BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Rumah sakit (RS) merupakan organisasi yang bergerak dalam perawatan kesehatan profesional baik oleh dokter, perawat, farmasi, laboratorium, radiologi maupun tenaga kesehatan lainnya (Nursalam, 2011). Perawat merupakan seseorang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, memiliki pengetahuan dan keterampilan yang memerlukan kewenangan untuk melakukan pelayanan kesehatan (Salsabila, 2011).

Proses pelayanan keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat di RS mewajibkan perawat untuk membuat catatan atau dokumen asuhan keperawatan sebagai bukti tertulis dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang telah diberikan. Standar asuhan keperawatan ditampilkan dalam pendokumentasian keperawatan (Nursalam, 2011). Standar asuhan keperawatan yang diberikan terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan, intervensi dan evaluasi keperawatan (Carpenito, 2010).

Pelaksanaan pendokumentasian yang bermutu dan terstandar sangat penting bagi perawat. Tanpa adanya dokumentasi asuhan keperawatan yang lengkap, maka rangkaian proses asuhan keperawatan mustahil akan terlaksana dengan baik dan berkesinambungan. Tidak adanya komunikasi tertulis yang jelas antara

perawat dengan pasien, antara perawat dengan tenaga kesehatan lain, maka akan menyebabkan tidak jelasnya rangkaian proses standar asuhan keperawatan sehingga asuhan keperawatan yang diberikan tidak dapat berjalan secara maksimal (Zaidin, 2010).

Pendokumentasian asuhan keperawatan sangat penting namun pada implementasinya sering kali diabaikan/tidak dipatuhi sehingga kelengkapan, ketepatan, kualitas dan relevansi antar proses dokumentasi keperawatan masih menjadi temuan. Pendokumentasian juga merupakan alat pengendalian yang dapat mengukur kualitas pelayanan keperawatan, walaupun pengendalian bersifat tidak langsung tetapi gambaran kualitas dokumentasi dapat memotret kualitas pelayanan secara umum (Putra, 2016).

Penelitian terkait kelengkapan dokumentasi pernah dilakukan oleh Wirawan, dkk (2013) di ruang rawat inap RSUD Ambarawa, hasil penelitian menunjukkan 69,1% telah menerapkan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik sedangkan 30,9% menerapkan dokumentasi dengan kurang baik. Lalu pernah dilakukan di RS Marinir Cilandak Jakarta, dimana pencapaian rata-rata pendokumentasian sebesar 60,77% (Lusiati, 2008).

Penelitian pendokumentasian juga pernah dilakukan di RS Tampan Provinsi Riau oleh Asuti, Yarnita dan Mayasari (2010), dimana hasil penelitian menunjukkan kelengkapan pendokumentasian pada tahap pengkajian mencapai 56,11%, diagnosa keperawatan mencapai 36,67%, perencanaan keperawatan mencapai 17,11%, tindakan keperawatan mencapai 57,78%, evaluasi keperawatan

mencapai 52,78%, dan pendokumentasian pada tahap catatan asuhan keperawatan mencapai 92,22%.

Menurut Bergh, Bergh, dan Friberg (2007), kinerja pendokumentasian tidak memadai disebabkan oleh tidak sinkronnya proses keperawatan yang didokumentasikan. Pendapat serupa juga dijelaskan oleh Siswanto, Hariyati dan Sukihananti (2013), kinerja perawat terkadang inkonsisten dalam mendokumentasikan waktu pelaksanaan tindakan. Contoh inkosistensi pendokumentasian meliputi inkosisten tanda tangan setiap kegiatan perawat, inkosisten dalam pembuatan simbol dan singkatan dalam pendokumentasian, tulisan perawat kadang-kadang tidak jelas dan kalimat yang tidak sesuai dengan intervensi yang dilakukan dan perawat kadang-kadang menulis pendokumentasian tindakan pada tempat yang salah dalam format yang sudah ditetapkan.

Melalui pernyataan diatas, terlihat bahwa kinerja perawat mempengaruhi pendokumentasian keperawatan. Ada berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kinerja perawat. Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja adalah faktor personal/individu (pengetahuan, skill, kemampuan, motivasi, komitmen), kepemimpinan, tim, sistem (sistem dan fasilitas kerja) dan kontekstual/situasional (tekanan dan perubahan lingkungan eksternal serta internal) (Mahmudi, 2015).

Kinerja perawat didefinisikan sebagai aktivitas perawat dalam meng-implementasikan suatu wewenang, tugas dan tanggungjawabnya dalam rangka pencapaian tujuan tugas pokok profesi dan terwujudnya tujuan dan sasaran unit organisasi (Pramithasari, 2016). Kinerja perawat dapat diukur melalui adanya

penilaian kinerja, yang meliputi pengkajian, diagnosa, rencana asuhan, pelaksanaan dan evaluasi asuhan keperawatan yang harus bersifat akurat, objektif, lengkap dan sesuai dengan asuhan keperawatan. Apabila tidak terdokumentasikan dengan tepat maka akan sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Gillies, 2010).

Kinerja dokumentasi perawat yang kurang baik bisa disebabkan oleh masih kurangnya pengetahuan tentang pentingnya dokumentasi. Masih banyak ketidaktahuan perawat dalam mengisi format dokumentasi asuhan keperawatan, dan masih adanya kekeliruan dalam penulisan pendokumentasian asuhan keperawatan. Contoh, jika terdapat kesalahan dalam pendokumentasian maka perawat lebih cenderung untuk menutupi atau mencoret-coretnya, padahal hal ini tidak sejalan dengan aturan panduan pendokumentasian yang menyatakan bahwa jika terjadi kesalahan penulisan maka perawat tidak diperbolehkan menggunakan tipe-x atau mencoret tulisan karena seakan-akan perawat mencoba untuk menyembunyikan informasi (Fatmawati, Noor dan Maidin, 2014).

Menanggapi hal ini maka peneliti melakukan wawancara dengan 10 orang perawat yang ada diruang rawat inap RS Aulia Hospital Pekanbaru pada tanggal 20 Januari 2019. Melalui wawancara didapatkan data bahwa 2 perawat (20%) tidak melakukan pengkajian rawat inap dalam 1x24 jam, 3 perawat (20%) tidak mengisi format pengkajian rawat inap secara lengkap, 2 perawat (20%) mengatakan bahwa mereka tidak melakukan intervensi sesuai prioritas masalah tetapi hanya berfokus pada hal yang dibutuhkan pasien saat kontak dengan

perawat dan lupa menuliskan intervensi di catatan integrasi, 2 perawat (20%) belum memahami teknis penulisan asuhan keperawatan di catatan terintegrasi dengan tepat, 1 perawat (10%) mengakui merasa bosan dengan aktfitas pendokumentasian keperawatan yang ada. Dampak dari pendokumentasian yang tidak lengkap di RS Aulia Hospital Pekanbaru menyebabkan adanya keterlambatan dalam pemberian terapi (obat, tindakan laboratorium dan radiologi dll) dan menyebabkan *handover* antar bagian menjadi tidak efektif dan efisien dsb. Hal ini pastinya akan menyebabkan pelayanan keperawatan menjadi tidak maksimal.

Melalui hasil observasi yang telah peneliti lakukan pada tanggal 20 Januari 2019 tersebut juga didapatkan data ketidaklengkapan pendokumentasian Aulia Hospital Pekanbaru terdiri dari kurang lengkapnya pengisian pengkajian keperawatan dimana pengkajian keperawatan tidak langsung dikerjakan oleh perawat dalam 1x24 jam rawatan, pengkajian dan catatan integrasi tidak lengkap, dan berdasarkan analisa tampak kurang kesinambungan antara data subjektif dan objektif pada catatan terintegrasi perawat. Ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan ini sangat terkait dengan tingkat karakteristik individu (usia, pengalaman atau masa kerja dan pendidikan), pengetahuan, motivasi, pemimpin, waktu dan beban kerja serta kinerja perawat dalam mendukung pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan yang lebih akurat.

Mengingat betapa pentingnya arti pendokumentasian keperawatan baik bagi pasien maupun kepentingan RS, perlu kiranya mengetahui bagaimana kinerja pelaksanaan kelengkapan pendokumentasian keperawatan tersebut. Maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian yang berjudul "Hubungan Kinerja Perawat dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap Aulia Hospital Pekanbaru tahun 2019". Peneliti akan meneliti kinerja perawat yang dihubungkan dengan kelengkapan pendokumentasian yang terdiri dari item penilaian yang terbagi menjadi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang masalah yang telah dijelaskan, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah "Apakah ada hubungan kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru tahun 2019?"

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mengetahui hubungan kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru.

2. Tujuan Khusus

a. Mengetahui kinerja perawat melalui kuesioner yang diisi oleh perawat di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru terkait dokumentasi asuhan keperawatan

b. Mengetahui kelengkapan lembar observasi pendokumentasian asuhan keperawatan yang diisi oleh kepala ruangan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru

c. Mengetahui hubungan kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru

D. Manfaat Penelitian

1. Aspek Teoritis

Penelitian ini diharapkan dapat dijadikan masukan bagi pengembangan ilmu pengetahuan khususnya bagi mata kuliah kepemimpinan dan manajemen keperawatan yang berhubungan dengan kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap

2. Aspek Praktis

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai dasar dalam pembuatan kebijakan yang tepat bagi RS Aulia Hospital Pekanbaru untuk mengetahui hal-hal yang mempengaruhi kinerja perawat dalam melengkapi pendokumentasian asuhan

keperawatan di ruang rawat inap demi meningkatkan kinerja perawat dan menciptakan iklim organisasi yang baik.

Penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan kinerja perawat melakukan pengembangan kemampuan dalam pendokumentasian keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan meningkatkan kinerja perawat dalam upaya pendokumentasian tersebut, sehingga pelayanan asuhan keperawatan dapat berjalan dengan maksimal.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teoritis

1. Dokumentasi Keperawatan

a. Pengertian Dokumentasi Keperawatan

Fisbach (2011) menyebutkan bahwa dokumentasi keperawatan adalah suatu dokumen yang berisi data yang lengkap, nyata, dan tercatat, bukan hanya tentang tingkat kesakitan klien, tetapi juga jenis atau tipe, kualitas, dan kuantitas pelayanan kesehatan dalam memenuhi kebutuhan klien.

Dokumentasi adalah sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan pasien, tanpa dokumentasi yang benar dan jelas, kegiatan pelayanan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh seseorang perawat profesional tidak dapat dipertanggung jawabkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan pelayanan kesehatan dan perbaikan status kesehatan pasien di Rumah Sakit (Nursalam, 2012).

Menurut Zaidin (2010) dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum. Dokumentasi

keperawatan merupakan bukti otentik tentang respon klien dan perubahan yang terjadi dari tindakan yang dilakukan oleh perawat baik secara mandiri maupun kolaborasi yang merupakan bagian permanen dari rekam medik klien.

b. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Sebagai dokumen rahasia yang mencatat semua pelayanan keperawatan klien, catatan tersebut dapat diartikan sebagai suatu catatan bisnis dan hukum yang m[illegible]nyak manfaat dan penggunaan. Tujuan dari dokumentasi keperawatan yaitu (Setiadi, 2012):

1) Sebagai sarana komunikasi: dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkapdapat berguna untuk membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien, membantu tim perawat dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.
2) Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat: sebagai upaya untuk melindungi klien terhadap kuallitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya maka perawat diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap klien.

3) Sebagai informasi statistik: data statistik dari dokumentasi keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.
4) Sebagai sarana pendidikan: dokumentasi asuhan keperawatan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa keperawatan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan.
5) Sebagai sumber data penelitian: informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini sarat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan yang aman, efektif dan etis.
6) Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan: melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat, dan rutin baik yang dilakukan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya.
7) Sebagai sumber data perencanaan asuhan keperawatan berkelanjutan, dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten

mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melaluitahapan kegiatan proses keperawatan

c. Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan sangat bermanfaat dalam asuhan keperawatan yang profesional, antara lain sebagai berikut (Setiadi, 2012):

1) Meningkatkan mutu asuhan keperawatan karena dokumentasi merupakan suatu kesinambungan informasi asuhan keperawatan yang sistematis, terarah, dan dapat dipertanggungjawabkan.
2) Sebagai bahan pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan perawatan di depan hukum jika diperlukan. Dengan demikian, dapat memberi pengayoman kepada perawat jika terjadi pengaduan klien.
3) Sebagai alat pembinaan dan pertahanan akuntabilitas perawat dengan keperawatan.
4) Sebagai sarana komunikasi yang terbuka antara perawat dan klien
5) Sebagai sarana komunikasi antar perawat atau perawat dengan profesi lain.
6) Sebagai sumber data untuk penelitian dan pengembangan keperawatan.
7) Penyediaan data dalam pendidikan keperawatan, penelitian, dan pengembangan keperawatan.

8) Mengawasi, mengendalikan, dan menilai kualitas asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat (sesuai dengan kompetensi masing-masing perawat).

d. Tahapan Dokumentasi Keperawatan

Tahapan dalam proses keperawatan, yaitu sebagai berikut (*American Nursing Association* (ANA), 2012 dan Gillies, 2010):

1) Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah metode yang sistematis untuk memperoleh data dan informasi yang penting tentang keadaan dan status kesehatan pasien dalam rangka pemenuhan kebutuhannya. Perawat menggunakan semua informasi pasien yang diperoleh dari wawancara, riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, laboratorium dan diagnostik lainnya untuk mencapai tujuan tersebut di atas.

Pengkajian harus lengkap dan seakurat mungkin. Pengumpulan data untuk kelengkapan informasi status kesehatan atau masalah pasien harus terus menerus dilakukan untuk mengidentifikasi masalah-masalah baru dan mengubah prioritas klinis. Standar dokumentasi untuk pengkajian adalah perawat mendokumentasikan data pengkajian keperawatan dengan cara sistematis, komprehensif, akurat dan terus menerus. Petunjuk penulisan pengkajian adalah sebagai berikut.

a) Gunakan format yang sistematis untuk mencatat pengkajian yang meliputi: riwayat pasien masuk rumah sakit, respon pasien yang

berhubungan dengan persepsi kesehatan pasien, riwayat pengobatan, data pasien rujukan, pulang dan keuangan.

b) Gunakan format yang telah tersusun untuk pencatatan.
c) Kelompok data-data berdasarkan model pendekatan yang digunakan.
d) Tuliskan data obyektif tanpa bias (tanpa mengartikan), menilai , memasukkan pendapat pribadi.
e) Sertakan pernyataan yang mendukung interpretasi data obyektif.
f) Jelaskan observasi dan temuan secara sistematis termasuk definisi karakteristiknya.
g) Ikuti aturan atau prosedur yang dipakai dan disepakatidi instansinya.
h) Tuliskan secara jelas dan ringkas.
i) Tidak ada item yang tidak terisi pada pengkajian keperawatan

2) Diagnosis keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah respons individu terhadap masalah kesehatan yang aktual dan potensial. Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang singkat, tegas, dan jelas tentang respons klien terhadap masalah kesehatan/penyakit tertentu yang aktual dan potensial karena ketidaktahuan, ketidakmauan, atau ketidakmampuan pasien/klien mengatasinya sendiri, yang membutuhkan tindakan

keperawatan untuk mengatasinya. Adapun petunjuk penulisan diagnosa keperawatan dalam dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut.

a) Pemakaian PE dan PES (problem, etiologi, sign/*symptom*) untuk format diagnosa aktual.
b) Catat diagnosa keperawatan potensial dalam sebuah problem/format etiologi.
c) Pemakaian terminologi berdasar kepada standar diagnosa keperawatan dari NANDA.
d) Merujuk pada daftar yang dapat diterima, bentuk diagnosa keperawatan untuk catatan standar dalam saku atau ringkasan.
e) Memulai penulisan pernyataan diagnosa dengan mengubah redaksinya ke dalam suatu keadaan diagnosa keperawatan yang distandarkan.
f) Pastikan data mayor dan penunjang data minor karakteriktik pendefinisian diperoleh dokumentasi bagian pengkajian pasien untuk menegakkan diagnosa keperawatan. Pastikan definisi karakteristik (data mayor dan data minor) telah didokumentasikan pada bagian pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan.
g) Pernyataan awal dalam perencanaan keperawatan ditulis di daftar masalah dan didokumentasikan dalam catatan keperawatan.
h) Hubungkan tiap-tiap diagnosis keperawatan bila saling merujuk dan memberikan laporan perubahan atau perkembangan.

i) Setiap pergantian dinas perawat, gunakan diagnosis keperawatan sebagai pedoman pengkajian, intervensi dan evaluasi.

j) Catatan bahan perawatan adalah dasar untuk pertimbangan dari langkah-langkah proses keperawatan.

k) Pendokumentasian semua diagnosis keperawatan harus merefleksikan dimensi dalam masalah yang berorientasi pada sistem pendokumentasian perawat.

l) Suatu agenda atau catatan mungkin diperlukan untuk membuat diagnosis keperawatan dan system pendokumentasian yang relevan.

3) Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan atau lebih dikenal dengan rencana asuhan keperawatan (*nursing care plan*) atau disingkat Renpra (rencana perawatan) merupakan langkah ketiga dari proses keperawatan. Setelah menetapkan diagnosis keperawatan, kita menyusun rencana tindakan keperawatan sebagai dasar pelaksanaan tindakan/intervensi keperawatan. Renpra tersebut juga harus didokumentasi dengan baik sebagai dasar tindakan berikutnya atau dasar penilaian. Menurut Mayer rencana asuhan keperawatan adalah pengkajian yang sistematis dan identifikasi masalah, penentuan tujuan dan pelaksanaan serta cara-cara atau strategi.

Petunjuk penulisan rencana tindakan keperawatan adalah sebagai berikut.

a) Sebelum menuliskan rencana asuhan keperawatan, kaji ulang semua data yang ada. Sumber data yang memuaskan meliputi pengkajian awal pada saat pertama kali klien masuk rumah sakit, diagnosis keperawatan pada saat pertama kali masuk rumah sakit, keluhan utama klien/alasan yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, hasil pemeriksaan laboratorium, latar belakang sosial budaya, riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik, observasi dari profesi kesehatan lain.
b) Daftar dan jenis masalah aktual, resiko dan potensial.
c) Tuliskan kriteria hasil dengan jelas, khusus dan teratur.
d) Selalu ditanda tangani dan diberi tanggal rencana tindakan.
e) Mulai rencana tindakan dengan menggunakan kata kerja.
f) Tuliskan rasional dari rencana tindakan.
g) Rencana tindakan harus dicatat sebagai hal yang permanen.
h) Pasien dan keluarganya jika memungkinkan diikut sertakan dalam perencanaan.
i) Rencana tindakan harus sesuai dengan waktu yang ditentukan dan diusahakan untuk selalui diperbarui

4) Intervensi Keperawatan

Intervensi atau tindakan keperawatan merupakan langkah keempat dari proses keperawatan yang telah direncanakan oleh perawat untuk dikerjakan dalam rangka membantu klien untuk mencegah,

mengurangi, dan menghilangkan dampak atau respons yang ditimbulkan oleh masalah keperawatan dan kesehatan. Dokumentasi intervensi/ tindakan keperawatan adalah pencatatan proses intervensi keperawatan yang meliputi tindakan apa, siapa yang melakukan, mengapa dilakukan, dimana dilakukan, bilamana/kapan/waktu tindakan, dan bagaimana tindakan tersebut dilakukan.

