



Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

1. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh karya tulis ini tanpa mencantumkan dan menyebutkan sumber:

- a. Pengutipan hanya untuk kepentingan pendidikan, penelitian, penulisan karya ilmiah, penyusunan laporan, penulisan kritik atau tinjauan suatu masalah.
- b. Pengutipan tidak merugikan kepentingan yang wajar Unand.

2. Dilarang mengumumkan dan memperbanyak sebagian atau seluruh karya tulis ini dalam bentuk apapun tanpa izin Unand.

**HUBUNGAN BUDAYA ORGANISASI DENGAN PENDOKUMENTASIAN
ASUHAN KEPERAWATAN PERAWAT PELAKSANA DI RUANG RAWAT
INAP RSUD PROF. DR. MA HANAFIAH SM
BATUSANGKAR**

TESIS

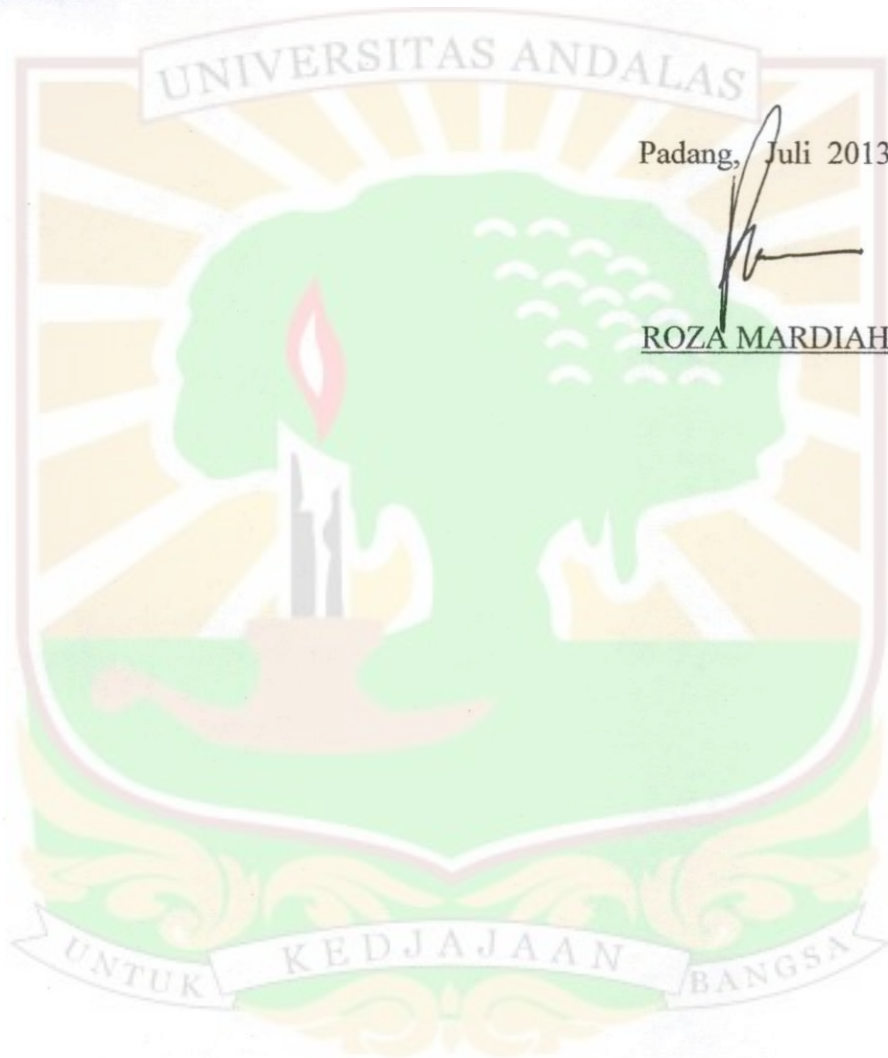


**ROZA MARDIAH
1121224010**

**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN KEKHUSUSAN
KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS
PADANG 2013**

PERNYATAAN KEASLIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa isi tesis yang saya buat merupakan ide dan pikiran saya. Adapun sumber-sumber yang saya gunakan sebatas kutipan untuk pengkayaan dalam pembahasan dan sumbernya saya cantumkan.



**PROGRAM STUDI MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS**

Tesis, Juli 2013

Roza Mardiah

Hubungan budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan
keperawatan perawat pelaksana di RSUD Prof. DR.M.A. Hanafiah SM
Batusangkar

xvii + 118 Halaman + 2 skema + 12 tabel + 10 Lampiran

Abstrak

Dokumentasi asuhan keperawatan sebagai salah satu alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat yang dilihat dari sisi hukum, sekaligus merupakan indikator kinerja perawat. Namun hanya 45% yang melakukan pendokumentasian baik. Berdasarkan hasil survey yang dilakukan penulis alasan kurang melakukan dokumentasi karena kurangnya penerapan nilai-nilai budaya organisasi, namun belum pernah diteliti sebelumnya. Tujuan penelitian untuk mengetahui hubungan budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di RSUD Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar. Desain penelitian deskriptif korelasi dengan rancangan *Cross Sectional*. Data budaya organisasi dikumpulkan menggunakan kuesioner, data pendokumentasian dikumpulkan dengan studi dokumentasi. Jumlah sampel 120 perawat dengan teknik total *sampling*. Analisis data menggunakan *chi-Square* dan regresi logistik. Hasil penelitian didapatkan ada hubungan budaya organisasi tanggung jawab, peduli dengan pendokumentasian asuhan keperawatan (p value < 0,05). Kesimpulan didapatkan budaya organisasi jujur sebagai variabel yang dominan (OR= 3,09) dengan pendokumentasian setelah dikontrol dengan variabel tanggung jawab, peduli dan pendidikan. Hasil penelitian ini merekomendasikan kepada perawat pelaksana perlu peningkatan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan menonjolkan budaya organisasi tanggung jawab, professional, peduli dan jujur.

