamatan. Pengamatan langsung sering menimbulkan berbagai dampak dan kesan negative, misalnya rasa takut, tidak senang, atau kesan mengganggu kelancaran pekerjaan. Untuk mencegah keadaan ini, pengamatan langsung tersebut harus dilakukan sedemikian rupa sehingga berbagai dampak atau kesan negative tersebut tidak sampai muncul. Sangat dianjurkan pengamatan tersebut dapat

dilakukan secara edukatif dan suportif, bukan menunjukkan kekuasaan atau otoritas.

b. Kerja sama

Tujuan pokok supervisi adalah meningkatkan kinerja bawahan dengan memberikan bantuan secara langsung ditempat, sesuai dengan kebutuhannya. Untuk mengatasi masalah yang ditemukan, diperlukan kerja sama antara pelaksana supervisi dan yang di supervisi. Kerja sama ini akan berhasil bila ada komunikasi yang baik antara pelaksana supervisi dan yang disupervisi, serta mereka yang di supervisi merasakan masalah yang dihadapi juga merupakan masalah mereka sendiri (sense of belonging). Agar komunikasi yang baik dan rasa memiliki ini dapat muncul, pelaksana supervisi dan yang disupervisi perlu bekerja sama dalam penyelesaian masalah, sehingga prinsip-prinsip kerja sama kelompok dapat diterapkan. Masalah, penyebab masalah, serta upaya alternative penyelesaian masalah harus dibahas secara bersama-sama. Kemudian, upaya penyelesaian masalah tersebut dilaksanakan secara bersama-sama pula.

7. Kompetensi supervisor

(Kuntoro, 2010) mengatakan tidak mudah menjadi seorang supervisor yang baik. Oleh karena itu supervisor harus memiliki sejumlah kompetensi yang sesuai, yaitu :

- a. Memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas sehingga dapat dimengerti oleh staf dan perawat pelaksana
- b. Mampu memberikan saran, nasihat, dan bantuan yang benar-benar dibutuhkan oleh staf dan pelaksana keperawatan
- c. Memiliki kemampuan dalam memberikan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja staf dan pelaksanaan keperawatan
- d. Mampu memberikan latihan dan bimbingan yang diperlukan oleh staf dan pelaksanaan keperawatan .
- e. Mampu memahami proses kelompok (dinamika kelompok)

f. Mampu melakukan penilaian secara objektif dan benar terhadap kinerja keperawatan.

8. Tugas supervisor

(Triwibowo, 2013) untuk mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang nyaman dan aman, efektif dan efisien sehingga tugas supervisor adalah :

- a. Mengorientasikan staf dan pelaksanaan keperawatan terutama pegawai baru
- b. Melatih staf dan pelaksanaan keperawatan
- c. Memberikan pengarahan dalam pelaksanaan tugas agar menyadari, mengerti terhadap peran, fungsi sebagai staf, dan pelaksanaan asuhan keperawatan
- d. Memberikan pelayanan bimbingan kepada pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

B. Tinjauan Umum Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1. Pengertian dokumentasi keperawatan

Dokumentasi adalah bukti bahwa tanggung jawab hukum dan etik perawat terhadap pasien sudah dipenuhi dan bahwa pasien menerima asuhan keperawatan yang bermutu. (Iyer, 2005). Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan salah satu bagian penting dari proses keperawatan. Dokumentasi ini adalah sesuatu yang tertulis tentang keadaan pasien secara komprehensif, pelayanan keperawatan yang diberikan, serta sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang (Potter & Perry, 2005 dalam Dewi, 2011). Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan serta respon pasien terhadap asuhan yang di terimanya. Dengan demikian dokumentasi keperawatan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama

asuhan keperawatan dilaksanakan. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan yang dilaksanakan sesuai standar (Dalami dkk, 2011). Dokumentasi keperawatan yang merupakan bagian dari informasi kesehatan secara keseluruhan, harus di kelola sebagai satu kesatuan tanpa harus meninggalkan informasi-informasi dari tenaga kesehatan lain (Dinarti dkk, 2013).

2. Tujuan dokumentasi keperawatan

Perlu dipahami proses pembuatan suatu dokumentasi keperawatan tidak sebatas hanya mengisi data pada format yang telah disiapkan, akan tetapi juga harus mampu menterjemahkan dan mendokumentasikan semua aktifitas fungsional keperawatan yang dilakukan, seperti diketahui tujuan dari dokumentasi keperawatan adalah:

- a. Kepentingan komunikasi, yaitu : Sebagai sarana koordinasi asuhan keperawatan, untuk mencegah informasi berulang, sarana untuk meminimalkan kesalahan & meningkatkan penerapan asuhan keperawatan, mengatur penggunaan waktu agar lebih efisien.
- b. Memudahkan mekanisme pertanggung jawaban & tanggung gugat, karena dapat dipertanggung jawabkan baik kualitas asuhan keperawatan dan kebenaran pelaksanaan, sebagai sarana perlindungan hukum bagi perawat bila sampai terjadi gugatan di pengadilan (Nurjanah, 2013).

3. Manfaat dokumentasi keperawatan

(Dalami, 2011 dkk), dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting bila di lihat dari berbagai aspek :

- a. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-

waktu. Dokumentasi tersebut dapat di pergunakan sebagai barang bukti di pengadilan.

- b. Jaminan mutu (kualitas pelayanan). Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah klien, dan untuk mengetahui sejauh mana masalah klien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.
- c. Komunikasi, dokumentasi keadaan klien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada dan sebagai alat komunikasi yang di jadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.
- d. Keuangan, semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan di catat dengan lengkap dan dapat di gunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan.
- e. Pendidikan, isi pendokumentasian menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau refrensi pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.
- f. Penelitian, data yang terdapat didalam dokumentasi keperawatan mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.
- g. Akreditasi, melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan lebih lanjut.

4. Komponen model dokumentasi keperawatan

a. Komunikasi

Komunikasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada rekan sejawat atau tenaga kesehatan lainnya tentang apa yang sudah, sedang dan yang akan di lakukan (Dinarti dkk, 2013).

b. Dokumentasi keperawatan

Dokumentasi yang dimaksud meliputi pengkajian, perumusan diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Proses keperawatan merupakan metode yang tepat dan memberi kontribusi yang positif bagi pasien jika dilaksanakan dengan baik dan benar (Dinarti dkk, 2013).

c. Standar dokumentasi

Standar dokumentasi merupakan standar yang dibuat untuk mengukur kualitas dan kuantitas dokumentasi keperawatan. Standar ini juga bisa di manfaatkan sebagai pedoman praktik dalam memberikan tindakan keperawatan (Dinarti dkk, 2013).

5. Karakteristik dan prinsip dokumentasi.

Dokumentasi proses keperawatan mempunyai karakteristik dan prinsip yang harus diketahui oleh perawat sehingga apa yang didokumentasikan dapat komunikatif dan efektif. Menurut Kozier (2004), karakteristik dan prinsip yang dimaksud adalah :

- a. Tuliskan nama lengkap dan tanda tangan perawat yang bersangkutan. Catatan kesehatan pasien adalah catatan permanen yang sah, sehingga inisial dan nama yang tidak lengkap dan catatan yang tidak ditanda tangani dapat membuat bingung, menyebabkan salah identifikasi ataupun berpotensi mengakibatkan timbulnya tuntutan terhadap pembuatan berkas.
- b. Tulisan harus singkat, teliti, dapat dibaca, menggunakan ejaan yang benar, serta menggunakan alat tulis tinta hitam atau biru (bukan pensil karena dapat dihapus).

- c. Penulisan ditulis secara berurutan, lengkap, akurat, benar dan apa adanya (sesuai dengan respon pasien ataupun keluarga, termasuk perubahannya), obyektif (bukan merupakan penafsiran perawat).
- d. Hindari istilah yang tidak jelas (kecuali merupakan hasil kesepakatan dan kebijaksanaan institusi setempat, misalnya TD untuk tekanan darah, BB untuk berat badan).
- e. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tandatangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
- f. Jangan menuliskan kritikan tentang klien ataupun tenaga kesehatan lain.
- g. Bila ada suatu order (hasil kolaborasi) yang meragukan, lakukan klarifikasi terlebih dahulu atau catat bahwa perlu klarifikasi.
- h. Catatlah apa yang dilakukan sendiri, jangan mencatat apa yang dilakukan oleh perawat lain.
- i. Dalam pendokumentasian harus dibedakan antara materi hasil observasi dan interpretasi.
- j. Wajib membaca setiap tulisan dari anggota tim kesehatan lain sebelum menulis data terakhir untuk melihat kondisi pasien.
- k. Catat data subyektif dari pasien dengan membubuhkan tanda kutip (") pada kalimat pasien, misalnya: pasien mengatakan : "saya sudah muntah 3x hari ini, satu kali muntah kurang lebih 100cc".
- l. Harus segera didokumentasikan untuk menghindari kealpaan, walaupun kealpaan yang tidak disengaja.
- m. Catatan ditulis dalam perintah kronologis dan loncat-loncat. Jangan ada ruang antara kata terakhir dengan tanda tangan. Bila ada ruang yang kosong, isilah dengan coretan atau garis sepanjang ruang tersebut.

n. Tidak diberikan memusnakan data dan dokumen. Menghilangkan atau membuang data dapat menyebabkan ketidakakuratan interpretasi atau informasi. Pembuangan data tersebut dapat merusak dan menjadikan dokumen tidak akurat. Jika terdapat kesalahan menulis, maka jangan menggunakan tip-ex. Cara yang paling baik adalah dengan mencoret ditempat yang salah dan mengganti dengan data yang benar. Jangan lupa menuliskan “salah” atau “salah mencatat” kemudian diberi tanda tangan.

6. Standar dokumentasi.

Standar praktik keperawatan profesional di Indonesia telah dijabarkan oleh PPNI (2000). Standar tersebut juga mengacu pada tahapan dalam memproses keperawatan, terdiri dari 5 standar

a. Standar I : pengkajian keperawatan

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan.