Petunjuk penulisan intervensi keperawatan adalah sebagai berikut.

a) Ditulis secara jelas, ringkas dari pengobatan atau tindakan dalam bentuk kata kerja.
b) Menjelaskan alasan tindakan harus dilaksanakan.
c) Menuliskan hasil tindakan.
d) Menuliskan tanggal, waktu, nama jelas, dan tanda tangan perawatyang melakukan.

5) Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan adalah proses kontinu yang penting untk menajamin kualitas dan ketepatan tindakan keperawatan yang dilakukan dan keefektifan rencana keperawatan dalam memenuhi kebutuhan klien. Petunjuk penulisan evaluasi keperawatan adalah sebagai berikut:

a) Sebelum menulis kesimpulan evaluasi dengan data yang mendukung penilaian perawat. Contoh data pendukung pada pasien dengan myocardial infark: tidak ada *dyspnea*, pasien

tampak nyaman. Penilaian perawat: toleransi aktivitas meningkat atau status cardiac stabil

b) Mengunakan evaluasi intervensi keperawatan dengan pernyataan evaluasi formatif yang menjelaskan respon cepat pasien terhadap intervensi keperawatan atau prosedur.

c) Menggunakan pernyataan evaluasi sumatif ketika pasien dipindah ke fasilitas lain atau dipulangkan.

d) Catatan evaluasi sumatif untuk setiap hasil yang diharapkan diidentifikasi pada perencanaan keperawatan pasien.

e) Menulis pernyataan evaluasi yang merefleksikan keadaan perkembangan pasien terhadap tujuan

e. Prinsip-prinsip Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Adapun Petunjuk cara pendokumentasian yang benar yaitu (Potter and Perry, 2012):

1) Jangan menghapus menggunakan *tipe-x* atau mencatat tulisan yang salah, ketika mencatat yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu di paraf kemudian tulis catatan yang benar.

2) Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.

3) Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.

4) Catatan harus akurat, teliti dan reliabel, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja
5) Jangan biarkan bagian kososng pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horizontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
6) Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
7) Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, karena jika perawat melakukan tindakan diluar batas kewenangannya dapat dituntut.
8) Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
9) Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik), karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
10) Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus obyektif, komprehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.

11) Agar mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.

Menurut ANA (2012) dalam melakukan asuhan dokumentasi keperawatan, perawat harus mengingat beberapa hal yakni:

1) Tulisan jelas atau dicetak rapi, catatan harus dapat dibaca.

2) Gunakan tinta permanen. (ketepatan warna tinta bergantung pada kebijakan rumah sakit).

3) Untuk setiap entri, identifikasi waktu dan tanggal. Bubuhi tanda tangan lengkap anda, serta cantumkannama dan jabatan anda.

4) Gambarkan kaitan antara perawatan yang diberikan dan respon pasien terhadap perawatan.

5) Tulis secara objektif gambaran temuan (missalnya perilaku) dan lakukan observasi terhadap perilaku.

6) Tulis entri secara berurutan dan sesuai kronologis tanpa melewati garis atau tidak ada garis yang kosong.

7) Tulis entri sesegera mungkin setelah pemberian perawatan.

8) Tulis secara factual dan spesifik.

9) Kutip penjelasan dari pasien (keluarga atau pemberi perawatan) jika diindikasikan

10) Gunakan nama pasien (misal, Tn. Andi)

11) Dokumentasikan keluhan atau kebutuhan pasien dan pemecahan masalahnya.

12) Buat secara lengkap akurat dan menyeluruh.

13) Tulis apa yang anda katakan, gunakan singkatan yang disetujui institusi.

14) Catat hanya perawatan yang anda berikan.

15) Untuk mengoreksi kesalahan, lakukan hal berikut ini: buat sebuah garis pada entri yang salah, jelaskan kesalahan tersebut secara singkat (missal, tanggal salah), bubuhi tanda tangan, tanggal dan waktu.

Menurut ANA (2012) dalam melakukan asuhan dokumentasi keperawatan, hal - hal yang perlu dihindari dalam pendokumentasian keperawatan yakni:

1) Mengandalkan ingatan

2) Menghilangkan atau menghapus entri, tindakan ini dapat tampak sebagai suatu upaya untuk menutupi entri yang memberatkan.

3) Menghilangkan kata - kata yang tidak diketahui.

4) Membuat asumsi menyimpulkan atau menyalahkan.

5) Membiarkan ruang kosong atau catatan naratif di antara entri dan tanda tangan

6) Mencatat entri lama

7) Membiarkan ada ruang kosong dalam dokumentasi.

8) Mengabaikan pendokumentasian sampai akhir *shift*.

f. Faktor – faktor yang Mempengaruhi Kelengkapan Pendokumentasian

Pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap disebabkan beberapa hal. Banyak hal yang dapat mempengaruhi kemampuan perawat dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan. Hal ini sangat terkait dengan:

1) Tingkat karakteristik individu (usia, pengalaman atau masa kerja dan pendidikan)

Karakteristik individu mempengaruhi pendokumentasian dimana semakin meningkat usia, semakin memiliki banyak pengalaman, semakin tinggi pendidikan dan semakin meningkatkan pengetahuan maka hal tersebut akan mempengaruhi kualitas dari pendokumentasian keperawatan (Hidayat, 2010). Menurut Marquis dan Huston (2013), kualifikasi pendidikan menjadi bahan pertimbangan untuk setiap kategori pekerjaan dan ada hubungan antara pendidikan dan pekerjaan tertentu.

2) Pengetahuan

Pengetahuan merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang, dapat diperoleh melalui pendidikan formal maupun informal dan pengetahuan memiliki dua fungsi utama, pertama sebagai latar belakang dalam menganalisa sesuatu hal, mempersepsikan dan menginterpretasi- kannya yang kemudian

dilanjutkan dengan keputusan tindakan yang dianggap perlu (Notoadmojo, 2010).

Menurut Aditama (2009), untuk melakukan penerapan asuhan keperawatan dengan baik dan sesuai dengan ilmu pengetahuan yang berkembang, maka perawat harus lebih meningkatkan pengetahuannya baik dalam bidang formal maupun informal demi memberikan pelayanan keperawatan yang berkualitas kepada pasien.

Hal ini sejalan dengan penelitian Lukman (2012) tentang pendokumentasian di ruang rawat inap dalam BPRSUD kota Salatiga yang meneliti tentang hubungan pengetahuan, sikap, dan motivasi dengan pendokumentasian keperawatan dengan hasil pengetahuan perawat terhadap pendokumentasian (40%), sikap perawat (55%) dan motivasi perawat (53%) serta hasil pelaksanaan dokumentasi (43%). Hal ini menunjukkan hubungan pengetahuan dan motivasi dengan perilaku perawat dalam pelakasanaan pendokumentasian.

3) Motivasi

Motivasi merupakan kondisi yang berpengaruh membangkitkan, mengarahkan, dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja (Mangkunegara, 2010). Motivasi yang tidak baik dalam pendokumentasian keperawatan akan membuat timbulnya dorongan yang lemah untuk melakukan pekerjaan sebaik mungkin (Pitman, 2011).

Motivasi teori Mc Clelland yang dikelompokkan menjadi tiga kebutuhan manusia yaitu kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi dan kebutuhan prestasi. Kebutuhan berafiliasi adalah dorongan untuk berinteraksi dengan orang lain. Kebutuhan ini dapat diwujudkan melalui keikutsertaan seseorang dalam suatu organisasi atau perkumpulan-perkumpulan. Kebutuhan afiliasi pada prinsipnya agar dirinya itu diterima dan dianggap menjadi bagian dari kelompok tersebut. Kebutuhan kekuasaan tampak pada perawat yang ingin mempengaruhi orang lain, senang berkompetisi, mandiri, aktif menjalankan kebijakan organisasi, selalu menjaga prestasi, reputasi, serta posisinya (Suarli & Yayan, 2008).

Kebutuhan prestasi berfokus pada keberhasilan penyelesaian tugas dan menyukai umpan balik dari pekerjaannya daripada hubungan kekerabatan serta mencari pengaruh (Suarli & Yayan, 2008). Kebutuhan ini tercermin dari keinginan seseorang mengambil tugas secara konsisten, bertanggung jawab untuk mencapai tujuannya dan berani menghadapi risiko serta memperhatikan *feedback.* Hasil uji statistik diperoleh P *value* = 0,036, bahwa ada hubungan antara motivasi dengan kualitas dokumentasi proses asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan teori Mc Clelland bahwa timbulnya motivasi untuk berperilaku karena dipengaruhi oleh kebutuhan-

kebutuhan yang ada dalam diri manusia (kebutuhan kekuasaan, kebutuhan afiliasi, dan kebutuhan berprestasi).