Kata kunci : Budaya organisasi, pendokumentasian, perawat pelaksana

Daftar pustaka : 64 (1994-2012)

**MASTER OF SCIENCE STUDY NURSING PROGRAM
SPECIFICITY NURSING LEADERSHIP AND MANAGEMENT
FACULTY OF NURSING ANDALAS UNIVERSITY**

Thesis, July 2013

Roza Mardiah

Cultural relations organization with documentation of nursing care
nurses in hospitals Prof.DR.M.A.Hanafiah SM Batusangkar

xvii + 118 Pages + 2 scheme + 12 table + 10 appendix

Abstract

Documentation of nursing care as one of the evidences of responsibility and accountability in terms of the law, as well as an indicator of the performance of nurses. However, only 45% are doing good documentation. Based on the results of a survey conducted by the author is less reason to document because the implementation of organizational cultural values, but has not been studied previously. Research purposes to determine the relationship of organizational culture to the documentation of nursing care nurses in hospitals Prof. DR. M.A Hanafiah SM Batusangkar. Correlation descriptive study design with cross sectional design. Data were collected using questionnaires organizational culture, documenting the data collected by the study documentation. Number of samples 120 nurses with a total sampling technique. Data analysis using chi-square and logistic regression. The results showed there are cultural relations organization responsibilities, documentation of nursing care (p value <0,05). Conclusions obtained honest organizational culture as the dominant variable (OR = 3.09) with documentation after controlled variables responsibility, care and education. Results of this study recommends the need to increase nurses documenting nursing care to highlight the responsibilities of organizational culture, professional, caring and honest.

Keywords: organizational culture, documentation, nurses

Bibliography: 64 (1994-2012)

KATA PENGANTAR

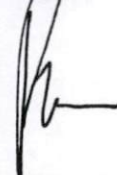
Bismillahirrahmaanirraahim.....

Alhamdulillahirrabil'alamin, penulis ucapkan segala puji dan syukur kepada Allah SWT yang telah memberikan kesehatan, inspirasi dan kelancaran kepada penulis dalam menyelesaikan tesis dengan judul "Hubungan Budaya Organisasi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RSUD Prof.DR.M.A.Hanafiah SM Batusangkar, dibawah bimbingan dan arahan pembimbing I Dra. Junaiti Sahar, S.Kp, M.App.Sc, PhD dan pembimbing II Vetty Priscilla, S.Kp, M.Kep. Sp.Mat. MPH, tesis ini dapat diselesaikan atas dukungan dari berbagai pihak, oleh karena itu perkenankanlah penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setulusnya kepada:

1. Prof. Dr. Dachriyanus, Apt, Selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang
2. Dr. Zulkarnain Edwar, Ph.D, selaku ketua Program Studi Magister Keperawatan Universitas Andalas Padang
3. dr. Ermon Revlin, MPH selaku Direktur RSUD Prof.DR.M.A Hanafiah SM. Batusangkar.
4. Keluarga Tercinta, suami dan anak-anakku, tersayang terima kasih atas dukungannya serta semangat dalam menyelesaikan tesis ini.

Penulis menyadari bahwa dalam penulisan tesis ini, masih banyak kekurangan, dan belum sempurna, oleh karena itu kritik dan saran yang sifatnya membangun sangat diharapkan demi kesempurnaan tesis ini, atas kritik dan saranya saya ucapkan terima kasih.

Padang, Juli 2013
Peneliti



ROZA MARDIAH

DAFTAR ISI

	Hal
LEMBAR JUDUL LUAR	i
LEMBAR JUDUL DALAM	ii
LEMBAR JUDUL PENGESAHAN	iii
LEMBAR PANITIA SIDANG TESIS.....	iv
LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN	v
LEMBAR HALAMAN PERSETUJUAN	vi
PERNYATAAN KEASLIAN	vii
ABSTRAK	viii
KATA PENGANTAR	x
DAFTAR ISI.....	xi
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR TABEL.....	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
DAFTAR ISTILAH.....	xvii
 BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Perumusan Masalah	12
1.3 Tujuan Penelitian	14
1.4 Mamfaat Penelitian.....	15
 BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Manajemen Keperawatan	17
2.1.1 Pengertian	17
2.1.2 Fungsi-fungsi manajemen.....	19
2.2 Dokumentasi Keperawatan	26
2.2.1 Tujuan Dokumentasi Asuhan Keperawatan	27
2.2.2 Komponen Dokumentasi Aasuhan Keperawatan	28
2.2.3 Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan	35
2.2.4 Prinsip- Prinsip Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	36

2.2.5	Hambatan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	38
2.2.6	Faktor Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	39
2.2.7	Metode Pendokumentasian Asuhan Keperawatan	40
2.3	Budaya Organisasi	41
2.3.1	Pengertian Budaya Organisasi	41
2.3.2	Elemen Budaya Organisasi	42
2.3.3	Fungsi Budaya Organisasi	44
2.3.4	Faktor yang mempengaruhi pendokumentasian a dan budaya organisasi	45