Kriteria proses :

- 1) Pengumpulan data dilakukan dengan cara wawancara, observasi, pemeriksaan fisik dan mempelajari data penunjang.
- 2) Sumber data adalah klien, keluarga atau orang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain.
- 3) Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi.
 - a) Status kesehatan klien saat ini.
 - b) Status kesehatan klien masa lalu.
 - c) Status fisiologis-psikologis-sosial-spiritual.
 - d) Respon terhadap terapi.
 - e) Harapan terdapat tingkat kesehatan yang optimal.
 - f) Resiko- resiko tinggi masalah.

b. Standar II : diagnosa keperawatan.

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan.

Kriteria proses :

- 1) Proses diagnosis terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosis keperawatan.
- 2) Komponen diagnosis terdiri dari masalah (P) , penyebab (E), dan tanda atau gejala (S) untuk diagnosa aktual dan masalah dan penyebab (PE) untuk diagnosa resiko.
- 3) Bekerja sama dengan klien, dekat dengan klien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosis keperawatan.
- 4) Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosis berdasarkan data terbaru.

c. Standar III : perencanaan.

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien.

Kriteria proses :

- 1) Perencanaan terdiri dari penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana keperawatan,
- 2) Bekerja sama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.
- 3) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.
- 4) Mendokumentasikan rencana keperawatan

d. Standar IV : Implementasi.

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan.

Kriteria Proses :

- 1) Bekerja sama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- 2) Kolaborasi dengan profesi kesehatan lain untuk meningkatkan status kesehatan klien.

- 3) Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien.
- 4) Melakukan supervisi terhadap tenaga pelaksana keperawatan dibawa tanggung jawabnya.
- 5) Menjadi koordinator pelayanan dan advokasi terhadap klien untuk mencapai tujuan kesehatan.
- 6) Menginformasikan kepada klien tentang status kesehatan dan fasilitas-fasilitas pelayanan kesehatan yang ada.
- 7) Memberikan pendidikan kepada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakannya.
- 8) Mengkaji ulang dan merevisi pelaksana tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

e. Standar V : evaluasi.

Perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan dalam pencapaian tujuan dan merevisi data dasar serta perencanaan.

Kriteria proses :

- 1) Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komperhensif, tepat waktu dan terus menerus.
- 2) Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan.
- 3) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan sejawat dan klien.
- 4) Bekerja sama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.

7. Dokumentasi asuhan keperawatan.

Dokumentasi asuhan keperawatan menurut (Dalami dkk, 2011)

a. Dokumentasi pengkajian

1) Pendahuluan

Fokus dokumentasi pengkajian pada data klinik adalah perawat dapat mengimplementasikan dan mengorganisasi

data. Bentuk dokumentasi dapat berupa data dasar, lembar alur (flow sheet) dan catatan perkembangan, yang semuanya termasuk tipe pengkajian informasi. Untuk mencapai catatan pengkajian secara aktual, maka perlu di pertimbangkan pedoman dalam pembuatan pencatatan pengkajian. Diantaranya :

- a) Gunakan format yang terorganisasi.
- b) Gunakan format yang telah ada.
- c) Format yang mencakup pengkajian perkembangan, pemeriksaan dari kepala sampai dengan seluruh tubuh dapat memperluas informasi.
- d) Catat informasi tanpa bias dan nilai-nilai opini pribadi.
- e) Masukkan pernyataan yang mendukung klien.
- f) Jabarkan observasi dan hasil yang jelas.
- g) Ikuti kebijakan dan prosedur yang telah ada untuk pencatatan pengkajian.
- h) Tulis data secara ringkas.
- i) Setiap data yang dikumpulkan adalah data baru dan mendapatkan validasi.
- j) Dilakukan secara sistematis dan terus – menerus.
- k) Data harus dicatat, dapat dibaca dan dimengerti oleh orang lain.
- l) Data dikelompokkan dalam bio – psiko – sosio - spiritual, sesuaikan formatnya.
- m) Data dianalisis dengan dukungan pengetahuan yang relevan dan sesuai.
- n) Menuliskan identitas waktu.
- o) Menulis nama dan tanda tangan pelaksana pengkajian.

2) Tipe-tipe pengkajian

Pengkajian awal, pengkajian lanjutan, pengkajian ulang, dan pengkajian kembali menunjuk pada tiga tipe pengkajian keperawatan, yang umumnya ditujukan dalam dokumentasi.

a) Dokumentasi awal.

Pengkajian awal di dokumentasikan sebagai sumber data (data base) yang dikembangkan untuk penggunaan umum suatu instansi, untuk penggunaan spesifik pada unit perawatan khusus, atau untuk tipe populasi klien tertentu.

b) Dokumentasi pengkajian lanjutan.

Pengkajian lanjutan, pengkajian ulang, dan pengkajian kembali di dokumentasikan dalam catatan perkembangan klien atau pada lembar yang sesuai. Ini dapat dikategorikan sebagai data penunjang atau data yang dikembangkan. Klasifikasi pengkajian dengan cara ini memungkinkan perawat untuk menentukan dimana data harus didokumentasikan.

c) Data penunjang.

Data penunjang adalah data yang dikaji ulang atau data yang sudah dikumpulkan sebelumnya kemudian didokumentasikan untuk menunjukkan pemantauan (monitoring) yang terus menerus terhadap status kesehatan klien dan pemecahan masalahnya. Catatan grafis adalah contoh dari bentuk ini.

d) Data yang dikembangkan.

Data yang dikembangkan tidak selalu didokumentasikan pada flow sheet. Hampir selalu, data tambahan diperlukan untuk penjelasan.

e) Pendokumentasian pengkajian khusus

Ketika alat pengukuran khusus dimasukkan kedalam proses pengambilan keputusan klinis, maka penggunaannya harus

selalu didokumentasikan dalam catatan klinis. Pada kasus yang sama, alat yang digunakan tersebut disahkan oleh instansi sebagai formulir. Dalam kasus ini, hasilnya langsung di dokumentasikan pada formulir, dan formulir ini menjadi bagian yang valid dari asuhan keperawatan.

3) Petunjuk penulisan pengkajian

a) Gunakan format yang sistematis untuk mencatat pengkajian yang meliputi :

(1) Riwayat pasien masuk rumah sakit.

(2) Respon klien yang berhubungan dengan persepsi kesehatan klien.

(3) Riwayat pengobatan.

(4) Data pasien rujukan, pulang, keuangan.

b) Gunakan format yang telah tersusun untuk pencatatan pengkajian Pendekatan :

(1) Mayor body system.

(2) Sistem respirasi.

(3) Sistem kardiovaskuler.

(4) Sistem persarafan.

(5) Sistem perkemihan.

(6) Sistem pencernaan.

c) Kelompokkan data-data berdasarkan model pendekatan yang digunakan.

d) Tulis data objektif tanpa mengartikan, menilai dan memasukkan pendapat pribadi.

e) Sertakan pernyataan yang mendukung interpretasi data objektif.

f) Jelaskan observasi dan temuan secara sistematis, termasuk definisi karakteristiknya.

g) Ikuti aturan-aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakati instansi.

h) Tuliskan secara jelas dan singkat.

b. Dokumentasi diagnosa keperawatan.

Petunjuk untuk penulisan diagnosa keperawatan meliputi:

- 1) Pemakaian PE dan PES : untuk format diagnosa aktual dan resiko, kecuali ketika petugas yang berbeda mengambil tindakan segera
(untuk contoh, tanda dan gejala pencatatan, sebelum dan sesudah diagnosa) :
 - a) Yakinkan masalah penyebab utama dalam diagnosa sejalan dengan etiologi.
 - b) Tulis pernyataan supaya permasalahan dan etiologi menunjukkan spesifik dan hasil yang berbeda.
 - c) Jika penyebab tidak dapat ditentukan, menentukan problem dan dokumentasi yang tak dikenal etiologinya maka diagnosa keperawatan bisa dituliskan pernyataan komunikasi verbal untuk pasien yang tidak diketahui etiologinya.
- 2) Catat diagnosa keperawatan potensial dalam sebuah problem / format etiologi.
- 3) Pemakaian terminologi tetap dengan diagnosa keperawatan karangan nanda sehubungan dengan (diantara problem dan etiologi) dan dibanding dengan (diantara etiologi, sign dan symptom) tergantung bahasa, jika masalah tidak selesai menurut anda.
- 4) Merujuk pada daftar yang tepat diterima, bentuk diagnosa keperawatan untuk catatan standar dalam saku atau ringkasan.
- 5) Mulai pernyataan diagnosa dengan mengubah redaksinya kedalam keadaan diagnosa keperawatan.
- 6) Pastikan data mayor dan penunjang data minor karakteristik pendefinisian diperoleh dokumentasi bagian pengkajian pasien untuk menegakkan diagnosa keperawatan.

- 7) Pernyataan awal dalam perencanaan keperawatan didaftar masalah dan nama dokumentasi dalam catatan perawatan. Pemakaian masing-masing diagnosa keperawatan sebagai petunjuk untuk membuat catatan perkembangan.
 - 8) Hubungkan pada tiap-tiap diagnosa keperawatan bila merujuk dan memberikan laporan perubahan.
 - 9) Setiap pergantian jaga perawat, gunakan diagnosa keperawatan sebagai pedoman untuk pengkajian, tindakan dan evaluasi.
 - 10) Catat bahan perawatan adalah dasar untuk pertimbangan dari langkah-langkah proses keperawatan.
 - 11) Pencatatan semua diagnosa keperawatan harus merefleksikan dimensi dalam masalah yang berorientasi pada pencatatan perawat.
 - 12) Suatu agenda atau pencatatan mungkin memerlukan untuk membuat diagnosa keperawatan dan sistem pencatatan yang relevan.
- c. Dokumentasi rencana tindakan
- Petunjuk penulisan rencana tindakan yang efektif :
- 1) Sebelum menuliskan rencana tindakan , kaji ulang semua data yang ada sumber data yang memuaskan meliputi :
 - (a) Pengkajian sewaktu klien masuk rumah sakit.
 - (b) Diagnosa keperawatan sewaktu masuk rumah sakit.
 - (c) Keluhan utama klien atau alasan dalam berhubungan dengan pelayanan kesehatan.
 - (d) Laboratorium ritme.
 - (e) Latar belakang sosial budaya.
 - (f) Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik.
 - (g) Observasi dari tim kesehatan lain.