Motivasi kerja yang semakin tinggi menjadikan perawat mempunyai semangat yang tinggi untuk memberikan pelayanan yang terbaik (Mudayana, 2010). Hal ini sebanding dengan motivasi untuk melakukan pendokumentasian yang tinggi akan menghasilkan kualitas dokumentasi yang baik. Motivasi merupakan dorongan yang berpengaruh membangkitkan, mengarahkan, dan memelihara perilaku yang berhubungan dengan lingkungan kerja (Mangkunegara, 2005).

4) Kepemimpinan

Faktor organisasi, supervisi adalah pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan bawahan, apabila ditemukan masalah segera diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Suarli & Yayan, 2008).Peran dan fungsi kepala ruangan juga memberikan pengaruh yang sangat besar terhadap pengontrollan pendokumentasian asuhan keperawatan terhadap pelaksana (Ilyas, 2012).

Supervise pemimpin sangat diperlukan untuk perbaikan kerja pendokumentasian asuhan keperawatan. Perhatian pimpinan dapat dilakukan

dalam bentuk bimbingan dan pengarahan dalam pelaksanaan tugas, ketersediaan waktu atasan untuk mendengarkan saran-saran untuk dipertimbangkan, dan sikap terbuka dalam menerima keluhan staf serta mencari solusi untuk memberi bantuan atas permasalahan.

Monitoring yang dilakukan atasan langsung secara berkala juga dapat memacu perawat untuk bekerja lebih baik. Supervisi dari bidang keperawatan sebaiknya dilakukan minimal sebulan sekali untuk memberikan bimbingan dokumentasi askep. Supervisi yang dilakukan dengan benar merupakan bentuk dukungan dari lingkungan untuk meningkatkan kualitas kerja perawat sehingga kualitas dokumentasi dapat menjadi lebih baik.

Kemampuan manajer keperawatan dalam hal ini kepala ruang diharapkan menjalankan fungsi pengarahan melalui kegiatan supervisi yang baik untuk penjaminan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan. Desain pekerjaan yang baik seharusnya sudah bisa menjiwai diri para perawat tanpa harus mendapat

bimbingan terus menerus dan *monitoring* yang ketat dari atasan.

Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan Warsito (2006) mengenai persepsi perawat terhadap fungsi manajerial kepala ruang di rumah sakit jiwa Dr. Amino Gondohutomo Semarang bahwa perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengarahan kepala ruang tidak baik, cenderung pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya juga tidak baik dan perawat pelaksana yang mempunyai persepsi tentang fungsi pengawasan kepala ruang tidak baik, cenderung pelaksanaan manajemen asuhan keperawatannya juga tidak baik.

5) Beban kerja

Menurut Meshkati (2011), beban kerja dapat didefenisikan sebagai suatu perbedaan antara kapasitas atau kemapuan pekerjaan dengan tuntutan pekerjaan yang harus dihadapi. Sedangkan menurut Permendagri No. 12/2008, beban kerja adalah besaran pekerjaan yang harus dipikul oleh suatu jabatan atau unit organisasi dan merupakan hasil kali antara volume kerja dan norma waktu. Dari sudut pandang ergonomi setiap beban kerja yang diterima seseorang harus sesuai dan seimbang baik terhadap kemampuan fisik, kemampuan kognitif maupun keterbatasan manusia yang menerima beban tersebut.

Marquis dan Houston (2010) mendefenisikan beban kerja perawat adalah seluruh kegiatan atau aktivitas yang dilakukan oleh seorang perawat selama bertugas di suatu unit pelayanan keperawatan. Beban kerja (*work load*) biasanya diartikan sebagai patient days yang merujuk pada jumlah prosedur, pemeriksaan kunjungan (*visite*) pada klien. Disebutkan pula beban kerja adalah jumlah total waktu keperawatan baik secara langsung/tidak langsung dalam memberikan pelayanan keperawatan yang di perlukan oleh klien dan jumlah perawat yang di perlukan untuk memberikan pelayanan tersebut.

Waktu yang sedikit dan beban kerja yang berat juga akan mempengaruhi keberhasilan proses pendokumentasian keperawatan, dimana beban kerja yang berlebihan dapat menimbulkan stres kerja yang akan menimbulkan perasaan susah dan ketegangan emosional yang menghambat performance individu (Robbins, 2009).

6) Kinerja

Kinerja merupakan hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya. Manajemen kinerja dapat didefenisikan sebagai suatu proses yang sistematis untuk meningkatkan kinerja organisasi dengan mengembangkan kinerja individu dan tim (Mangkunegara, 2010).

Menurut Tanjary (2009), faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat dalam pendokumentasian adalah karakteristik, motivasi, kemampuan, keterampilan, persepsi, sikap serta lingkungan kerja. Adapun yang termasuk dalam karakteristik perawat meliputi umur, pendidikan, tingkat pengetahuan, masa kerja, serta status. Agar seseorang mempunyai kinerja pendokumentasian yang baik, seseorang harus mempunyai keinginan yang tinggi untuk mengerjakan serta mengetahui pekerjaannya. Dengan kata lain, kinerja individu dapat ditingkatkan apabila ada kesesuaian antara pekerjaan dengan kemampuan, dan umur berpengaruh terhadap kinerja perawat karena semakin berumur seorang perawat memiliki tanggung jawab moral dan loyal, terhadap pekerjaan serta lebih terampil karena lama bekerja menjadi perawat.

2. Kinerja

a. Pengertian Kinerja

Kinerja merupakan hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai oleh seseorang pegawai dalam melaksanakan tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Mangkunegara, 2009). Kinerja adalah hasil dari suatu proses yang mengacu dan diukur selama periode waktu tertentu berdasarkan ketentuan atau kesepakatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Manajemen kinerja dapat didefenisikan sebagai

suatu proses yang sistematis untuk meningkatkan kinerja organisasi dengan mengembangkan kinerja individu dan tim (Edison,dkk 2016). Kinerja atau prestasi kerja adalah hasil upaya seseorang yang ditentukan oleh kemampuan karakteristik pribadinya serta persepsi terhadap perannya dalam pekerjaan itu (Sutrisno, 2009).

b. Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Kinerja

Mengetahui faktor-faktor yang memengaruhi kinerja dilakukan pengkajian terhadap tiga kelompok variabel yaitu variabel individu, variabel organisasi, dan variabel psikologis. Ketiga kelompok variabel tersebut memengaruhi kelompok kerja yang pada akhirnya memengaruhi kinerja personel. Perilaku yang berhubungan dengan kinerja adalah yang berkaitan dengan tugas–tugas pekerjaan yang harus diselesaikan untuk mencapai sasaran suatu jabatan atau tugas. Faktor yang mempengaruhi pencapaian kinerja adalah faktor kemampuan *(ability)* dan faktor motivasi *(motivation)*.

Menurut Mangkunegara (2013), faktor lain yang mempengaruhi kinerja adalah:

a) Faktor Kemampuan

Secara psikologis, kemampuan *(ability)* pegawai terdiri dari kemampuan potensi (IQ) dan kemampuan *reality (knowledge + skill).* Artinya, pegawai yang memiliki IQ di atas rata – rata (IQ 110 – 120) dengan pendidikan yang memadai untuk jabatannya dan terampil

dalam mengerjakan pekerjaan sehari – hari, maka ia akan lebih mudah mencapai kinerja yang diharapkan. Oleh karena itu, pegawai perlu ditempatkan pada pekerjaan yang sesuai dengan keahliannya (*the right man in the right place, the right man on the right job).*

b) Faktor Motivasi

Motivasi terbentuk dari sikap *(attitude)* seorang pegawai dalam menghadapi situasi *(situation)* kerja. Motivasi merupakan kondisi yang menggerakkan diri pegawai yang terarah untuk mencapai tujuan organisasi (tujuan kerja).

c. Penilaian Kinerja

Penilaian kinerja menjadi salah satu alat yang baik dan dapat dipercaya yang dilakukan oleh seorang pemimpin untuk dapat mengontrol karyawan dan mempengaruhi produktifitas kerja. Penilaian kinerja merupakan sebuah proses untuk melihat dan menyesuaikan hasil kerja seseorang pada sebuah organisasi dengan menggunakan sebuah instrumen penilaian kinerja (Huber, 2013).

Penilaian kinerja perawat adalah sebuah proses dimana pencapaian kinerja individu atau kelompok diukur dan di evaluasi serta dibandingkan dengan standar yang telah ditentukan (Ellis & Hartley, 2012). Proses penilaian kinerja perawat sebaiknya dilakukan secara efektif dalam

mengarahkan perilaku pegawai dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan yang mempunyai kualitas yang baik (Kemenkes, 2013).

Manfaat dari penilaian kinerja dapat digunakan untuk memperbaiki proses kerja, prestasi kerja, peningkatan kompensasi, melihat kebutuhan untuk melakukan diklat keterampilan dan mengevaluasi hasil kerja dengan standar yang telah ditetapkan. Kegunaan tersebut mengharuskan penilaian kinerja mampu memberikan gambaran yang akurat dan obyektif mengenai prestasi kerja karyawan (Mudayana, 2010). Berdasarkan Kemenkes RI (2013), adapun prinsip-prinsip penilaian kinerja perawat dapat dijelaskan seperti berikut ini:

1) Pelaksanaan evaluasi kerja dilaksanakan sesuai dengan strandar pelaksanaan pekerjaan dan posisi bertugas dari tenaga perawat. Penjelasan mengenai standar pelaksanaan tugas telah dilakukan pada saat orientasi sebagai tujuan yang harus diusahakan untuk dilakukan selama pelaksanaan tugas dan dievaluasi sesuai sasaran yang sama.
2) Melakukan pengamatan tingkah laku dari sampel perawat sebaiknya dilakukan dalam rangka evaluasi pelaksanaan kerja sehari-hari, hal ini harus diperhatikan dengan baik dan pengamatan dilakukan dengan konsisten untuk mencegah terjadinya kesalahan yang tidak diinginkan.
3) Perawat dan supervisi sebaiknya diberikan salinan dari tugas dan fungsi perawat, standar kerja yang dilaksanakan dan evaluasi yang

akan dilakukan sehingga pada saat dilakukan penilaian kinerja mempunyai kerangka pemikiran yang sama.