BAB III KERANGKA KONSEP.HIPOTESIS DAN DEFENISI OPERASIONAL

3.1	Kerangka Konsep Penelitian	50
3.2	Hipotesis	51
3.3	Defenisi Operasional	54

BAB IV METEDOLOGI PENELITIAN

4.1	Desain Penelitian	57
4.2	Populasi dan Sampel	57
4.2.1	Populasi	57
4.2.2	Sampel	58
4.3	Tempat Penelitian	59
4.4	Waktu Penelitian	59
4.5	Etika Penelitian	60
4.6	Alat Pengumpulan data	65
4.7	Prosedur Pengumpulan Data	70
4.8	Pengolahan Data dan Analisa Data	71
4.8.1	Pengolahan Data	71
4.8.2	Analisa Data	73

BAB V HASIL PENELITIAN

5.1	Analisa univariat	77
5.1.1	Karakteristik perawat pelaksana	78

5.1.2 Pendokumentasian asuhan keperawatan.....	79
5.1.3 Budaya organisasi.....	80
5.2 Analisa bivariat.....	81
5.2.1 Hubungan budaya organisasi dengan pendokumentasian Asuhan keperawatan.....	81
5.3 Analisa Multivariat.....	84
5.3.1 Pemelihan variabel kandidat multivariat.....	84
5.3.2 Permodelan multivariat.....	85
5.3.3 Uji interaksi multivariat.....	86
5.3.4 Uji konfounding multivariat.....	87
 BAB VI PEMBAHASAN	
6.1 Interpretasi Data Hasil diskusi.....	89
6.2 Keterbatasan Penelitian.....	110
6.3 Implikasi Hasil Penelitian Pada Pelayanan Keperawatan Dan Penelitian.....	111
 BAB VII SIMPULAN DAN SARAN	
7.1 Simpulan.....	114
7.2 Saran.....	116
 DAFTAR PUSTAKA	
LAMPIRAN-LAMPIRAN	

DAFTAR SKEMA

Skema 2.1 Kerangka Teori.....	50
Skema 3.1 Kerangka Konsep Teori.....	52



DAFTAR TABEL

Tabel 3.1	Definisi Operasional.....	54
Tabel 4.3	Uji Statistik Masing-masing Variabel	76
Tabel 5.1	Distribusi perawat pelaksana menurut usia,jenis kelamin,pendidikan, lama kerja di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM Batusangkar.....	78
Tabel 5.2	Distribusi pendokumentasian perawat pelaksana menurut pengkajian,diagnosa, perencanaan, implementasi, evaluasi, catatan asuhan keperawatan di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM Batusangkar	79
Tabel 5.3	Distribusi pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM Batusangkar	80
Tabel 5.4	Distribusi perawat pelaksana menurut budaya organisasi di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM Batusangkar	81
Tabel 5.5	Hubungan budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM Batusangkar	82
Tabel 5.6	Seleksi bivariat variabel independen dengan variabel dependen	85
Tabel 5.7	Hasil uji awal regresi logistik hubungan tanggung jawab, peduli dan jujur di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM Batusangkar	85
Tabel 5.8	Hasil uji interaksi antara tanggung jawab, peduli dan jujur di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM Batusangkar	86
Tabel 5.9	Hasil hubungan variabel perancu terhadap variabel budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Prof. DR.MA Hanafiah SM Batusangkar	87
Tabel 5.10	Hasil akhir pemodelan multivariat tanggung jawab,peduli ,jujur dan pendidikan tanggung jawab, peduli dan jujur di RSUD Prof. DR.MA Hanafiah SM Batusangkar	88

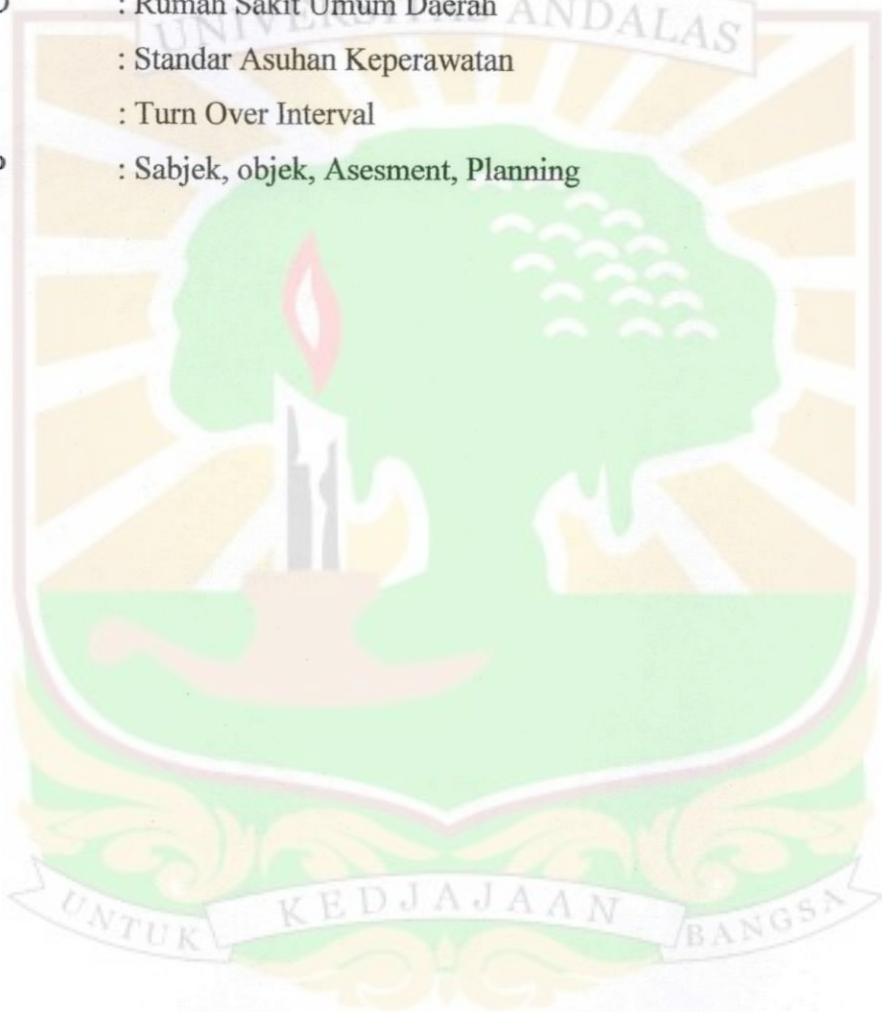
DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	: Lembar Kuesioner
Lampiran 2	: Penjelasan Penelitian.....
Lampiran 3	: Lembaran Persetujuan
Lampiran 4	: Kisi-kisi Kuesioner.....
Lampiran 5	: Kuesioner penelitian.....
Lampiran 6	: Master tabel penelitian
Lampiran 7	: Hasil pengolahan data SPSS
Lampiran 8	: Surat izin uji coba instrument.....
Lampiran 9	: Surat izin penelitian.....
Lampiran10	: Riwayat hidup peneliti