- 2) Daftar dan jenis masalah aktual resiko dan kemungkinan. Berikan prioritas utama pada masalah aktual yang mengancam kesehatan.
- 3) Untuk mempermudah dan bisa dimengerti dalam memutar rencana tindakan berikanlah gambaran dan ilustrasi (contoh) bila mungkin diagnosa khususnya sangat membantu ketika teknologi canggih digunakan untuk perawatan klien atau ketika menggambarkan lokasi anatomi.
- 4) Tuliskan dengan jelas khusus, terukur, kriteria hasil yang diharapkan untuk menetapkan masalah bersama dengan klien tentukan keterampilan kognitif, afektif dan psikomotor yang memerlukan perhatian.
- 5) Selalu ditanda-tangani dan diberi tanggal rencana tindakan, hal ini penting karena seorang perawat professional akan bertanggung jawab dan pertanggung gugat untuk melaksanakan rencana tindakan yang telah tertulis.
- 6) Mulai rencana tindakan dengan menggunakan action verb :
 - (a) Catat tanda-tanda vital setiap pergantian dinas.
 - (b) Timbang berat badan setiap hari.
 - (c) Informasikan kepada klien alasan isolasi.
- 7) Alasan prinsip specificity untuk menuliskan diagnosa keperawatan :
 - (a) Bagaimana prosedur akan dilaksanakan kapan dan berapa lama.
 - (b) Jelaskan secara singkat keperluan apa yang perlu dipenuhi, termasuk tahap-tahapan tindakan.
- 8) Tuliskan rasional dari rencana tindakan.
- 9) Rencana tindakan harus selalu tertulis dan di tanda-tangani.
- 10) Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
- 11) Klien dan keluarganya jika memungkinkan diikut sertakan dalam perencanaan.

12) Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang ditentukan dan diusahakan untuk selalu di perbaharui misalnya setiap pergantian dinas, setiap hari, dan atau sewaktu-waktu diperlukan.

d. Dokumentasi intervensi / tindakan keperawatan.

Perencanaan dan tindakan keperawatan adalah tahap dalam proses keperawatan berdasarkan masalah aktual dari klien. Maksud dokumentasi adalah menemukan secara tepat sebagai gambaran intervensi keperawatan yang meliputi :

1) Intervensi terapeutik

Tindakan terapeutik adalah asuhan keperawatan yang langsung sesuai keadaan klien. Rencana keperawatan yang lebih dari satu harus dikerjakan sungguh-sungguh sesuai prioritas masalah dalam diagnosa keperawatan.

2) Intervensi pemantapan / observasi

Proses ini membutuhkan ketajaman observasi perawat termasuk keterampilan mengevaluasi yang tepat. Program yang lebih dari yang sangat menentukan kesehatan klien. Perawat harus lebih melihat perkembangan yang baik dan buruk dari klien. Dokumentasi intervensi mengidentifikasi mengapa sesuatu terjadi terhadap klien, apa yang terjadi kapan, bagaimana, dan siapa yang melakukan intervensi :

a) Why : harus dijelaskan alasan tindakan harus dilaksanakan dan data yang ada dari hasil dokumentasi pengkajian dan diagnosa keperawatan.

b) What : ditulis secara jelas, ringkas dari pengobatan atau tindakan dalam bentuk action verb.

c) When : mengandung aspek yang penting dari dokumentasi intervensi. Pencatatan pada waktu pelaksanaan intervensi sangat penting dalam hal pertanggung jawaban hukum dan efektifitas tertentu.

d) How : tindakan dilaksanakan dalam penambahan pencatatan yang lebih detail. Misalnya, “miring kanan atau kiri dengan bantuan perawat.” Menandakan suatu prinsip ilmiah dan rasional dari rencana tindakan. Metode ini akan bisa meningkatkan dalam upaya-upaya penggunaan prosedur keperawatan yang tepat.

e) Who : siapa yang melaksanakan intervensi harus selalu dituliskan pada dokumentasi serta tanda tangan sebagai pertanggung jawaban.

e. Dokumentasi evaluasi keperawatan

Pernyataan evaluasi perlu di dokumentasikan dalam catatan kemajuan, di revisi dalam rencana perawatan atau dimasukkan dalam ringkasan khusus dan dalam pelaksanaan atau perencanaan. Pedoman untuk pendokumentasian evaluasi :

- 1) Sebelum kesimpulan evaluasi dengan data yang mendukung penilaian perawat.
- 2) Mengikuti dokumentasi intervensi keperawatan dengan pernyataan evaluasi formatif yang menjelaskan respon cepat klien terhadap intervensi keperawatan atau prosedur.
- 3) Menggunakan pernyataan evaluasi sumatif ketika klien di pindahkan ke fasilitas lain atau dipulangkan.
- 4) Catatan evaluasi sumatif untuk setiap hasil yang diharapkan diidentifikasi pada perencanaan keperawatan klien.
- 5) Menulis pernyataan evaluasi yang merefleksikan keadaan perkembangan klien terhadap tujuan, pemasukan yang sesuai dicatat sebagai berikut : kontrol sakit yang tidak efektif setelah medikasi, terus tanpa henti, penghilang rasa sakit dari medikasi berlangsung selama 30 menit.
- 6) Melalui suatu penilaian atau modifikasi intervensi, mengawali dan mendokumentasikan respon perawat untuk mengubah kondisi klien.

C. Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Setiap pelaksanaan proses keperawatan, perawat akan selalu melakukan pencatatan atau sering disebut pendokumentasian, mulai dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. (Potter & Perry, 2005 dalam Wirawan 2013). (Dalam Wang.Hailey, dan Yu, 2011), Pendokumentasian merupakan bukti legal pelaksanaan pelayanan di Rumah Sakit. Kualitas pelayanan disuatu Rumah Sakit salah satunya dapat dilihat dari pelaksanaan dokumentasi keparawatan.

Penerapan pendekatan manajemen yang ditujukan untuk memantau pendokumentasian asuhan keperawatan adalah kegiatan supervisi yang dapat dilakukan oleh kepala ruangan, adanya supervisi diharapkan akan berpengaruh pada pendokumentasian yang benar pada proses keperawatan, maka bukti secara profesional dan legal dapat dipertanggung jawabkan, oleh karena itu pelaksanaan pendokumentasian merupakan aspek yang harus diperhatikan sehingga apa yang telah dilaksanakan telah tercatat dengan baik dan benar (Setyowaty & Rita 2008).

Kepala ruangan sebagai unit manajer memiliki peranan penting dalam memotivasi karyawan di tingkat unit, hubungan interpersonal antara supervisor dan supervise merupakan faktor penting dalam meningkatkan kepuasan kerja perawat pelaksana (Marquis & Huston, 200). Perawat perlu di jaga, dibina dan ditingkatkan sikap positifnya terhadap pekerjaannya. Sikap-sikap positif perawat terhadap pekerjaannya akan tercapai apabila diberikan motivasi, bimbingan dan penghargaan terhadap hasil kerjanya yang akan menciptakan kepuasan kerja perawat (Huber, 2006). Sistem supervisi sangat berhubungan dengan kepuasan kerja perawat. Perawat yang merasa mendapat dukungan dari supervisor dan supervisi dengan baik dalam melakukan pekerjaannya akan merasa lebih puas terhadap pekerjaannya (Robert John Wood Foundation, 2007). Proses supervisi

yang baik akan meningkatkan motivasi dan kepuasan kerja perawat pelaksana (Sugiharto dkk, 2013).

Penelitian yang berhubungan dengan supervisi kepala ruangan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Penelitian yang dilakukan oleh Wirawan dkk pada tahun 2013 yang dilaksanakan di

Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa dengan jumlah sampel 81 responden perawat dengan hasil penelitian adanya hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Umum Daerah Ambarawa (p value 0,000).

Penelitian lain yang menunjukkan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan kelengkapannya yaitu penelitian yang dilakukan oleh Dewi dkk (2011) dengan hasil analisis univariat yang menunjukkan bahwa perawat pelaksana rata-rata mempunyai persepsi kurang baik terhadap pelaksanaan komunikasi dan supervisi kepala ruangan dan didapatkan juga kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana belum baik dengan cut off point 80%. Analisis bivariat menunjukkan bahwa variabel komunikasi dan supervisi kepala ruangan berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana ($p < 0,05$). Hasil analisis multi variat menunjukkan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah supervisi.

Berdasarkan dari beberapa hasil penelitian diatas dapat di simpulkan bahwa supervisi kepala ruangan diperlukan terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan untuk menjamin bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan berjalan sesuai dengan prinsip-prinsip utama pendokumentasian dan supervisi kepala ruangan juga berhubungan erat dengan hasil pendokumentasian keperawatan, dimana supervise yang baik dari kepala ruangan akan meningkatkan mutu pendokumentasian keperawatan yang sesuai dengan prosedur yang sudah ditetapkan oleh institusi yang berwenang.

Pendokumentasian yang baik akan memperlihatkan kualitas dan tingkat pengetahuan perawat.

BAB III

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESISI PENELITIAN

A. Kerangka Konseptual

Dalam pengelolaan kegiatan pelayanan keperawatan di Rumah Sakit, kepala ruangan adalah manajer tingkat lini yang mempunyai tanggung jawab untuk melakukan supervisi dalam setiap kegiatan yang dilakukan oleh bawahan. Kepala ruangan melakukan supervisi untuk mengontrol dan mengelola setiap kegiatan di pelayanan keperawatan oleh perawat pelaksana dan apabila ditemukan masalah kepala ruangan akan memberikan bantuan yang bersifat langsung maupun tidak langsung untuk mengatasi masalah tersebut.