4) Manajer perlu menjelaskan pada saat pertemuan dan evaluasi skala serta area prioritas yang penting untuk dilaksanakan sesuai dengan standar keperawatan untuk meningkatkan pelaksanaan kerja.

5) Pada laporan evaluasi dibuatkan dan disusun dengan baik dan teratur sesuai dengan instrumen evaluasi sehingga perawat tidak mengetahui bahwa dirinya sedang dilakukan pengamatan dan penilaian kinerjanya.

d. Standar Penilaian Kinerja

Syarat pertama untuk menghasilkan penilaian prestasi yang efektif adalah menetapkan standar kinerja itu sendiri. Yuli (2015) menetapkan lima standar utama dalam melakukan penilaian terhadap prestasi/kinerja karyawan, yaitu:

1) Jumlah keluaran *(quantity of output)*

Standar keluaran *(output)* lebih banyak digunakan untuk menilai prestasi karyawan dibagian produksi atau teknis. Standar ini dilakukan dengan cara membandingkan antara besarnya jumlah keluaran yang seharusnya (standar normal) dengan kemampuan sebenarnya.

2) Kualitas keluaran *(quality of output)*

Jika yang digunakan dalam mengukur prestasi kerja karyawan itu adalah sedikitnya jumlah produk yang cacat, maka standar ini disebut

sebagai standar *quality*. Standar ini lebih menekankan pada kualitas barang yang dihasilkan dibanding jumlah *output.*

3) Waktu Keluaran *(timelines of output)*

   Ketepatan waktu yang digunakan dalam menghasilkan sebuah barang sering digunakan sebagai ukuran atau penilaian terhadap prestasi kerja. Apabila karyawan dapat memperpendek/mempersingkat waktu proses sesuai dengan standar, maka karyawan tersebut dapat dikatakan telah memiliki prestasi yang baik.

4) Tingkat Kehadiran *(presences at work)*

   Ada sebagian organisasi yang mengukur dan menilai prestasi kerja karyawannya dengan melihat daftar hadir. Asumsi yang digunakan dalam standar ini adalah jika kehadiran karyawan di bawah standar hari kerja yang ditetapkan maka karyawan tersebut tidak akan mampu memberikan kontribusi yang optimal terhadap organisasi.

5) Kerja Sama (*cooperativeness*)

   Standar ini biasanya digunakan untuk menilai kinerja karyawan pada tingkat *supervisor* dan manajer. Keterlibatan seluruh karyawan dalam mencapai target yang ditetapkan akan mempengaruhi keberhasilan bagian yang diawasi. Kerja sama antara karyawan dapat ditingkatkan apabila masing – masing *supervisor* mampu memotivasi mereka secara baik.

Standar kinerja disusun dengan memenuhi kaidah tertentu yang adil dan objektif bagi karyawan. Sebuah standar harus tertulis dan harus mencerminkan sistem nilai yang konsisten dan digambaran secara jelas. Sebuah standar secara komprehensif menguraikan semua aspek profesionalisme termasuk sistem, praktisi dan pasien. Standar bersifat jelas, ringkas, non ambigu dalam penafsirannya dan tepat dalam mengarahkan (Royani, 2010).

Proses penilaian kualitas pelayanan keperawatan menggunakan standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.Standar praktek asuhan keperawatan di Indonesia telah mengalami banyak perbaikan, standar pertama adallah Menkes RI dalam SK no 660/Menkes/SK/IX/1987 tentang penetapan standar praktek keperawatan bagi perawat kesehatan.Standar ini diperbaharui menjadi surat keputusan no. 025/ PP.PPNI/SK/K/XII/2009, pengurus pusat PPNI telah mengacu pada tahapan proses keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnose, perencanaan, pelaksaan, evaluasi serta standar kinerja professional perawat yang meliputi jaminan mutu, pendidikan, penilaian prestasi kerja, kolegialitas, etik, kolaborasi, riset dan pemanfaat sumber daya.

e. Kinerja Perawat

1) Pengertian Kinerja Perawat

Kinerja adalah keberhasilan dalam menyelesaikan tugas atau memenuhi target yang ditetapkan,hasil kerja secara kualitas dan kuantitas yang dicapai seorang perawat dalam melaksanaka tugasnya sesuai dengan tanggung jawab yang diberikan kepadanya (Nursalam, 2013). Menurunnya kinerja perawat karena stres kerja dapat disebabkan oleh banyak faktor baik faktor intrinsik pekerjaan, konflik peran, hubungan dalam pekerjaan, pengembangan karier,serta faktor lainnya yang terkait dengan pekerjaan yang dilakukan. Faktor intrinsik pekerjaan dapat berupa beban kerja yang dirasa berlebihan bagi seorang perawat. Banyaknya jumlah pekerjaan yang harus diselesaikan tidak sesuai dengan waktu normal sementara di sisi lain kualitas kerja menjadi tuntutan yang harus dipenuhi (Widyastuti, 2013).

Stres kerja yang dialami oleh perawat tentunya akan merugikan rumah sakit yang bersangkutan karena kinerja yang dihasilkan menurun, Stres kerja merupakan perasaan tertekan yang dialami oleh seorang perawat dalam menghadapi pekerjaan yang disebabkan oleh beberapa faktor. Faktor tersebut diantaranya adalah faktor lingkungan, organisasi dan individu itu sendiri. Tingkat absensi tinggi serta *turn over* yangtinggi yang pada akhirnya menyebabkan biaya yang bertambah besar (Luthfan, 2011).

2) Faktor-faktor yang mempengaruhi kinerja perawat

Pelaksanaan pemberian asuhan keperawatan yang optimal menjadi sebuah keharusan sehingga tidak hanya pasien merasa puas dengan pelayanan yang diterima tetapi perawat memiliki kepuasan dalam kinerja, perawat menjadi aspek penting yang perlu diperhatikan sehingga pelayanan kesehatan tetap lancar dan berkualitas (Lusiati, 2013). Kinerja perawat merupakan hasil sinergi dari sejumlah faktor, yaitu (Villa, 2013):

a) Faktor Internal Perawat

Faktor internal perawat yaitu faktor-faktor dari dalam diri perawat yang merupakan faktor bawaan dari lahir dan faktor yang diperoleh ketika perawat tersebut berkembang. Faktor-faktor bawaan, misalnya bakat, Sifat pribadi, Keadaan fisik dan kejiwaan, sedangkan faktor-faktor yang diperoleh, misalnya pengetahuan, ketrampilan, etos kerja, pengalaman kerja, motivasi.

b) Faktor lingkungan eksternal perawat

Faktor lingkungan eksternal perawat adalah keadaan dan kejadian atau situasi yang terjadi di lingkungan eksternal organisasi yang mempengaruhi kinerja perawat misalnya krisis ekonomi serta budaya masyarakat. Kelelahan adalah proses yang mengakibatkan penurunan kesejahteraan,kapasitas atau kinerja sebagai akibat dari aktivitas kerja.

g. Alat Ukur Kinerja Keperawatan

Adapun alat ukur kinerja perawat dalam dokumentasi keperawatan, yaitu sebagai berikut (ANA, 2012, Gillies 2010 dan Nursalam, 2013):

1) Dokumentasi Pengkajian Asuhan Keperawatan

Langkah pertama dari proses keperawatan yaitu pengkajian, dimulai perawat menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan data tentang klien. Pengkajian dan pendokumentasian yang lengkap tentang kebutuhan pasien dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan (Hidayat, 2005). Kriteria pengukuran pengkajian keperawatan meliputi (Nursalam, 2013).

a) Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik, serta dari pemeriksaan penunjang.
b) Sumber data adalah klien, keluarga, atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain.
c) Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi:
    (1) Status kesehatan klien masa lalu
    (2) Status kesehatan klien saat ini
    (3) Status biologis-psikologis-sosial-spiritual
    (4) Respon terhadap terapi
    (5) Harapan terhadap tingkat kesehatan,
    (6) Risiko-risiko tinggi masalah.

d) Kelengkapan data dasar mengandung unsur LARB (lengkap, akurat, relevan, dan baru)

2) Dokumentasi Diagnosa Asuhan Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain (Potter & Perry, 2012). Kriteria pengukuran proses analisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan meliputi (Nursalam 2013):

a) Proses diagnosis terdiri atas analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien, dan perumusan diagnosis keperawatan.
b) Diagnosis keperawatan terdiri atas masalah, penyebab, dan tanda atau gejala, atau terdiri atas masalah dan penyebab
c) Bekerjasama dengan klien, dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosis keperawatan
d) Melakukan pengkajian ulang, dan merevisi diagnosis berdasarkan data terbaru.