DAFTAR ISTILAH

AVLOS	: Average Length Of Stay
BOR	: Bed Occupancy Ratio
BTO	: Bed Turn Over
DEPKES	: Depertemen Kesehatan
RSUD	: Rumah Sakit Umum Daerah
SAK	: Standar Asuhan Keperawatan
TOI	: Turn Over Interval
SOAP	: Sabjek, objek, Asesment, Planning



BAB I

PENDAHULUAN

Bab ini akan menjelaskan latar belakang penelitian, tujuan umum dan tujuan khusus penelitian, dan manfaat penelitian bagi RS tempat penelitian, peneliti dan perkembangan ilmu pengetahuan.

1.1 Latar Belakang

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna dengan menyediakan pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat (UU No. 44 tahun 2009). Departemen kesehatan Republik Indonesia telah menetapkan bahwa rumah sakit umum mempunyai tugas melaksanakan upaya kesehatan secara berdayaguna dan berhasil guna dengan mengutamakan upaya kuratif dan rehabilitatif yang dilaksanakan secara serasi dan terpadu dengan upaya promotif dan preventif serta melaksanakan upaya rujukan (DepKes RI, 2001). Oleh karena itu, rumah sakit dituntut untuk dapat memberikan pelayanan kesehatan yang bermutu, aman dan profesional sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan teknologi (IPTEK) kesehatan serta kebutuhan dan tuntutan masyarakat.

Rumah sakit adalah institusi pelayanan kesehatan masyarakat yang padat modal, padat teknologi dan padat karya yang dalam pekerjaan sehari-hari melibatkan sumber daya manusia dengan berbagai jenis keahlian

(Djojosedjito, 2000). Salah satu sumber daya dalam pelayanan di rumah sakit adalah tenaga keperawatan sebagai salah satu bagian tak terpisahkan dalam pelayanan kesehatan di rumah sakit mempunyai karakteristik pelayanan berkesinambungan, kontinyu, koordinatif dan edukatif. Karakteristik tersebut menuntut kinerja perawat profesional dalam memberikan pelayanan.

Pelayanan keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan, yang mempunyai posisi yang sangat strategis dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan dan pemenuhan kebutuhan masyarakat yang datang ke rumah sakit. Keperawatan sebagai profesi yang merupakan bagian dari masyarakat akan terus berkembang dan mengalami perubahan. Keperawatan dapat dilihat dari berbagai aspek, antara lain keperawatan sebagai bentuk asuhan profesional kepada masyarakat, keperawatan sebagai ilmu pengetahuan dan teknologi (iptek), serta keperawatan sebagai kelompok masyarakat ilmuwan dan kelompok masyarakat profesional (Nursalam, 2011).

Tuntutan kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan pada era global akan terus berubah karena masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat juga terus mengalami perubahan menjadi lebih kompleks. Masalah keperawatan sebagai bagian masalah kesehatan yang dihadapi masyarakat terus- menerus menuntut adanya peningkatan kualitas pelayanan keperawatan yang tidak lepas dari peran dan fungsi profesi keperawatan. Di unit rawat inap tenaga keperawatan berada di tatanan pelayanan kesehatan terdepan dengan kontak pertama dan terlama dengan pasien, yaitu selama 24 jam perhari dan

7 hari perminggu karenanya perawat memegang posisi kunci dalam membangun citra rumah sakit (DepKes RI 2001), sehingga berkontribusi terhadap mutu pelayanan rumah sakit.

Mutu pelayanan rumah sakit dapat dipengaruhi oleh pentingnya keberadaan pelayanan keperawatan dan jumlah tenaga keperawatan yang lebih besar dibanding tenaga lainnya di rumah sakit sehingga kondisi ini menjadi kekuatan dan harus diberdayakan oleh rumah sakit untuk meningkatkan pelayanannya. Pelayanan keperawatan inti dari suatu pelayanan kesehatan, Gillies (1994), menjelaskan bahwa 40%-60% pelayanan di rumah sakit atau institusi pelayanan kesehatan merupakan pelayanan keperawatan. Menurut Depkes (2001), di Indonesia tenaga perawat menempati urutan jumlah terbanyak yaitu 55% dari tenaga kesehatan yang ada. Perawat sebagai pengelola dan pelaksana pelayanan, harus dapat mengembangkan bentuk pelayanan bermutu, dapat dijangkau oleh masyarakat sesuai dengan kebutuhannya secara menyeluruh, dan berkesinambungan. Memenuhi tuntutan dari masyarakat akan kepuasan dalam pemberian asuhan keperawatan yang berkualitas dan bermutu, harus didukung oleh manajemen keperawatan yang mampu memberikan pelayanan keperawatan yang lebih baik.