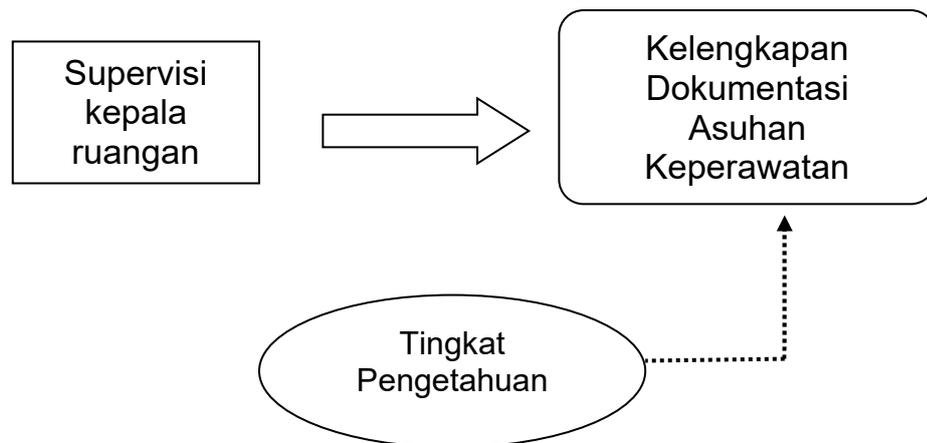
Dokumentasi proses keperawatan mencakup pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi respon klien terhadap intervensi yang dilaksanakan dan mengkomunikasikan informasi tersebut kepada profesi kesehatan lainnya. Pengkajian ulang dan evaluasi respon klien terhadap intervensi keperawatan dan tindakan medis dapat sebagai petunjuk dan kesinambungan dalam proses keperawatan dan adanya perubahan dari setiap tahap. Dokumentasi proses keperawatan merupakan sesuatu bagian dari media komunikasi antar perawat yang melakukan asuhan keperawatan dengan perawat lain atau dengan kesehatan lain serta pihak-pihak yang memerlukannya dan yang berhak mengetahuinya.

Dalam penelitian ini yang menjadi variabel independen adalah supervisi kepala ruangan, karena supervisi dianggap mempunyai peran lebih dalam meningkatkan kualitas kerja perawat. Sedangkan variabel dependen adalah kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Di bawah ini merupakan kerangka konsep dari penelitian "Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan". Kerangka konsep dalam

penelitian ini dapat dilihat seperti skema dibawah ini

Skema 3.1

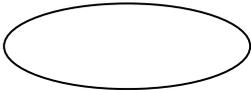
Kerangka konsep pada Hubungan Supervisi Kepala Ruang Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

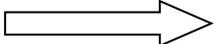


Keterangan :

 : Variabel independen

 : Variabel dependen

 : Variabel perancu

 : Penghubung variabel

 : Keterkaitan antara variabel supervisi kepala ruangan dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dihubungkan dengan tingkat pengetahuan dan lama kerja tidak diteliti.

B. Hipotesis

Hipotesis berasal dari kata hypo (di bawah) dan thesis (kaidah) yang berarti suatu pernyataan sementara yang harus di buktikan kebenarannya dengan menggunakan uji statistik yang sesuai. Hipotesis merupakan pernyataan awal peneliti mengenai hubungan variabel yang merupakan jawaban sementara peneliti tentang kemungkinan hasil penelitian. Hipotesis dari penelitian ini adalah : Ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

C. Defenisi Operasional

Tabel 3. 1. Definisi operasional variabel penelitian

no	Variabel	Defenisi Operasional	Parameter	cara ukur	Skala ukur	Hasil ukur
1	Variabel Independen: Supervisi kepala ruangan	Kemampuan kepala ruangan dalam melakukan tindakan untuk pemantauan perkembangan dari pelaksanaan tindakan keperawatan yang dilakukan perawat pelaksana	Peran supervisi kepala ruangan dalam melakukan; - Arahan - Bimbingan - Mengorientasikan staf - Penilaian	Lembaran kuisioner dengan jumlah pertanyaan 21 pertanyaan	Kategorik (Ordinal)	Baik jika nilai 64 – 84, cukup baik 43 - 63 kurang baik 21 - 42

2	Variabel Dependen : Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan	Setiap pencatatan proses tindakan keperawatan yang sistematis, yang telah di lakukan	Kelengkapan pendokument asian mulai dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan	Lembaran Observasi onal dengan jumlah 24 pertanyaan	Kateg orik (ordin al)	Baik jika nilai 41 - 48, cukup 33 – 40, kurang 24 – 32
---	---	--	---	--	--------------------------------	---

BAB IV

METODE PENELITIAN

A. Jenis Penelitian

Penelitian ini merupakan penelitian non-experimental yang tergolong dalam jenis penelitian observasional analitik. Rancangan penelitian ini menggunakan cross sectional yaitu penelitian menekankan waktu pengukuran / observasi data variabel independen (supervisi kepala ruangan) dan variabel dependen (kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan) dilakukan sekaligus dan pada waktu yang bersamaan.

B. Tempat dan Waktu Penelitian

1. Tempat penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Pemilihan lokasi penelitian ini karena berdasarkan pengalaman peneliti selama melakukan praktik klinik di Rumah Sakit Stella Maris Makassar menemukan bahwa penerapan supervisi oleh kepala ruangan belum maksimal, begitupun dengan pelaksanaan pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat pelaksana.

2. Waktu penelitian

Penelitian akan dilaksanakan pada bulan Februari 2017

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah semua perawat pelaksana pada ruang rawat inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar dengan jumlah 73 orang

2. Sampel

Pengambilan sampel dilakukan dengan probability sampling dengan pendekatan teknik proportional stratified random sampling

(pengambilan sampel yang digunakan bila anggota populasinya tidak homogen yang terdiri atas kelompok yang berstrata secara proporsional). Jumlah sampel dalam penelitian ini adalah 61 orang (St. Josep 3, St. Josep 5, St. Josep 6, St. Josep 7, STA. Maria III, ST. Theresia) besar sampel yang diteliti dengan menggunakan rumus populasi terbatas (finit) sebagai berikut :

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

Keterangan :

n = perkiraan jumlah sampel

N = perkiraan besar populasi

z = nilai standar normal α (1,96)

p = perkiraan proporsi (0,5)

q = 1 – p (0,5)

d = taraf signifikansi yang dipilih (5% = 0,05)

$$n = \frac{73 \cdot (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}{(0,05)^2 \cdot (73 - 1) + (1,96)^2 \cdot (0,5) \cdot (0,5)}$$

$$= \frac{70,1092}{1,1404}$$

$$= 61,47772711$$

n = 61orang

Jumlah perwakilan sampel dalam setiap ruangan di dapatkan dengan menggunakan rumus sebagai berikut :

$$\frac{\text{Nperawat}}{\text{Npopulasi}} \times \text{Nsampel}$$

Tabel 3.2 Data Perwakilan Sampel

No	Ruang rawat Inap	Tingkat pendidikan	
		D3	S1 Ners
1	St. Josep 3	7 orang	1 orang
2	St. Josep 5	7 orang	1 orang
3	St. Josep 6	8 orang	3 orang
4	St. Josep 7	6 orang	3 orang
5	St. Maria III	9 orang	6 orang
6	St. Theresia	8 orang	2 orang
Jumlah sampel		45 orang	16 orang
		61 orang	

Dengan kriteria :

Kriteria inklusi :

- a. Perawat lulusan D3 / Ners
- b. Bersedia menjadi responden dalam penelitian.

Kriteria eksklusi :

- a. Bukan bertugas sebagai perawat pelaksana dalam penelitian
(kepala ruangan / ketua tim)
- b. Lama kerja < 2 bulan

D. Instrumen Penelitian

Instrumen dalam penelitian ini berupa lembar kuisisioner dan lembar observasional dengan beberapa pernyataan untuk mengetahui apakah ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pernyataan yang terdapat dalam lembar kuisisioner dan lembar observasi tersebut dibuat berdasarkan bab II yaitu tinjauan tentang supervisi kepala ruangan pada lembar kuisisioner dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada lembar observasi.

Untuk mengukur supervisi kepala ruangan digunakan kuisioner dengan bentuk checklist, yang terdiri dari 21 pertanyaan tertutup yang menggunakan skala likert. Apabila responden menjawab pernyataan dengan sering dilakukan bernilai 4, selalu dilakukan bernilai 3, jarang dilakukan bernilai 2, tidak pernah dilakukan bernilai 1. Standar penilaian supervisi kepala ruangan, baik jika didapat nilai 64 – 84, cukup baik 43 - 63 dan kurang baik 21 – 42.

Pengukuran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan lembar observasi yang terdiri dari 24 pertanyaan dengan skala Guttman, masing-masing alternatif pilihan yaitu, ya : 2, tidak : 1, baik jika di dapat nilai 41 – 48, cukup 33 – 40 dan kurang 24 - 32. Data ini untuk memperoleh gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

E. Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini perlu adanya rekomendasi dari pihak institusi kampus STIK Stella Maris Makassar atas pihak lain dengan mengajukan permohonan izin kepada instansi tempat penelitian dalam hal ini Rumah Sakit Stella Maris Makassar. Setelah didapatkan persetujuan penelitian dari Rumah Sakit Stella Maris Makassar barulah di lakukan penelitian.