3) Dokumentasi Rencana Asuhan Keperawatan

Setelah merumuskan diagnosa keperawatan maka perlu dibuat perencanaan intervensi keperawatan dan aktivitas keperawatan. Tujuan

perencanaan adalah untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan klien. Kriteria pengukuran proses perawat membuat rencana tindakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan meliputi (Nursalam, 2013):

a) Perencanaan terdiri atas prioritas, tujuan dan rencana tindakan keperawatan.
b) Bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.
c) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.
d) Mendokumentasikan rencana keperawatan.

4) Dokumentasi pelaksanaan (Implementasi) Asuhan Keperawatan

Kriteria proses perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan meliputi (Setiadi, 2012):

a) Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
b) Kolaborasi dengan tim kesehatan lain.
c) Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien.

d) Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan

e) Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien.

5) Dokumentasi Evaluasi Asuhan Keperawatan

Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan (Potter & Perry). Kriteria pengukuran petunjuk dokumentasi evaluasi keperawatan (Setiadi, 2012):

a) Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus-menerus.

b) Menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan.

c) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat.

d) Bekerjasama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.

e) Mengikuti dokumentasi tindakan keperawatan dengan pernyataan evaluasi formatif yang menjelaskan respon cepat klien terhadap tindakan keperawatan atau prosedur.

f) Menggunakan pernyataan evaluasi somatif ketika pasien dipindahkan ke fasilitas lain atau dipulangkan.

g) Mendokumentasi hasil evaluasi dan memodifikasi perencanaan.

Adapun macam-macam evaluasi diantaranya

(1) Evaluasi formatif, yaitu evaluasi yang merupakan hasil observasi dan anale isa perawat terhadap respon klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan. Evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan member kesan apa yang terjadi saat itu.

(2) Evaluasi somatif, yaitu evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisa status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang telah ditetapkan pada tujuan keperawatan

B. Kerangka Teori

Kerangka teori yang digunakan untuk menganalisa hubungan antara kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dapat dilihat pada skema 2.1 kerangka teori dibawah ini:

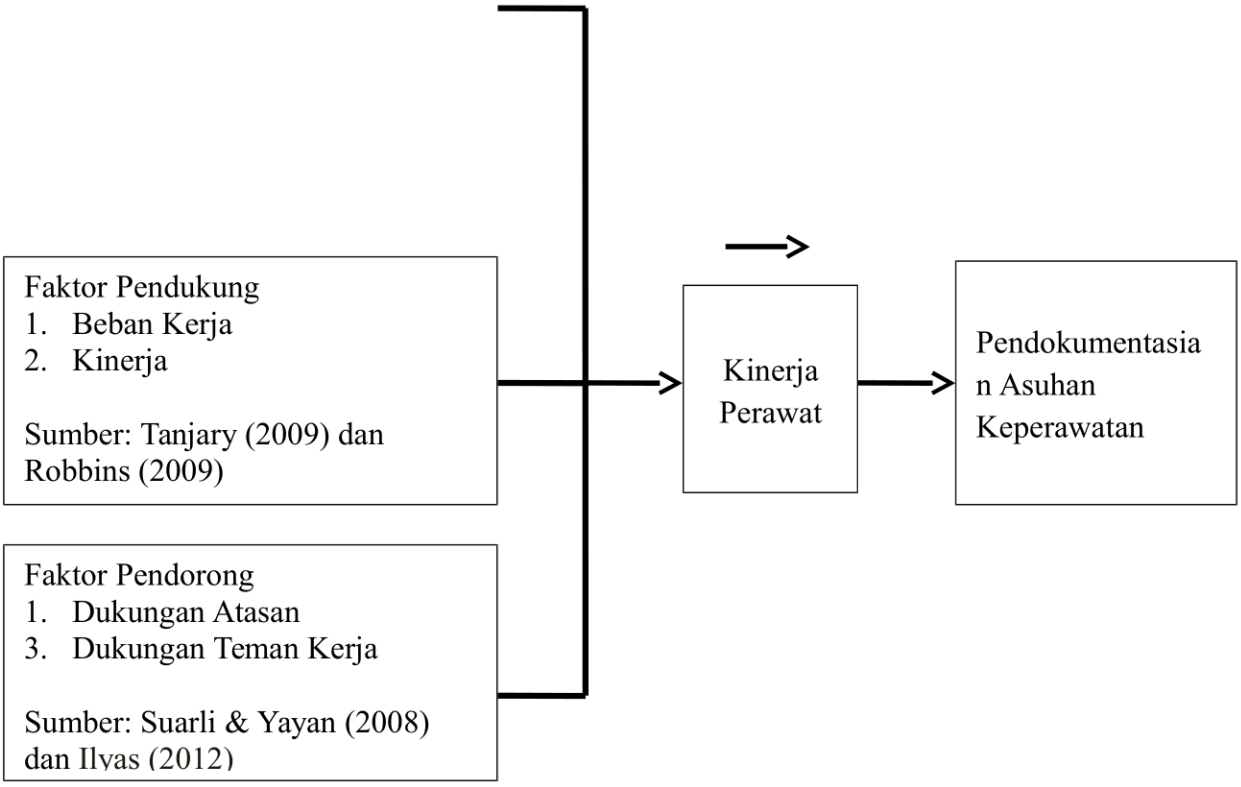
Faktor Predisposisi
1. Karakteristik Individu (Usia, pengalaman atau masa kerja dan pendidikan)
2. Motivasi
3. Pengetahuan

Sumber: Siagian (2009), Notoadmojo (2010), Hidayat (2010), Achterbergh dan Vriens (2012), Marquis dan Huston (2013).

Penilaian Kinerja Perawat

1. Pengkajian
2. Diagnosa
3. Perencanaan
4. Implementasi
5. Evaluasi

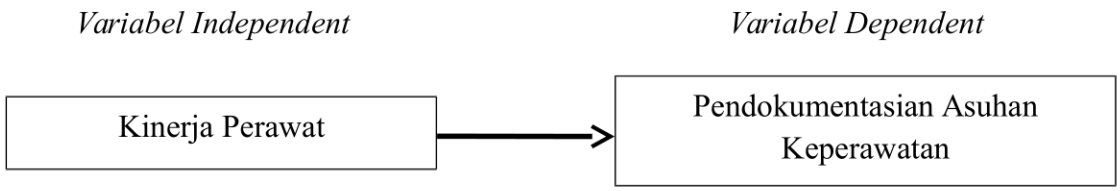
Sumber: Hidayat (2010), Gillies (2010), ANA, (2012), Nursalam, (2013)



Skema 2.1
Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep Penelitian

Kerangka konsep pada penelitian ini dijabarkan pada skema 2.2 dibawah ini:



Skema 2.2
Kerangka Konsep

D. Hipotesis Penelitian

Adapun hipotesis penelitian ini adalah:

Ha: Ada hubungan kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru tahun 2019

BAB III

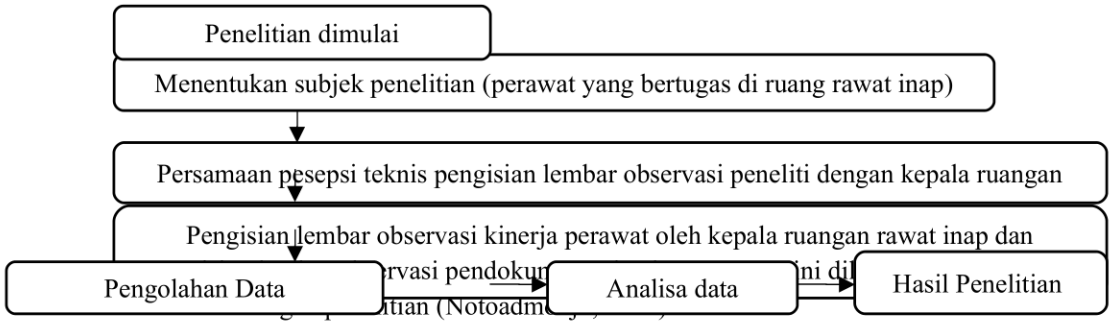
METODOLOGI PENELITIAN

A. Rancangan Penelitian

Desain penelitian ini ditetapkan berdasarkan tujuan penelitian dan hipotesis penelitian. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian kuantitatif dengan desain "*cross sectional*" (Notoadmojo, 2012). Dimana penelitian ini adalah untuk mengetahui kinerja perawat melalui kuesioner dan mengetahui kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan melalui lembar observasi kepala ruangan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru pada waktu yang sama dan hanya dilakukan satu kali pengukuran.