Manajemen keperawatan terdiri dari manajemen pelayanan dan manajemen asuhan keperawatan. Manajemen keperawatan merupakan koordinasi dan integrasi dari sumber-sumber keperawatan dengan menerapkan proses

manajemen untuk mencapai tujuan, asuhan keperawatan dan pelayanan keperawatan yang objektif (Hubberd, 2000). Proses manajemen dibagi lima fase yaitu : *planning, organizing, staffing, directing, controlling* yang merupakan satu siklus yang saling berkaitan satu sama lain (Marquis, 2000). Manajemen asuhan keperawatan merupakan pengaturan sumber daya dalam menjalankan kegiatan keperawatan dengan menggunakan metode berpikir yang ilmiah, logis dan sistematis yaitu proses keperawatan untuk memenuhi kebutuhan klien atau menyelesaikan masalah klien. Menurut Schermerhorn yang dikutip dari Hariandja (2002: 346).

Manajemen keperawatan merupakan pengelolaan aktivitas keperawatan oleh manajer keperawatan yakni dari manajer tingkat atas (*top menejer*) sampai perawat pelaksana dalam penyelenggaraan pelayanan keperawatan kepada pasien dan keluarga secara profesional. Manajer keperawatan dituntut untuk merencanakan, mengorganisasikan, mengarahkan, mengendalikan atau mengevaluasi kegiatan serta sarana dan prasarana yang tersedia untuk dapat memberikan asuhan keperawatan yang seefektif dan seefisien mungkin bagi individu dan keluarga sesuai kode etik dan standar praktek keperawatan (Swansburg, 2000). Praktek keperawatan adalah suatu makna dimana perawat menggunakan pengetahuan mereka dalam mempraktekan keterampilannya dan menggunakan bahan, peralatan, dan sumber-sumber lain secara efektif untuk memberikan kepuasan perawatan kesehatan kepada individu. Sebagai suatu bagian dari organisasi keperawatan, manajemen keperawatan bertindak untuk menyelesaikan pekerjaan perawatan (Swansburg, 2001).

Peran Manajemen keperawatan sangatlah penting dalam mengelola pelayanan keperawatan untuk dapat memberikan pelayanan keperawatan yang efektif baik kepada pasien dan keluarga yang bermuara pada peningkatan mutu pelayanan kesehatan rumah sakit. Guna mengantisipasi perubahan yang cepat dalam pelayanan keperawatan, maka dibutuhkan para manajer yang handal untuk dapat meningkatkan kinerja pelayanan. Kinerja pelayanan keperawatan juga ditentukan oleh kemampuan manejer keperawatan dalam melaksanakan fungsi-fungsi manajemen keperawatan yang terdiri atas: fungsi perencanaan, fungsi pengorganisasian, fungsi ketenagaan, fungsi pengarahan, fungsi pengawasan (Swansburg, 2000). Dimana salah satu fungsi manajemen diatas yang berperan dalam meningkatkan mutu pelayanan kesehatan adalah fungsi pengorganisasian.

Pengorganisasian merupakan salah satu fungsi manajemen yang mengatur hubungan perilaku antara pegawai untuk bekerjasama secara efektif dan efesien sehingga mencapai tujuan dan sasaran organisasi (Gillies, 1996; Wijono, 1997). Sikap dan perilaku individu dalam bekerja sama untuk mencapai tujuan organisasi tersebut berdasarkan sistem nilai yang berlaku dikenal dengan budaya organisasi. Budaya organisasi akan mempengaruhi semua aspek organisasi dan perilaku anggota organisasi (Wirawan, 2007). Pelayanan di rumah sakit juga berorientasi pelayanan kepada pasien berdasarkan standar kualitas untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien, sehingga pasien memperoleh kepuasan yang akhirnya dapat meningkatkan mutu pelayanan (Adikoesoemo, 2003). Pelayanan keperawatan

yang bermutu, memenuhi karakteristik proses keperawatan yaitu sistem terbuka dan fleksibel terhadap kebutuhan pasien serta dinamis, mutu asuhan keperawatan dapat tergambarkan antara lain pada dokumentasi proses keperawatan (Gillies, 1996).

Kualitas pelayanan keperawatan dinilai berdasarkan adanya standar praktik keperawatan yang merupakan pedoman bagi perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan menggunakan pendekatan proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi serta pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan terhadap tahapan tersebut (Nursalam, 2011). Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan keperawatan yang berguna untuk kepentingan klien, perawat dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab perawat (Nursalam, 2011).

Pelayanan keperawatan berkualitas dapat dicapai apabila perawat dapat menerapkan asuhan keperawatan dengan pendokumentasian yang benar. Kelancaran pelaksanaan pendokumentasi asuhan keperawatan ditentukan oleh kepatuhan perawat dalam melaksanakan kewajiban tersebut. Hal ini penting dilakukan mengingat asuhan keperawatan merupakan tugas perawat sebagai tenaga profesional yang bekerja di rumah sakit selama 24 jam secara terus menerus yang dibagi dalam 3 (tiga) shift, yaitu pagi, sore dan malam, sehingga dokumentasi merupakan alat untuk menjamin keberlanjutan asuhan

keperawatan yang diberikan kepada pasien. Alasan lain porsi waktu yang cukup lama kontak dengan pasien, maka perawat mempunyai andil yang cukup besar dalam melakukan asuhan keperawatan dengan pendekatan proses keperawatan (Nursalam, 2011).