1. Etika penelitian yang harus diperhatikan

a. Informed consent

Lembar persetujuan diedarkan sebelum penelitian dilaksanakan agar responden mengetahui maksud dan tujuan penelitian dan lembaran persetujuan ini juga diberikan kepada responden yang akan diteliti yang memenuhi kriteria inklusi.

b. Tanpa nama (inisial)

Untuk menjaga kerahasiaan, penelitian tidak akan mencantumkan nama responden, tetapi lembaran tersebut diberikan inisial atau kode.

c. Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti dan hanya kelompok data tertentu akan dilaporkan sebagai hasil peneliti. Data yang dikumpulkan disimpan dalam disk dan hanya bisa diakses oleh peneliti dan pembimbing, data ini akan dimusnahkan pada akhir penelitian

d. Justice

Setiap subjek penelitian diberlakukan sama berdasarkan moral, martabat, dan hak asasi manusia. Tidak mengistimewakan sebagian responden dengan responden lain.

e. Protections from discomfort

Penelitian ini menghindari ketidak nyamanan fisik ataupun mental dari responden dan lebih mengutamakan asas manfaat.

f. Respect for human dignity

Subjek memiliki hak asasi dan kebebasan untuk menentukan pilihan ikut atau menolak penelitian autonomy. Subjek dalam penelitian juga berhak mendapatkan informasi yang terbuka dan lengkap.

g. Balancing harm and benefits

Prinsip penelitian harus mempertimbangkan manfaat yang sebesar-besarnya bagi subjek penelitian dan populasi dimana hasil penelitian akan diterapkan beneficence. Kemudian meminimalisir resiko atau dampak yang merugikan bagi subjek penelitian nonmaleficence.

2. Sumber data dalam penelitian ini menggunakan 2 cara yaitu :

- a. Data primer : yaitu data yang diperoleh secara langsung dari responden yang menjadi sampel penelitian.
- b. Data sekunder : yaitu data yang diperoleh dari pihak Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

F. Pengolahan dan Penyajian Data

Dalam penelitian ini pengelolaan dan penyajian data yang digunakan adalah analisis data statistik. Pada tahap ini dilakukan kegiatan-kegiatan pendahuluan yang meliputi :

1. Editing

Proses editing dilakukan untuk memeriksa kembali kelengkapan pengisian kuisisioner.

2. Coding

Dilakukan untuk memudahkan pengelolaan data yaitu memberikan simbol dari setiap kuisisioner yang telah di isi oleh responden.

3. Entry data

Memasukan data yang telah terkumpul dengan menggunakan program komputer

4. Tabulasi

Data diolah dalam bentuk master tabel yaitu distribusi hubungan antara variabel independen dan variabel dependen, kemudian disajikan dalam bentuk tabel 3 x 3.

G. Analisa Data

Data dianalisis melalui persentase dan perhitungan jumlah dengan cara berikut.

a. Analisis univariat

Dalam penelitian ini analisa data dilakukan terhadap masing-masing variabel, baik independen (supervisi kepala ruangan), maupun dependen (kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan) untuk melihat distribusi frekuensi dari setiap variabel yang diteliti.

b. Analisis bivariat

Untuk menjawab tujuan penelitian dan mengkaji hipotesis penelitian, maka dilakukan analisis data untuk melihat hubungan variabel independen (supervisi kepala ruangan) dan variabel dependen (kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan) yang disajikan

dengan teknik analisis menggunakan uji statistik non parametrik yaitu chi square, dengan uji alternatifnya dilakukan pengabungan sel untuk kembali diuji dengan uji Chi – Square.

1. Apabila nilai $p < 0.05$ maka H_a diterima H_0 ditolak, artinya adanya hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.
2. Apabila nilai $p \geq 0.05$ maka H_0 diterima H_a ditolak, artinya tidak ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Pengantar

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Sella Maris Makassar, yang dilaksanakan pada tanggal 8 Februari 2018 sampai 22 Februari 2018. Pengambilan sampel dilakukan dengan teknik probability sampling dengan pendekatan cross sectional kepada 61 responden. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kusioner untuk supervisi kepala ruangan dan observasi untuk pendokumentasian asuhan keperawatan. Sedangkan untuk mengetahui signifikansi hubungan antara variabel dilakukan uji statistik chi-square. Adapun ketentuan terhadap penerimaan apabila nilai $p < 0.05$ maka H_a diterima dan H_o ditolak dan ketentuan terhadap penolakan apabila $p \geq 0.05$ maka H_a ditolak dan H_o diterima dengan menggunakan uji alternatifnya dilakukan penggabungan sel untuk kembali diuji dengan uji Chi – Square.

2. Gambaran Umum Lokasi Penelitian

Terbentuknya Rumah Sakit Stella Maris bermula dari nilai kasih yang tulus dan membuahkan cita-cita luhur yang membuat keperhatian dan kepedulian akan penderita orang-orang kecil yang kurang mampu. Oleh karena itu, sekelompok suster-suster JMJ Komunitas Rajawali mewujudkan kasih dan cita – cita tersebut kedalam suatu rencana untuk membangun sebuah Rumah Sakit Katolik yang berpedoman pada nilai-nilai injil. Status kepemilikan rumah Sakit Stella Maris yaitu swasta katolik dengan kategori rumah sakit umum tipe B. rumah sakit Stella Maris terletak di jalan Somba Opu No 273, kelurahan Losari kecamatan Ujung Pandang, kota Makassar provinsi Sulawesi Selatan.

Rumah sakit Stella Maris di dirikan pada tanggal 8 Desember 1938 dan di resmikan tanggal 22 september 1939 kemudian mulai beroperasi tanggal 7 Januari 1940. Adapun luas tanah ruma sakit Stella Maris yaitu 1,99537 ha dan luas bangunan rumah sakit yaitu 14, 668m². Sumber air bersih menggunakan air PAM dan air tanah. Sumber tenaga listrik yaitu PLN dan generator . kapasitas tempat tidur rumah sakit yaitu 236 tempat tidur. Surat izin penyelenggara rumah sakit Stella Maris nomor :016/PS/1501/01, tanggal 7 november 2008, oleh Dirjen Yanmedik Depertemen Kesehatan RI.

Rumah sakit Stella Maris memiliki visi dan misi tersendiri, dalam penyusunan visi dan misi pihak Rumah Sakit Stella Maris mengacu pada misi Terikat Dan Yayasan Ratna Meriam sebagai pemilik Rumah Sakit Stella Maris Makassar adalah sebagai berikut

a. Visi

Menjadi Rumah Sakit terbaik di Sulawesi Selatan, khususnya di bidang keperawatan dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

b. Misi

Senantiasa siap sedia memberikan pelayanan kesehatan berkualitas sesuai dengan perkembangan teknologi dan kebutuhan masyarakat, termasuk bagi mereka yang berkekurangan dan dilandasi dengan semangat cinta kasih Kristus kepada sesama.

3. Karakteristik responden

Adapun gambaran karakteristik umum responden berdasarkan jenis kelamin, umur, tingkat pendidikan dan lama kerja akan di uraikan sebagai berikut :

a. Berdasarkan Jenis Kelamin

Tabel 5.1
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Jenis Kelamin
Perawat Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit
Stella Maris Makassar (n=61)

Jenis Kelamin	Frekuensi (f)	Persentase(%)
Laki-laki	2	3.3
Perempuan	59	96.7
Total	61	100

Berdasarkan tabel 5.1, diperoleh data dari 61 responden jumlah terbanyak berada pada responden dengan jenis kelamin perempuan sebanyak 59 responden (96.7 %) dan terkecil yaitu laki-laki sebanyak 2 responden (3.3%).

b. Berdasarkan Umur Responden

Tabel 5.2
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Usia Perawat
Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit
Stella Maris Makassar (n=61)

Umur (Thn)	Frekuensi (f)	Persentase (%)
23 – 29	32	52.5
30 – 34	18	29.5
35 – 39	5	8.2
40 – 44	4	6.6
45 – 50	2	3.3
Total	61	100

Berdasarkan tabel 5.2 diperoleh data jumlah responden terbanyak berada pada usia 23 - 29 tahun yaitu 32

responden (52.5%) dan yang paling terkecil berada pada usia 45 – 50 tahun yaitu 2 responden (3.3%).

c. Berdasarkan Tingkat Pendidikan Perawat

Tabel 5.3
Distribusi Frekuensi Respoden
Menurut Tingkat Pendidikan Perawat
Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stella Maris
Makassar (n=61)

Pendidikan	Frekuensi(f)	Persentase(%)
D3	45	73.8
Ners	16	26.2
Total	61	100

Berdasarkan tabel 5.3 diperoleh data jumlah responden terbanyak berpendidikan D3 yaitu sebanyak 45 responden (73.8%) dan yang paling terkecil yaitu berpendidikan Ners dengan jumlah 16 responden (26.2%).

d. Berdasarkan Lama Kerja Perawat

Tabel 5.4
Distribusi Frekuensi Responden Menurut Lama Kerja Perawat
Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Stella Maris
Makassar (n=61)

Lama Kerja	Frekuensi(f)	Persentase(%)
1 – 10	46	75.4
11 – 20	12	19.7
21 – 30	3	4.9
Total	61	100

Berdasarkan tabel 5.4 diperoleh data jumlah lama kerja responden terbanyak berada pada lama kerja 1 - 10 tahun

sebanyak 46 responden (75.4%) dan terkecil dengan lama kerja 21 – 30 tahun sebanyak 3 responden (4.9%).

4. Penyajian Hasil Yang Diukur

a. Analisa Univariat

1) Supervisi Kepala Ruangan

Tabel 5.5
Distribusi Frekuensi Supervisi Kepala Ruangan
Di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar (n=61)

Supervisi Kepala Ruangan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	41	67.2
Cukup	20	32.8
Total	61	100

Berdasarkan tabel 5.5 diperoleh data supervisi kepala ruangan terbanyak berada pada kategorik baik sebesar 41 (67.2%) dan terkecil dengan kategorik cukup 20 (32.8%).

2) Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tabel 5.6
Distribusi Frekuensi Dokumentasi Asuhan Keperawatan
Di Rumah Sakit Stella Maris Makassar
(n=61)

Dokumentasi Asuhan Keperawatan	Frekuensi (f)	Persentase (%)
Baik	42	68.9
Cukup	19	31.1
Total	61	100

Berdasarkan tabel 5.6 diperoleh data pendokumentasi asuhan keperawatan terbanyak pada kategorik baik sebesar 42 (68.9%) dan terkecil dengan kategorik cukup 19 (31.1%).

b. Analisa Bivariat

1) Analisa Bivariat

Tabel 5.7

Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kelengkapan
Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Stella Maris
Makassar (n=61)

		Dokumentasi Asuhan Keperawatan						P
		Baik		Cukup		Total		
				baik				
		f	%	f	%	n	%	
Supervi kepala ruangan	Baik	41	67.2	0	0.0	41	67.2	0.000
	Cukup baik	1	1.6	19	31.1	20	32.8	
	Total	42	68.9	19	31.1	61	100	

Pada tabel 5.7 didapatkan hasil analisis menunjukkan dari 61 responden dengan supervisi kepala ruangan baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan baik berjumlah 41 responden (67.2%), sedangkan responden dengan supervisi kepala ruangan yang baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan cukup baik berjumlah 0 (0.0%) responden, sementara responden dengan supervisi kepala ruangan cukup baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan baik berjumlah 1 responden (1.6%) dan responden dengan supervisi kepala ruangan cukup baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan cukup baik berjumlah 19 responden (31.1%). Dari hasil uji analisis dengan menggunakan uji chi-square dengan nilai kemaknaan $\alpha = 0,05$ diperoleh nilai $p = 0.000$ hal ini menunjukkan nilai $p < \alpha$ maka hipotesis nol (H_0) di tolak dan (H_a) diterima artinya ada hubungan supervisi kepala ruangan

dengan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Pembahasan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar di dapatkan hasil dari 61 responden dengan supervisi kepala ruangan baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan baik berjumlah 41 responden (67.2%), sedangkan responden dengan supervisi kepala ruangan yang baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan cukup baik berjumlah 0 responden (0.0%), sementara responden dengan supervisi kepala ruangan cukup baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan baik berjumlah 1 responden (1.6%) dan responden dengan supervisi kepala ruangan cukup baik dan pendokumentasian asuhan keperawatan cukup baik berjumlah 19 responden (31.1%).

Hasil analisis uji chi-square dengan tabel 2 x 2 dan diperoleh nilai p yaitu $p = 0.00$ dimana $p < \alpha (0,05)$ sehingga hasil penelitian ini dapat disimpulkan bahwa ada hubungan supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan oleh perawat pelaksana di Rumah Sakit Stella Maris Makassar, Jadi semakin baik supervisi kepala ruangan maka semakin baik pula kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit Stella Maris Makassar

Menurut (Sugiharto 2012) bahwa supervisi keperawatan merupakan suatu proses formal dan professional yang dilakukan oleh supervisor atau pemimpin untuk mendukung, membimbing, mengarahkan, mengevaluasi, serta mengembangkan pengetahuan dan kompetensi perawat untuk menyelesaikan tugas dengan penuh tanggung jawab guna mencapai tujuan Rumah Sakit dan keselamatan pasien. Kaliat (2012) pendampingan/supervisi dalam pelaksanaan dokumentasi

asuhan keperawatan dapat dilakukan supaya seluruh anggota ruangan memiliki kesempatan yang sama memperoleh pendamping.

Menurut (Pribadi 2009) menunjukkan bahwa faktor persepsi perawat tentang supervisi yang dilakukan oleh kepala ruang mempengaruhi kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Perawat yang memiliki persepsi tentang supervisi yang baik cenderung melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang baik sehingga perlu diberikan fasilitas dalam peningkatan pengetahuan perawat melalui supervisi kepala ruang sekaligus meningkatkan kemampuan kepala ruang dalam melakukan supervisi kepada perawat.

Menurut Huber (2006) Supervisi terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan kegiatan yang perlu dilakukan terhadap perawat pelaksana. Perawat perlu dijaga, dibina, dan ditingkatkan sikap positifnya terhadap pekerjaannya. Sikap – sikap positif perawat terhadap pekerjaannya akan tercapai apabila diberikan motivasi, bimbingan dan penghargaan terhadap hasil kerjanya yang akan menciptakan kepuasan kerja perawat. Kepuasan kerja perawat pada praktik keperawatan tercapai apabila perawat merasa telah memberikan kontribusi, dianggap penting, mendapat dukungan dari sumber-sumber yang ada, dan out-come keperawatan banyak tercapai.

Hasil penelitian yang di peroleh sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Nidayanto (2012) di ruang rawat inap RSUD Ungaran yang hasil analisis bivariat menunjukkan sebagian besar dokumentasi asuhan keperawatan yang baik dibuat pada responden dengan supervisi yang baik (67,4 %). Hasil uji statistik menggunakan chi square didapatkan nilai p value = 0,027 dengan taraf signifikansi $p < 0,05$ ($\alpha = 0,05$), sehingga dapat disimpulkan bahwa ada hubungan antara supervisi kepala ruang dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Dengan nilai odds ratio (OR) sebesar 3,222 berarti supervisi keperawatan yang baik mampu meningkatkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan 3 kali lebih baik. Sehingga semakin

baik supervisi kepala ruangan maka semakin baik pula kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Ungaran

Hasil penelitian lain yang sesuai adalah penelitian Farida 2001 dalam Dewi 2007 yang menyatakan supervisi kepala ruangan berhubungan bermakna dengan pelaksana proses keperawatan di RS Jantung Harapan Kita, dengan $p=0,04$. Manurung 2004 dalam Dewi 2007 juga menyatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS PGI Cikini Jakarta, dengan $p=0,003$.

Menurut asumsi peneliti, supervisi merupakan bagian yang penting dalam manajemen keperawatan. Pelaksanaan asuhan keperawatan membutuhkan kemampuan kepala ruangan dalam melakukan supervisi. Supervisi memungkinkan seseorang manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruangan yang bersangkutan melalui analisis secara komprehensif bersama-sama dengan anggota perawat secara efektif dan efisien, pendapat ini didukung dengan hasil pengisian kuesioner (kepala ruangan saya memberi contoh pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan kepada saya) dimana dari 61 perawat hanya 6 orang yang mempersepsikan bahwa kepala ruangan jarang memberi contoh pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan, sedangkan 53 perawat lainnya mempersepsikan bahwa kepala ruangan selalu memberi contoh pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Peneliti mengambil kesimpulan bahwa supervisi kepala ruangan sangat dibutuhkan untuk pemberian sumber – sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tugas dan tujuan yang telah di tetapkan.

BAB VI

KESIMPULAN DAN SARAN

A. Kesimpulan

Dari hasil penelitian yang telah dilakukan pada 61 responden pada tanggal 8 Februari 2018 sampai 22 Februari 2018 di Rumah Sakit Stella Maris Makassar dapat disimpulkan bahwa :

1. Supervisi kepala ruangan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagian besar pada kategorik baik dalam melakukan tugas dan tanggung jawab untuk melakukan supervisi terhadap perawat pelaksana.
2. Pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit Stella Maris Makassar sebagian besar pada kategorik baik menunjukkan bahwa pendokumentasian sudah sesuai dengan standar yang telah ditetapkan.
3. Ada hubungan yang bermakna antara supervisi kepala ruangan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan oleh perawat di Rumah Sakit Stella Maris Makassar.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan dan hasil penelitian diatas, maka peneliti dapat memberikan saran-saran sebagai berikut :

1. Bagi Rumah Sakit

Manajemen rumah sakit atau bidang keperawatan hendaknya membuat jadwal supervisi kepala ruang dilaksanakan setiap hari. Penilaian dokumentasi asuhan keperawatan sebaiknya dimasukkan sebagai salah satu komponen penilain kinerja perawat di Rumah Sakit. Kepala bidang pelayanan keperawatan secara rutin mengadakan pertemuan dengan kepala ruang untuk membahas hasil supervisi kepala ruang sehingga dapat menyelesaikan

masalah-masalah yang dihadapi baik oleh perawat pelaksana maupun oleh kepala ruang.

2. Bagi Institusi STIK Stella Maris Makassar.

Penelitian ini dapat menjadi salah satu sumber referensi untuk mengetahui pentingnya peran supervisi dalam pendokumentasian asuhan keperawatan untuk dapat meningkatkan mutu pelayanan keperawatan.

3. Bagi Mahasiswa

Mahasiswa harus menyadari pentingnya praktik pengalaman lapangan dan bersungguh – sungguh sehingga mengetahui pendokumentasian yang baik dan mengenal secara langsung tentang fungsi manajerial kepala ruangan salah satunya supervisor

4. Bagi Peneliti

Penelitian selanjutnya diharapkan dapat menambah variabel penelitian yang belum ada, serta pengumpulan data dengan wawancara mendalam dengan perawat pelaksana dan kepala ruangan.