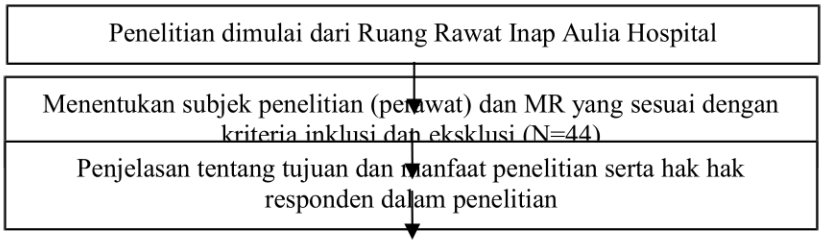
1. Rancangan penelitian

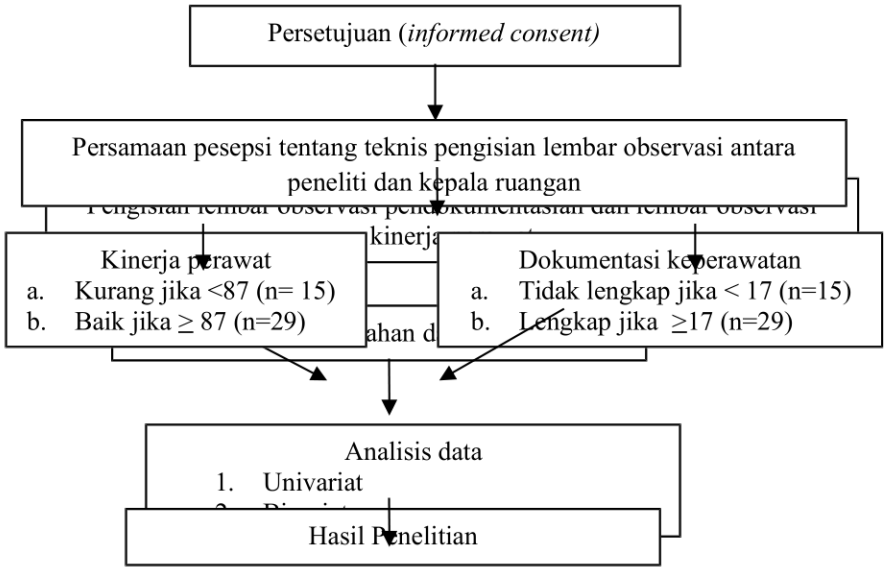
Rancangan penelitian yang dibuat oleh peneliti untuk mempermudah peneliti dalam melakukan penelitian. Bentuk rancangan penelitian ini digambarkan sebagai berikut:



Skema 3.1
Rancangan Penelitian

2. Alur penelitian
   Secara sistematis alur penelitian ini dapat dijelaskan sebagai berikut:





Skema 3.2
Alur Penelitian

3. Prosedur Penelitian

Prosedur penelitian dalam penelitian ini mengacu pada tahap-tahap yang dikemukan Arikunto (2012) yaitu:

a. Pembuatan Rancangan Penelitian

Pada tahapan ini dimulai dari menentukan masalah yang dikaji, studi pendahuluan, membuat rumusan masalah, tujuan, manfaat, mencari landasan teori, menentukan hipotesis, menentukan metodologi penelitian dan mencari sumber sumber yang dapat mendukung jalannya penelitian.

b. Pelaksanaan Penelitian

1) Setelah proposal penelitian mendapat persetujuan dari pembimbing, peneliti mengurus surat permohonan izin penelitian kepada ketua program Studi S1 keperawatan Universitas Pahlawan untuk melakukan penelitian diruang rawat inap Aulia Hospital.

2) Setelah peneliti mendapatkan izin penelitian dari ketua Program Studi S1 Keperawatan Universitas Pahlawan, peneliti meminta izin kepada Direktur Aulia Hospital Pekanbaru
3) Peneliti melakukan persamaan persepsi dengan kepala ruangan rawat inap tentang teknis pengisian lembar kuesioner kinerja perawat.
4) Peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan menjamin terhadap hak-hak responden kepada perawat
5) Peneliti memberikan *informed consent* kepada responden.
6) Responden seluruh perawat pelaksana yang berdinas di ruang rawat inap yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi (N=44 orang) dan *Medical Record* (MR) yang diambil adalah MR pasien yang di rawat inap di Aulia Hospital Pekanbaru sebanyak 44 orang.
7) Pengisian lembar observasi pendokumentasian keperawatan ini dilakukan oleh peneliti. Observasi pendokumentasian keperawatan yang dilakukan oleh peneliti ini dilakukan di ruang rawat inap dengan meihat MR pasien tersebut.
8) Kepala ruangan melakukan observasi kinerja perawat diruang rawat inap. Setelah lembar observasi kinerja selesai dilakukan oleh kepala ruangan, peneliti langsung mengumpulkan untuk diperiksa kelengkapannya. Apabila belum lengkap, peneliti meminta kepala ruangan untuk melengkapi kembali lembar observasi tersebut.
9) Setelah dikumpulkan data dan diolah kemudian peneliti melakukan analisa data dan mengelompokkannya.

10) Dari analisis yang telah peneliti lalukan secara univariat dan bivariate dengan menggunakan *software* SPSS didapatkan:
    a. Univariat: hasil dari 44 responden yang memiliki kinerja yang baik sebanyak 29 perawat (65,9%) dan kinerja yang kurang sebanyak 15 perawat (34,1%) sedangkan untuk dokumentasi didapatkan dokumentasi yang lengkap dari 29 perawat (65,9%) dan dokumentasi yang kurang lengkap dari 15 perawat (34,1%).
    b. Bivariat: Melalui statistik, didapatkan nilai *p value* = 0,003 α<0,05, dengan *Odd Ratio* (OR) 9,6, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru dimana kinerja perawat yang baik mempengaruhi 9,6 kali perilaku pendokumentasian keperawatan.

4. Variabel Penelitian
   Variabel-variabel yang diteliti pada penelitian ini adalah:
   a. Variabel terikat *(Dependent Variabel)*
      Variabel terikat merupakan variabel yang dipengaruhi atau yang menjadi akibat karena adanya variabel bebas. Variabel terikat dalam penelitian ini pendokumentasian asuhan keperawatan.
   b. Variabel Bebas *(Independent Variabel)*
      Variabel bebas adalah variabel yang berpengaruh yang menyebabkan berubahnya nilai dari variabel terikat dan merupakan variabel bebas pada penelitian ini adalah kinerja perawat.

B. Lokasi dan Waktu Penelitian

1. Lokasi penelitian

   Penelitian ini dilakukan di Ruang Rawat Inap Aulia Hospital. Ketenagaan perawat di ruang rawat inap sebanyak 44 orang diluar kepala ruangan dengan kualifikasi pendidikan D3 keperawatan dan Pendidikan Profesi.

2. Waktu penelitian

   Kegiatan penelitian ini dilakukan pada bulan November 2018 sampai Mei 2019, sedang pengumpulan data pada tanggal 5-15 Mei 2019.

C. Populasi dan Sampel

1. Populasi

   Populasi dari penelitian ini adalah

   a. Seluruh perawat pelaksana yang bertugas pada rawat inap di Aulia Hospital Pekanbaru sebanyak 44 orang
   b. *Medical Record* (MR) pasien yang di rawat inap di Aulia Hospital Pekanbaru sebanyak 44 orang.

2. Sampel

   a. Kriteria Sampel
      1) Kriteria Inklusi
         a) Perawat Rawat Inap di Aulia Hospital Pekanbaru
            (1) Perawat rawat inap (Penanggung jawab shift dan perawat pelaksana) Aulia Hospital
            (2) Perawat berada pada level Pra PK (3 bulan – 1 tahun), PK1 (1-2 tahun), PK2 (2-5 tahun), PK3 (5-8 tahun), dan PK4 (>8 tahun)
            (3) Bersedia menjadi responden
         b) Medical Record (MR) Pasien
            (1) Untuk MR yang digunakan dalam penelitian adalah MR yang telah disetujui oleh RS Aulia Hospital Pekanbaru sebagai bahan penelitian.

(2) MR pasien rawat inap, dimana pasien tersebut sedang dirawat inap pada saat peneliti melakukan penelitian.

2) Kriteria Eksklusi
   a) Perawat
      (1) Perawat rawat jalan (poliklinik, hemodialisa, *medical check up* di Aulia Hospital Pekanbaru)
      (2) Koordinator ruangan rawat inap
      (3) Perawat berada pada level orientasi (0-3 bulan)
      (4) Mahasiswa magang

c. Besar Sampel

Sampel pada penelitian ini adalah perawat pelaksana pada rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru sebanyak 44 orang dan sampel MR yang digunakan dalam penelitian ini mewakili setiap responden, maka besar sampel MR adalah sebanyak 44 orang.

d. Teknik Pengambilan Sampel

Dalam penelitian ini penulis menggunakan *total sampling*, yakni teknik pengambilan sampel dimana jumlah sampel sama dengan populasi.

D. Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian ini peneliti mengajukan permohonan izin kepada direktur Aulia Hospital Pekanbaru untuk mendapatkan persetujuan. Setelah mendapat persetujuan, peneliti melakukan penelitian dengan memperhatikan konsep etika dalam penelitian yang meliputi (Hidayat, 2012):

1. *Informed Consent.*

Lembar persetujuan menjadi responden diberikan kepada perawat yang bertugas di ruangan perawatan. Peneliti menjelaskan maksud dan tujuan penelitian yang dilakukan serta manfaat yang diperoleh sebelum

dan sesudah pengumpulan data, kemudian responden yang bersedia diminta menandatangani lembar persetujuan tersebut. Dalam hal ini peneliti tidak melakukan pemaksaan dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Tanpa nama (*Anonimity*)

Kerahasiaan identitas responden dijamin oleh peneliti dan tidak disebarluaskan, cukup dengan menggunakan nomor dan kode pada masing-masing lembar pengumpulan data tersebut.

3. Kerahasiaan (*Confidentiality*)

Kerahasian informasi yang diberikan oleh responden dijamin oleh peneliti, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang dilaporkan pada hasil penelitian. Peneliti tidak menyebutkan identitas responden penelitian baik dalam kuesioner maupun tampilan hasil penelitian.