Dokumentasi proses keperawatan di rumah sakit merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat. Dokumentasi asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai Standar Asuhan Keperawatan. Kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Hidayat, 2004). Pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan suatu proses yang harus dilaksanakan oleh perawat pelaksana sebagai bagian dari standar kerja yang telah ditetapkan (Nursalam, 2007).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Dokumentasi proses keperawatan merupakan bukti tertulis dari kegiatan yang telah dilakukan oleh perawat (Priharjo, 1995 dalam Hariyati, 2007). Dokumentasi proses keperawatan menggambarkan keadaan perkembangan pasien, mencatat asuhan keperawatan yang telah diberikan, dan mencatat riwayat kesehatan untuk masa yang akan datang. Dokumentasi asuhan keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi klien serta semua kegiatan

asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fisbach, 1991, Carpenito, 1991).

Pendokumentasian merupakan laporan secara tertulis atau bentuk tetap lainnya (melalui elektronik) yang menyajikan fakta yang otentik dan benar dari suatu kejadian tindakan, pernyataan transaksi atau prosedur. Pelaporan merupakan pembicaraan atau tulisan berupa informasi diantara staf pemberi asuhan keperawatan dan mengkonfirmasi informasi tertentu pada kelompok klien yang berhubungan dengan keperawatan (Hidayat, 2002). Lebih lanjut Hidayat mengemukakan bahwa dokumentasi penting karena pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggu gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami pasien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan. Upaya untuk memberikan pelayanan dengan tanggung jawab dan tanggung gugat bisa ditempuh dengan terselenggaranya kegiatan pencatatan dan pelaporan dengan baik dan benar. Dokumentasi proses keperawatan tidak hanya bermakna sebagai alat pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan yang dilihat dari sisi hukum, namun dokumentasi juga bermakna penting untuk jaminan mutu, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian dan akreditasi (Nursalam 2011).

Dokumentasi keperawatan merupakan suatu subjek penting yang sampai saat ini perlu ditingkatkan. Menurut Mulyo (2006) masalah yang sering terjadi di

Rumah Sakit Indonesia, baik pemerintah maupun swasta yaitu masih berfokus pada kelengkapan dokumentasi keperawatan yang kurang lengkap. Penelitian Waruna (2003), tentang analisis perilaku berhubungan dengan kelengkapan pencatatan dokumentasi pasien rawat. Penelitian lain dilakukan Hidayat (2007) tentang, faktor-faktor yang mempengaruhi dokumentasi keperawatan adalah: 1) Faktor sosial: a) Pengakuan/penghargaan, b) Reward gaji, c) Perilaku, 2) Faktor sosial: a) Keterampilan kemampuan dokumentasi, b) Pengalaman kerja, c) Pengetahuan dokumentasi keperawatan. Menurut Sarjono (2010) Faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang antara lain, pengetahuan, sikap, keyakinan.

Robbins (2008, 250) menjelaskan bahwa organisasi yang memiliki budaya yang kuat dapat mempunyai pengaruh yang bermakna bagi perilaku dan sikap anggotanya. Budaya organisasi adalah keyakinan bersama dan nilai bersama yang memberikan makna bagi anggota sebuah institusi dan menjadikan keyakinan dan nilai tersebut sebagai aturan atau pedoman berperilaku di dalam organisasi. Menurut Fletcher dan Joner (1992, dalam Wirawan, 2007) dijelaskan bahwa budaya organisasi terdiri dari elemen-elemen yang dapat diukur meliputi tuntutan kerja, hubungan interpersonal, dukungan kerja serta lingkungan kerja fisik.

Siagian,(2002) berpendapat bahwa perilaku dan kebiasaan kerja setiap anggota, sudah dilakukan sejak berdirinya organisasi, yang terus dipertahankan dan diterapkan hingga menjadi budaya organisasi. Nilai inti

organisasi itu akan dipegang secara intensif dan dianut secara meluas dalam suatu budaya yang kuat. Suatu budaya kuat memperlihatkan kesepakatan yang tinggi dikalangan anggota tentang apa yang harus dipertahankan oleh organisasi tersebut.

Dari beberapa hasil penelitian tentang budaya organisasi diantaranya dikemukakan oleh Sarjono (2010) tentang analisis faktor-faktor budaya organisasi terhadap kepatuhan perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Raden Mattaher Jambi dengan hasil pentingnya pengawasan serta meningkatkan kepuasan kerja bagi perawat yang mendorong pada meningkatnya kepatuhan terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan. Erika (2012) tentang hubungan budaya organisasi terhadap kinerja perawat di rumah sakit Santa Elizabet Medan dengan hasil perlunya meningkatkan pembinaan dan penanaman nilai-nilai, mempertahankan dan menjaga stabilitas budaya organisasi. Budaya organisasi memiliki keunikan dari satu institusi ke institusi yang lain tidak terkecuali di RSUD Prof.Dr.M.A Hanafiah SM.

RSUD Prof.Dr.M.A Hanafiah SM Batusangkar merupakan rumah sakit type C dengan kapasitas tempat tidur 177, dengan indikator pelayanan kesehatan sebagai berikut: BOR 71,32, (standar Depkes 60-80%); BTO 54,08, (Depkes 4-50 hari); AVLOS 3.71 (Depkes 6-9 hari); TOI 1,18 (Depkes 1-3 hari). Dilihat dari indikator tersebut, pelayanan rumah sakit ini masih dalam batas standar depkes. Sumber daya perawat sebanyak 192 orang yang tersebar di

unit rawat inap dan rawat jalan, dengan kualifikasi pendidikan mulai dari SPK 0,3%, DIII keperawatan 86%, dan SI/Ners keperawatan 11%. Metode penugasan asuhan keperawatan yang digunakan di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar adalah dengan menggunakan modifikasi metode tim, memiliki nilai-nilai budaya organisasi yang dikembangkan di RSUD Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar berdasarkan Peraturan Bupati No 23 Tahun 2010 yaitu tanggung jawab, profesionalisme, ramah, peduli, bermoral, dan jujur. Dari enam nilai budaya yang ada di RSUD Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar hanya empat yang dikembangkan dari nilai budaya yang berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu tanggung jawab, profesionalisme, peduli dan jujur. Nilai tersebut membedakan budaya RSUD Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar dengan RS lainnya belum adanya penelitiannya.