LAMPIRAN 3 INSTRUMEN PENELITIAN

A. Kuesioner supervisi kepala ruangan

1. Petunjuk

- a. Berikut ini kuesioner tentang supervisi kepala ruangan dimana saudara / saudara bertugas
- b. Bacalah dengan teliti setiap pernyataan sebelum menjawab
- c. Pilihan yang tersedia dalam kusioner ini adalah Sering Dilakukan (SrD) : nilai 4, Selalu Dilakukan (SD): nilai 3, Jarang Dilakukan (JD) : nilai 2 dan Tidak Dilakukan (TD) : nilai 1.
- d. Pilihlah jawaban yang sesuai dengan cara menceklist (✓) pada tabel yang tersedia

2. Identitas Responden

- a. Nama / Inisial :
- b. Umur :
- c. Jenis Kelamin :
- d. Pekerjaan :
- e. Pendidikan Terakhir :
- f. Lama kerja perawat :

No	Pernyataan	1 TD	2 JD	3 SD	4 SrD
1	Kepala ruangan memberikan penjelasan dengan kalimat yang mudah dimengerti tentang pendokumentasian asuhan keperawatan				
2	Kepala ruangan saya menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti saat memberikan pengarahan				
3	Kepala ruangan saya memberikan arahan kepada saya tentang				

LAMPIRAN 3 INSTRUMEN PENELITIAN

	pelaksanaan SOP				
4	Kepala ruangan saya mengecek catatan (dokumentasi) asuhan keperawatan dengan teliti yang ditulis oleh saya				
5	Kepala ruangan saya memberitahukan kepada saya tentang aspek - aspek yang dinilai dalam pendokumentasian proses keperawatan				
6	Kepala ruangan saya memeriksa dokumentasi proses keperawatan yang telah saya kerjakan setiap minggu.				
7	Kepala ruangan saya memberikan kesempatan kepada saya untuk mendiskusikan hasil penilaian yang telah diberikannya terhadap pendokumentasian aspek				
8	Kepala ruangan saya menjelaskan hal-hal yang harus diketahui oleh saya dalam menunjang kelancaran tugas				
9	Kepala ruangan saya memberikan pujian saat saya mampu mendokumentasikan proses keperawatan dengan baik				
10	Kepala ruangan saya dengan tepat menjawab pertanyaan bila saya meminta penjelasan				
11	Kepala ruangan saya menjelaskan jawaban dengan jelas bila ada pertanyaan tentang masalah asuhan				

LAMPIRAN 3 INSTRUMEN PENELITIAN

	keperawatan pada saat supervisi				
12	Kepala ruangan saya membuat catatan tertulis terhadap seluruh kegiatan supervisi yang dilakukan diruangan				
13	Kepala ruangan saya memberikan pengarahan terhadap asuhan keperawatan yang saya berikan				
14	Kepala ruangan saya membantu saya bila mengalami kesulitan dalam melaksanakan asuhan keperawatan				
15	Kepala ruangan saya meningkatkan keterampilan perawat dengan pembinaan dan pelatihan				
16	Kepala ruangan saya memberikan penilaian terhadap keterampilan saya dalam memberikan asuhan keperawatan				
17	Kepala ruangan saya melakukan evaluasi secara rutin asuhan keperawatan yang saya berikan				
18	Kepala ruangan saya memberi contoh pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan kepada saya				
19	Kepala ruangan saya menulis dalam status pasien apabila menemukan masalah pada saat observasi asuhan keperawatan				

LAMPIRAN 3 INSTRUMEN PENELITIAN

20	Kepala ruangan saya memberikan sanksi kepada saya apabila saya melaksanakan asuhan keperawatan tidak sesuai dengan standar				
21	Kepala ruangan saya menerima masukan dari saya dalam memberikan contoh pendokumentasian proses keperawatan				

Lampiran 4

LEMBAR KONSUL PEMBIMBING

Judul proposal : Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Rs Stella Maris Makassar

Nama peneliti : Agustinus Yurdani (C1414201002)
Charles Rante Arru (C1414201007)

Pembimbing : Elmiana B. Linggi, Ns.M.Kes

Hari/Tanggal	Materi Bimbingan	Materi Koreksi	Paraf		
			Pen.1	Pen.2	Pembimbing
10-10-2017	Konsul Judul	Menjelaskan variabel yang akan di teliti			
15-10-2017	Judul	ACC judul			
20-10-2017	Bab I	<ul style="list-style-type: none"> - Konsul latar belakang - Buku sumber terbaru - Perbaiki kecuai di paragraf satu, penelitian yang dilakukan, kalimat yang kurang huruf dan perbaiki kata-kata 			
24-10-2017	Bab I	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki beberapa kalimat yang berdiri sendiri menjadi suatu paragraph dan perhatikan beberapa kalimat setiap tema - Gabungkan beberapa pargraf menjadi Satu 			
26-10-2017	Bab II	<ul style="list-style-type: none"> - Teliti bahwa, setelah titik ataupun koma harus di spasi dan diperpendek kalimat 			

Lampiran 4

27-10-2017	Bab iii	- Perbaiki defenisi operasional dan kerangka konsep			
30-10-2017	Bab iii	- Penambahan kerangka konsep			
2-11-2017	Bab iv	- Perbaiki kriteria inklusi dan eksklusi			
6-11-2017	Bab iv	- Perbaiki susunan bab ii, iii dan iv dan perhatikan kalimat yang kurang huruf atau sebaliknya			
25-11-2017	Kuisisioner	- Pertanyaan kuisisioner			
10-03-2018	Konsul hasil penelitian Bab v dan Bab vi	- Kurang huruf di beberapa kalimat, menambah refrensi, dan ubah kesimpulan dari setiap tabel			
15-03-2018	Konsul bab v dan vi	- Tambahkan penjelasan dari hasil tabel ke dalam pembahasan, tabel harus di kasih jarak dengan kesimpulan, dan ubah saran			
26-03-2018	Abstrak, bab v dan vi	- Ada yang masih kurang huruf di bagian pembahasan, tambahkan kata sendiri di bagian pembahasan, dan hilangkan kesimpulan di akhir abstrak			

LAMPIRAN 3 INSTRUMEN PENELITIAN

INSTRUMEN OBSERVASI KELENGKAPAN DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

NO	Aspek Yang Dinilai	Keberadaan	
		Ada (2)	Tidak Ada (1)
A	PENGAJIAN		
1.	Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian		
2.	Data dikelompokkan (biopsiko-sosial-spiritual)		
3.	Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang		
4.	Masalah dirumuskan berdasarkan masalah yang telah ditentukan		
B	DIAGNOSA		
1.	Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah pasien		
2.	Diagnosa keperawatan meliputi Problem Etiologi dan Syptom		
3.	Merumuskan diagnosa aktual / potensial		
C	PERENCANAAN		
1.	Berdasarkan diagnosa keperawatan		
2.	Disusun menurut urutan prioritas		
3.	Rumusan tujuan mengandung komponen pasien / subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien / keluarga		
4.	Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah terinci dan jelas, dan atau melibatkan pasien / keluarga		

LAMPIRAN 3 INSTRUMEN PENELITIAN

5.	Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien / keluarga		
6.	Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain		
D	TINDAKAN		
1.	Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawat		
2.	Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan		
3.	Revisi tindakan berdasarkan hasil evaluasi		
4.	semua tindakan yang telah dilakukan dicatat ringkas dan jelas		
E	EVALUASI		
1.	Evaluasi mengacu pada tujuan		
2.	Hasil evaluasi di catat		
F	CATATAN ASUHAN KEPERAWATAN		
1.	Menulis pada format yang baru		
2.	Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan		
3.	Pencatatan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar		
4.	Setiap melakukan tindakan / kegiatan perawat mencantumkan paraf / nama jelas, dan tanggal jam dilakukan tindakan		
5.	Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku		

LAMPIRAN 1 RENCANA JADWAL KEGIATAN

No.	Uraian kegiatan																												
		Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
1	Pengajuan judul																												
2	ACC Judul																												
3	Menyusun Proposal																												
4	Ujian Proposal																												
5.	Pelaksanaan penelitian																												

NO	NAMA	JK	KODE	USIA	KODE	PENDIDIKAN TERAKHIR	KODE	LAMA KERJA PERAWAT (Tahun)
1	V	P	2	26	1	NERS	2	3
2	M	P	2	23	1	D3	1	1
3	K	P	2	40	4	D3	1	18
4	T	P	2	27	1	NERS	2	4
5	K	P	2	26	1	NERS	2	3
6	M	P	2	30	2	D3	1	9
7	R	P	2	34	2	D3	1	12
8	I	P	2	29	1	NERS	2	6
9	A	P	2	24	1	NERS	2	1
10	U	P	2	25	1	NERS	2	2
11	D	P	2	30	2	D3	1	8
12	A	P	2	29	1	D3	1	5
13	F	L	1	26	1	D3	1	3
14	E	P	2	28	1	D3	1	7
15	N	P	2	32	2	D3	1	11
16	L	P	2	25	1	D3	1	3
17	R	P	2	36	3	D3	1	14
18	N	P	2	31	2	D3	1	7
19	S	P	2	33	2	D3	1	11
20	H	P	2	47	5	D3	1	26
21	J	P	2	39	3	D3	1	18
22	M	P	2	24	1	D3	1	2
23	R	P	2	28	1	D3	1	7
24	L	P	2	27	1	NERS	2	5
25	J	P	2	25	1	NERS	2	4
26	D	P	2	29	1	NERS	2	6
27	N	P	2	24	1	D3	1	2
28	E	P	2	35	3	D3	1	12
29	E	P	2	40	4	D3	1	18
30	B	P	2	30	2	D3	1	12
31	D	P	2	28	1	D3	1	7
32	R	P	2	31	2	D3	1	10
33	K	P	2	44	4	D3	1	21
34	A	P	2	27	1	NERS	2	3
35	S	P	2	32	2	D3	1	11
36	L	P	2	28	1	D3	1	6
37	B	P	2	25	1	D3	1	3
38	S	P	2	36	3	D3	1	13
39	A	P	2	45	5	D3	1	22
40	M	P	2	32	2	D3	1	10
41	N	P	2	30	2	D3	1	8
42	V	P	2	26	1	NERS	2	2
43	S	P	2	29	1	D3	1	6
44	M	P	2	33	2	D3	1	10
45	Y	P	2	36	3	D3	1	5

46	Y	P	2	30	2	NERS	2	6
47	S	P	2	28	1	D3	1	6
48	L	P	2	42	4	D3	1	20
49	N	P	2	29	1	D3	1	7
50	K	P	2	27	1	NERS	2	4
51	H	P	2	33	2	D3	1	10
52	R	P	2	30	2	D3	1	8
53	R	P	2	24	1	NERS	2	1
54	D	P	2	26	1	D3	1	3
55	K	P	2	30	2	D3	1	5
56	J	P	2	29	1	D3	1	7
57	S	P	2	30	2	NERS	2	6
58	E	P	2	31	2	D3	1	8
59	F	L	1	29	1	D3	1	4
60	R	P	2	26	1	D3	1	3
61	A	P	2	29	1	NERS	2	5