E. Teknik Pengumpulan Data

Teknik pengumpulan data yang digunakan pada penelitian ini dengan melakukan observasi dan mengisi lembar observasi dengan cara menceklis pada form observasi yang telah disediakan. Saat melakukan pengumpulan data, peneliti menggunakan alat pengumpul data berupa daftar pertanyaan yang mengacu pada kerangka konsep. Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah:

1. Lembar observasi tentang kelengkapan dokumentasi keperawatan

Lembar observasi ini sudah teruji validitas dan reliabilitasnya, kuesioner di adopsi dari penelitian Dewi (2017). Instrumen ini berupa lembar observasi kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan skala Gutmann yang terdiri dari 19 item penilaian yang terbagi menjadi pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi. Apabila responden mendapatkan nilai ≥ 17 maka dokumentasi keperawatan dikatakan lengkap dan jika responden mendapatkan nilai <17 maka dokumentasi keperawatan dikatakan tidak lengkap.

Kuesioner ini sudah teruji validitas dan reliabilitasnya kepada 20 orang perawat pelaksana diruang Surgical Medikal Rumah Sakit Awal Bros Pekanbaru pada bulan Mei 2017. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas dengan menggunakan *product moment* didapatkan nilai valid *p value* = 0,609-0,883 (*p value* > 0,444) dan nilai reliabilitas *cronbach alpha* = 0,936 (*cronbach alpha> konstanta (0,6))*.

Pengisian lembar observasi pendokumentasian keperawatan ini dilakukan oleh peneliti. Observasi pendokumentasian keperawatan yang dilakukan oleh peneliti ini dilakukan di ruang rawat inap dengan meihat MR pasien tersebut.

2. Lembar kinerja perawat

Lembar kinerja perawat ini terdiri dari demografi perawat yaitu inisial, umur, pendidikan, masa kerja dan unit kerja dan 25 pertanyaan dengan skala likert yang apabila menjawab “Selalu” diberi nilai 4, “Sering” diberi nilai 3, “Kadang” diberi nilai 2 dan “Tidak Pernah” diberi nilai 1 dengan nilai maksimal 100 dan nilai minimal 25, dengan hasil ukur kinerja kurang jika nilai < 87 dan kinerja baik jika nilai ≥ 87. Lembar

observasi ini diadopsi dari penelitian Royani (2010), lembar observasi kinerja perawat ini meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

Kuesioner ini sudah teruji validitas dan reliabilitasnya kepada 30 orang perawat di RSUD Serang pada tanggal 17-25 Mei 2010. Kuesioner ini diisi oleh perawat rawat inap di RSUD Serang. Berdasarkan hasil uji validitas dan reliabilitas dengan menggunakan *product moment* didapatkan nilai validitas *p value* = 0,3675-0,6136 (*p value* > 0,444) dan nilai reliabilitas *cronbach alpha* = 0,8486 (*cronbach alpha> konstanta (0,6))*.

Pengisian lembar observasi kinerja perawat ini dilakukan oleh kepala ruangan rawat inap. Sebelum melakukan observasi, peneliti dan kepala ruangan rawat inap telah melakukan persamaan pesepsi tentang teknis pengisian lembar observasi. Lembar observasi kinerja perawat ini dilakukan di ruang rawat inap.

Data yang ditemukan dari 44 responden yang diteliti, sebagian besar responden memiliki kinerja yang baik sebanyak 29 perawat (65,9%) dan kinerja yang kurang sebanyak 15 perawat (34,1%) sedangkan untuk dokumentasi didapatkan dokumentasi yang lengkap dari 29 perawat (65,9%) dan dokumentasi yang kurang lengkap dari 15 perawat (34,1%). Dari 15 perawat yang mempunyai kinerja kurang didapatkan 10 perawat (66,7%) yang tidak lengkap pendokumentasian keperawatannya sedangkan dari 29 perawat yang mempunyai kinerja yang baik didapatkan 5 perawat (17,2%) yang memilliki dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap. Melalui statistik, didapatkan nilai *p value* = 0,003 α<0,05, dengan *Odd Ratio* (OR) 9,6, sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan kinerja perawat

dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru dimana kinerja perawat yang baik mempengaruhi 9,6 kali perilaku pendokumentasian keperawatan.

F. Prosedur Pengumpulan Data

Data yang diperoleh dari penelitian didapatkan dari instrumen penelitian atau alat pengumpul data berupa kuesioner yang mengacu pada kerangka konsep. Untuk mengukur apakah ada hubungan kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap Aulia Hospital Pekanbaru.

Data hasil penelitian diperoleh dengan mengumpulkan data primer dan data sekunder. Data primer adalah data yang diperoleh langsung dari responden, dengan cara peneliti melakukan observasi langsung seluruh perawat pelaksana yang berdinas di ruang rawat inap yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi (N=44 orang). Sedangkan data sekunder adalah data yang diperoleh dari pihak RS yaitu data *Medical Record* (MR) yang diambil adalah MR pasien yang di rawat inap di Aulia Hospital Pekanbaru sebanyak 44 orang.

Inform consent diberikan kepada kepala ruangan rawat inap untuk diberikan izin meneliti perawat pelaksana diruangan tersebut. Pengisian lembar observasi pendokumentasian keperawatan ini dilakukan oleh peneliti. Observasi pendokumentasian keperawatan yang dilakukan oleh peneliti ini dilakukan di ruang rawat inap dengan meihat MR pasien tersebut. Kepala ruangan melakukan observasi kinerja perawat diruang rawat inap. Setelah

lembar observasi kinerja selesai dilakukan oleh kepala ruangan, peneliti langsung mengumpulkan untuk diperiksa kelengkapannya. Apabila belum lengkap, peneliti meminta kepala ruangan untuk melengkapi kembali lembar observasi tersebut.

G. Definisi Operasional

Tabel 3.2
Defenisi operasional

No	Variabel	Definisi operasional	Alat Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
1.	**Independen** Kinerja Perawat	Hasil kerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang meliputi pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan dokumentasi keperawatan	Lembar kuesioner kinerja (Royani, 2010) terdiri dari 25 pertanyaan dengan skala Gutmann	Nominal	0. Kurang: jika nilai < 86 1. Baik: jika nilai ≥ 87
2.	**Dependen** Kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan	Adanya kelengkapan pencatatan intervensi yang telah dilakukan diform catatan integrasi dalam bentuk catatan perkembangan pasien.	Lembar observasi kelengkapan (Dewi, 2017) terdiri dari 19 pertanyaan dengan skala likert	Nominal	0. Tidak Lengkap: jika responden mendapatkan nilai 0-16 1. Lengkap: jika responden mendapatkan nilai 17-19)

H. Pengolahan Data

Notoatmodjo (2012) menyatakan, sebelum data dianalisa terlebih dahulu dilakukan pengolahan data dengan cara sebagai berikut:

a. *Editing*

Setelah kuesioner selesai diisi kemudian dikumpul langsung oleh peneliti dan selanjutnya peneliti memeriksa kelengkapan data, apakah data dapat dibaca atau tidak, dan kelengkapan jawaban, jika belum lengkap responden diminta untuk melengkapi saat itu juga.

b. *Coding*

Peneliti memberikan kode berupa angka pada lembar kuesioner untuk mempermudah peneliti dalam pengumpulan dan analisa. Pengkodingan dilakukan pada saat peneliti mengelompokkan kinerja perawat (0 = kurang baik, 1 = baik) dan kelengkapan pendokumentasian keperawatan (0 = tidak lengkap, 1 = lengkap).

c. *Entry*

Setelah data dikumpulkan, untuk selanjutnya data dimasukkan ke dalam program komputerisasi.

d. *Cleaning*

Data yang sudah ada diperiksa lagi kelengkapannya, jika ada data yang ternyata tidak lengkap maka dimusnahkan, sampel dianggap gugur dan diambil sampel yang baru.

e. *Processing*

Data yang telah diproses, dikelompokkan kedalam variabel yang sesuai yaitu data kinerja perawat dan kelengkapan pendokumentasian.

f. *Analizing*

Analizing dalam penelitian ini menggunakan 2 analisa yakni analisa univariat dan analisa bivariat yaitu:

1) Analisa univariat

Analisa univariat dalam penelitian ini mengukur distribusi frekuensi kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan menggunakan program perhitungan statistik menggunakan komputer disajikan dalam bentuk frekuensi.

Menurut Machfoedz (2008), teknik analisa data dapat diperhitungkan dengan rumus:

$$P = \frac{F}{N} \times 100\%$$

Keterangan:

P : Nilai persentase responden

F : Frekuensi

N : Total keseluruhan.

2) Analisa bivariat

Analisa bivariat dilakukan untuk melihat hubungan kinerja perawat dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap. Setelah data terkumpul kemudian ditabulasi dalam tabel yang sesuai dengan variabel yang diukur dan untuk mengetahui hubungan antara variabel digunakan uji statistik dengan uji *Chi-square* dengan batas derajat kepercayaan 0,05 dan apabila dari

uji statistik didapatkan ρ *value* $\leq \alpha$ (0,05), maka Ho ditolak dan dapat dikatakan ada hubungan yang bermakna antara 2 variabel. *Chi-square* digunakan karena variabel yang dihubungkan merupakan variabel yang bersifat kategorik dengan kategorik.

Odd Ratio (OR) terdapat dalam *Chi-square.* OR adalah ukuran hubungan antara paparan dan hasil. OR menunjukkan kemungkinan bahwa hasil akan terjadi mengingat paparan tertentu, dibandingkan dengan kemungkinan hasil yang terjadi tanpa adanya paparan itu. OR juga digunakan untuk mencari tahu apakah paparan tertentu merupakan faktor risiko untuk hasil tertentu dan untuk membandingkan berbagai faktor risiko untuk hasil tersebut (Sugiyono, 2015).