Dari hasil studi pendahuluan yang dilakukan 15 februari 2013 bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan menunjukan beberapa masalah. Wawancara yang dilakukan terhadap 7 orang perawat, masalah dalam pendokumentasian yang disampaikan oleh dua perawat yakni penulisan yang menyita waktu, dua perawat lain mengatakan terlalu banyaknya format yang dicatat, satu perawat mengatakan tidak adanya waktu untuk melakukan pencatatan karena banyaknya tugas keperawatan dan non keperawatan yang harus dilakukan, satu perawat mengatakan dokumentasi dilakukan dengan lengkap pada saat penyerahan status ke bagian *medical record*, satu perawat mengatakan kepala rungan tidak ada melakukan supervisi terhadap

pendokumentasian yang telah dilakukan. Perawat kadang-kadang memerintahkan mahasiswa untuk melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan tanpa memantau apa yang telah didokumentasikan. Penilaian angka kredit berdasarkan buku pencatatan yang dibuat oleh perawat sesuai pendoman Depkes (2001), tetapi hanya diakumulasi berupa angka pembobotan yang telah ditentukan oleh Depkes tanpa adanya bukti pendokumentasian Asuhan Keperawatan.

Merujuk pada fenomena tersebut maka penulis tertarik untuk mengetahui hubungan antara budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar.

1.2 Perumusan Masalah

Rumah sakit merupakan suatu organisasi yang memiliki nilai-nilai tertentu dalam mencapai tujuannya yakni memberikan pelayanan yang berkualitas yang salah satunya ditentukan oleh dokumentasi asuhan keperawatan. Hasil observasi pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar, klien yang dirawat setelah 3 (tiga) hari, didapatkan hanya 35% yang lengkap pendokumentasiannya, 45% tidak lengkap karena pencatatan yang dilakukan tidak dicatat dengan baik, misalnya dalam penyajiannya tidak tampak riwayat penyakit dan rencana intervensi tidak dibuat, kadang hanya implementasi yang ditulis, 20% kurang atau sama sekali tidak melakukan dokumentasi, karena pendokumentasian

yang dilakukan hanya pengkajian dasar saja sedangkan asuhan keperawatannya banyak yang tidak terisi.

Masalah perawat yang sering timbul di rumah sakit pemerintah menyangkut pelayanan meliputi : penampilan, sikap perawat dalam menjalankan perannya mengenai keterampilan, keramahan, disiplin, perhatian, tanggung jawab yang kurang. Penurunan ini akan berpengaruh pada lingkungan pekerjaan yang berdampak pada kinerja perawat di rumah sakit. Sejauh ini evaluasi melalui penelitian terkait pendokumentasian di RSUD Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar belum pernah dilakukan, namun kinerja dalam pendokumentasian masih dibawah standar Depkes yakni 80% (Depkes 2001). Masalah pendokumentasian asuhan keperawatan dikaitkan dengan nilai-nilai budaya karena pendokumentasian merupakan tampilan perilaku kinerja perawat dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Dari pengamatan yang dilakukan penulis perawat masih memiliki waktu duduk-duduk, izin dan berbincang-bincang yang topiknya tidak terkait langsung dengan asuhan keperawatan pada jam dinas.

Berdasarkan pemaparan masalah tersebut dapat dirumuskan pertanyaan penelitian: Apakah ada hubungan antara budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar tahun 2013.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan antara budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di RSUD Prof. Dr. M.A.Hanafiah SM Batusangkar tahun 2013.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus penelitian ini adalah teridentifikasi :

- a. Karakteristik individu yang meliputi umur, pendidikan, jenis kelamin, dan masa kerja perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar 2013.
- b. Pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar 2013.
- c. Budaya organisasi meliputi: tanggung jawab; profesionalisme; peduli; dan jujur yang dipersepsikan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr.M.A. Hanafiah SM Batusangkar 2013.
- d. Hubungan budaya organisasi: tanggung jawab dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar 2013.
- e. Hubungan budaya organisasi: profesionalisme dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof.Dr.M.A. Hanafiah SM Batusangkar 2013.

- f. Hubungan budaya organisasi: peduli dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof.Dr.M.A. Hanafiah SM Batusangkar tahun 2013.
- g. Hubungan budaya organisasi: jujur dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof.Dr.M.A. Hanafiah SM Batusangkar tahun 2013.
- h. Budaya organisasi yang paling dominan berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof.Dr.M.A. Hanafiah SM Batusangkar tahun 2013 setelah dikontrol dengan karakteristik perawat pelaksana.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Aplikatif

1. Bagi Pelayanan Kesehatan
 - a. Memberikan masukan bagi manajemen keperawatan RSUD Prof.Dr.M.A Hanafiah SM Batusangkar dalam upaya peningkatan nilai-nilai budaya yang terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat pelaksana
 - b. Penelitian ini dapat menjadi masukan bagi pengelola pelayanan kesehatan sebagai catatan dasar dalam mengidentifikasi, mendorong, dan meningkatkan nilai-nilai budaya organisasi untuk melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan mulai dari: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi dan dokumentasi keperawatan.