KODE	SUPERVISI KEPALA RUANGAN																					Total	skor
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21		
1	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	76	BAIK
1	4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	77	BAIK
2	4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	75	BAIK
1	2	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	74	BAIK
1	3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	74	BAIK
1	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	81	BAIK
2	2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	75	BAIK
1	2	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	73	BAIK
1	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	2	3	70	BAIK
1	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	2	3	70	BAIK
1	3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	2	3	70	BAIK
1	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	4	3	3	79	BAIK
1	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	74	BAIK
1	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	4	3	4	3	79	BAIK
2	3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	76	BAIK
1	3	4	4	4	4	4	2	3	4	4	3	3	4	4	2	3	3	3	2	3	3	69	BAIK
2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	78	BAIK
1	2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	76	BAIK
2	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	78	BAIK
3	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	78	BAIK
2	2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	77	BAIK
1	2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	76	BAIK
1	2	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	61	CUKUP BAIK
1	3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	2	3	4	4	4	4	3	73	BAIK
1	3	4	4	4	4	4	2	3	4	4	3	3	4	4	2	3	3	3	2	3	3	69	BAIK
1	2	2	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	60	CUKUP BAIK
1	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	2	2	4	4	2	3	3	70	BAIK
2	3	3	3	3	4	2	2	4	1	2	2	3	3	4	1	1	3	3	4	2	2	55	CUKUP BAIK
2	2	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	59	CUKUP BAIK
2	2	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	59	CUKUP BAIK
1	2	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	59	CUKUP BAIK
1	3	3	4	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	4	2	3	2	3	2	4	3	58	CUKUP BAIK
3	3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	1	2	2	64	BAIK
1	2	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	2	3	4	4	3	2	2	66	BAIK
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	81	BAIK
1	4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	2	2	4	4	2	3	3	70	BAIK
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	82	BAIK
2	2	4	4	3	4	3	3	4	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	64	BAIK
3	2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	50	CUKUP BAIK
1	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	55	CUKUP BAIK
1	2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	55	CUKUP BAIK
1	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	2	3	3	3	2	54	CUKUP BAIK
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	70	BAIK
1	4	4	4	4	2	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	1	3	59	CUKUP BAIK
1	2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	53	CUKUP BAIK

1	4	4	4	4	2	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	1	3	59	CUKUP BAIK
1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	61	CUKUP BAIK
2	4	4	4	4	2	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	1	3	59	CUKUP BAIK
1	2	2	2	2	3	2	2	3	2	2	3	2	3	3	2	2	3	2	2	3	2	49	CUKUP BAIK
1	4	4	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	44	CUKUP BAIK
1	4	2	4	4	4	4	4	3	3	1	3	1	4	4	4	3	3	3	3	3	3	67	BAIK
1	2	2	2	2	3	3	2	2	1	2	2	3	2	2	3	3	2	1	1	2	2	44	CUKUP BAIK
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	84	BAIK
1	3	3	4	2	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	2	3	3	2	4	2	56	CUKUP BAIK
1	3	4	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	3	65	BAIK
1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	81	BAIK
1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	82	BAIK
1	4	4	3	4	4	3	3	4	2	3	4	3	3	3	3	4	3	4	4	3	2	70	BAIK
1	3	4	3	4	3	3	2	3	3	3	3	3	3	4	3	2	3	3	3	4	3	65	BAIK
1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	81	BAIK
1	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	3	81	BAIK

kode	HASIL OBSERVASI																								TOTAL
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44
3	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42
2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	40
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	40
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	40
2	2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	40
2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	40
2	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40
2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40
2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	40
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	43
2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42
2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	43
2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	39
2	2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40
2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40
2	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	40
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	43
2	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42
2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40

2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	40
2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	40
2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	40
2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	40
2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	40
3	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42
2	2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	40
3	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	43
2	2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	40
3	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	42
3	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44
3	2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43
3	2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	42

LAMPIRAN 7

SUPERVISI KEPALA RUANGAN																					Total	skor	kode
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21			
3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	3	3	4	4	3	4	4	4	3	76	BAIK	3
4	4	4	3	4	3	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	77	BAIK	3
4	3	4	3	4	3	4	3	3	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	3	4	75	BAIK	3
2	4	4	3	3	4	4	3	4	4	3	3	4	4	3	4	4	4	4	3	3	74	BAIK	3
3	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	74	BAIK	3
4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	81	BAIK	3
2	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	75	BAIK	3
2	4	4	4	4	3	4	4	2	4	3	2	3	4	3	4	4	4	4	3	4	73	BAIK	3
3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	2	3	70	BAIK	3
3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	2	3	70	BAIK	3
3	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	2	3	70	BAIK	3
4	4	4	4	4	3	4	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4	4	3	3	4	79	BAIK	3
3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	74	BAIK	3
3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	4	3	4	4	3	4	3	79	BAIK	3
3	4	4	3	3	3	3	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	76	BAIK	3
3	4	4	4	4	4	2	3	4	4	3	3	4	4	2	3	3	3	2	3	3	69	BAIK	3
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	78	BAIK	3
2	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	76	BAIK	3
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	78	BAIK	3
2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	1	4	4	4	4	4	3	78	BAIK	3
2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	77	BAIK	3
2	2	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	4	76	BAIK	3
2	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	61	CUKUP BAIK	2
3	4	4	4	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3	2	3	4	4	4	4	3	73	BAIK	3
3	4	4	4	4	4	2	3	4	4	3	3	4	4	2	3	3	3	2	3	3	69	BAIK	3
2	2	3	3	4	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	60	CUKUP BAIK	2

LAMPIRAN 7

4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	2	2	4	4	2	3	3	70	BAIK	3
3	3	3	3	4	2	2	4	1	2	2	3	3	4	1	1	3	3	4	2	2	55	CUKUP BAIK	2
2	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	59	CUKUP BAIK	2
2	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	59	CUKUP BAIK	2
2	3	4	3	4	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	59	CUKUP BAIK	2
3	3	4	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	4	2	3	2	3	2	4	3	58	CUKUP BAIK	2
3	3	4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	4	3	4	4	3	1	2	2	64	BAIK	3
2	3	3	3	4	4	3	4	3	3	4	4	3	3	2	3	4	4	3	2	2	66	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	3	4	81	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	3	3	2	3	4	4	4	3	2	2	4	4	2	3	3	70	BAIK	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	4	4	4	82	BAIK	3
2	4	4	3	4	3	3	4	2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	64	BAIK	3
2	2	3	2	3	2	2	2	2	3	3	2	3	2	2	3	2	2	2	3	3	50	CUKUP BAIK	2
2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	2	3	2	3	55	CUKUP BAIK	2
2	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	2	55	CUKUP BAIK	2
2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	2	2	2	2	3	3	3	2	54	CUKUP BAIK	2
4	4	4	4	4	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	70	BAIK	3
4	4	4	4	2	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	1	3	59	CUKUP BAIK	2
2	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3	2	53	CUKUP BAIK	2
4	4	4	4	2	3	2	4	3	2	3	3	3	3	3	2	3	2	1	1	3	59	CUKUP BAIK	2
3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	61	CUKUP	2

LAMPIRAN 7

HASIL OBSERVASI																								TOTAL	SKOR	KODE
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44	BAIK	3
2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	44	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42	BAIK	3
2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	42	BAIK	3
2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2

LAMPIRAN 7

2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	1	2	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	1	1	1	2	40	CUKUP BAIK	2
2	1	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	2	1	2	1	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	42	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44	BAIK	3
2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	39	CUKUP BAIK	2
2	2	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	1	2	2	2	1	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42	BAIK	3
2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2

LAMPIRAN 7

2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	40	CUKUP BAIK	2
2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	1	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	42	BAIK	3
2	1	1	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	1	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	40	CUKUP BAIK	2
2	2	1	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	42	BAIK	3
2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	44	BAIK	3
2	2	2	2	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	43	BAIK	3
2	2	2	1	2	1	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	42	BAIK	3

LAMPIRAN 8

jenis kelamin

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid laki-laki	2	3.3	3.3	3.3
Valid perempuan	59	96.7	96.7	100.0
Total	61	100.0	100.0	

usia responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 23-29	32	52.5	52.5	52.5
Valid 30-34	18	29.5	29.5	82.0
Valid 35-39	5	8.2	8.2	90.2
Valid 40-44	4	6.6	6.6	96.7
Valid 45-50	2	3.3	3.3	100.0
Total	61	100.0	100.0	

pendidikan terakhir

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid D3	45	73.8	73.8	73.8
Valid Ners	16	26.2	26.2	100.0
Total	61	100.0	100.0	

LAMPIRAN 8

lama kerja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1-10	46	75.4	75.4
	11-20	12	19.7	95.1
	21-30	3	4.9	100.0
	Total	61	100.0	100.0

supervisi kepala ruangan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cukup baik	20	32.8	32.8
	baik	41	67.2	100.0
	Total	61	100.0	100.0

observasi dokumentasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	cukup baik	19	31.1	31.1
	baik	42	68.9	100.0
	Total	61	100.0	100.0

LAMPIRAN 8

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
supervisi kepla ruangan * kelengkapan dokumentasi askep	61	100.0 %	0	0.0%	61	100.0 %

supervisi kepla ruangan * kelengkapan dokumentasi askep

Crosstabulation

			kelengkapan dokumentasi askep		Total
			cukup baik	baik	
supervisi kepla ruangan	cukup baik	Count	19	1	20
		Expected	6.2	13.8	20.0
	baik	Count	0	41	41
		Expected	12.8	28.2	41.0
Total		Count	19	42	61
		Expected	19.0	42.0	61.0

LAMPIRAN 8

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	56.570 ^a	1	.000		
Continuity Correction ^b	52.227	1	.000		
Likelihood Ratio	67.733	1	.000		
Fisher's Exact Test				.000	.000
Linear-by-Linear Association	55.643	1	.000		
N of Valid Cases	61				

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6.23.

b. Computed only for a 2x2 table