1.4.2 Manfaat Akademis dan Keilmuan

Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi baru, atau menunjang teori-teori yang sudah ada, tentang hubungan budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap Prof. Dr.M.A. Hanafiah SM Batusangkar tahun 2013.

1.4.3 Manfaat Metodologis (Penelitian)

Hasil penelitian ini dapat menambah penelitian manajemen sumberdaya manusia dan perilaku organisasi yang terkait dengan budaya organisasi dan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini juga dapat dijadikan rujukan untuk peneliti lain, agar dapat meneliti elemen budaya organisasi yang berbeda dengan yang penulis teliti sekarang dan karakteristik perawat serta hubungannya pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pada tatanan pelayanan keperawatan di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas konsep-konsep yang terkait antara lain tentang manajemen keperawatan, pendokumentasian asuhan keperawatan, budaya organisasi, dan beberapa faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan dan budaya organisasi untuk dapat memberikan kejelasan tentang variabel yang akan diteliti serta bagaimana mengukur setiap variabel.

2.1 Manajemen Keperawatan

2.1.1 Pengertian

Menurut Gillies (2000) Manajemen Keperawatan : suatu proses bekerja melalui upaya staf keperawatan untuk memberikan pelayanan keperawatan, pengobatan dan bantuan terhadap para pasien, melalui tugas manajer keperawatan. Tugas tersebut mencakup merencanakan, mengorganisir, memimpin serta mengontrol keuangan, material, dan sumber daya manusia yang ada untuk memberikan pelayanan keperawatan seefektif mungkin bagi setiap kelompok pasien dan keluarga. Gillies (2000), mengemukakan bahwa manajemen merupakan proses melaksanakan pekerjaan melalui upaya orang lain.

Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota/staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional. Sedangkan Siagian (2004), manajemen berfungsi untuk melakukan semua kegiatan yang perlu dilakukan dalam rangka pencapaian tujuan dalam batas-

batas yang telah ditentukan pada tingkat administrasi. Gulick (1937 dalam Marquis & Huston, 2010) mendefinisikan manajemen sebagai suatu bidang ilmu pengetahuan yang berusaha secara sistematis untuk memahami mengapa dan bagaimana manusia bekerja bersama untuk mencapai tujuan dan membuat sistem kerjasama ini lebih bermanfaat bagi manusia.

Beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa manajemen adalah proses bekerjasama dalam mencapai suatu tujuan organisasi dalam batas yang telah ditentukan pada tingkat administrasi pada lingkungan yang berubah yang bermanfaat bagi manusia. Sedangkan manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota/staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara profesional (Gillies, 2000).

Pengertian lain manajemen keperawatan adalah suatu perencanaan dalam mempergunakan waktu yang efektif bagi perawat manejer dalam mengembangkan tujuan yang jelas dan realistik untuk pelayanan keperawatan (Swansburg, 2000).

Pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa manajemen keperawatan adalah suatu perencanaan bagi perawat manejer dalam mempergunakan waktu yang efektif untuk bekerja melalui staf keperawatan dengan tujuan memberikan asuhan keperawatan secara profesional.

2.1.2 Fungsi Manajemen Keperawatan

Menurut Fayol (1925 dalam Swansburg, 2000) pertama kali mengidentifikasi fungsi manajemen terdiri dari : perencanaan, pengorganisasian, pengarahan, koordinasi dan pengendalian. Menurut Terry (1987 dalam Swansburg, 1999) fungsi manajemen terdiri atas : *planning, organizing, actuating, dan controlling*. Sedangkan menurut Gulick (1937 dalam Marquis & Huston, 2010) memperluas fungsi manajemen yang dijelaskan Fayol dengan menambahkan beberapa fungsi menjadi tujuh aktivitas manajemen : perencanaan, (*planning*), pengorganisasian (*organizing*), personalia (*staffing*), pengarahan (*directing*), pengkoordinasian (*coordinating*), pelaporan (*reporting*), dan pembiayaan (*budgeting*). Namun para ahli tersebut memiliki kesamaan pada 4 (empat) fungsi manajemen.

1. Fungsi (*Planning*) Perencanaan

Fungsi perencanaan adalah suatu fungsi dasar manajemen suatu proses sistematis dan memerlukan ilmu pengetahuan yang mendasari teori manajemen. Fayol mendefinisikan perencanaan sebagai membuat rencana kegiatan untuk memberikan pandangan ke depan, rencana kegiatan ini harus merupakan satu kesatuan, berkelanjutan, fleksibel dan dibuat dengan teliti. (Steiner : Swansburg, 2000) menyatakan perencanaan sebagai suatu proses memulai dengan sasaran-sasaran, batasan strategis, kebijakan dan rencana detail untuk mencapainya tujuan organisasi untuk menerapkan keputusan dan termasuk tinjauan kinerja dan umpan balik terhadap pengenalan siklus perencanaan baru.

Menurut Gillies, (2000) fungsi perencanaan diarahkan dalam rangka menentukan visi, misi, dan tujuan pelayanan keperawatan yang bertujuan untuk memberikan pelayanan yang bermutu. Selanjutnya menurut Terry (dalam Swansburg, 1999) perencanaan adalah sebuah proses yang dimulai dengan merumuskan tujuan, sampai dengan menyusun dan menetapkan rangkaian kegiatan untuk mencapainya.

Beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa fungsi perencanaan adalah mempersatukan kegiatan dari seluruh sistem untuk mencapai visi, misi dan tujuan bersama serta menyusun dan menetapkan rencana kegiatan yang akan dicapai.

Fungsi perencanaan terdiri dari beberapa elemen diantaranya adalah merumuskan Visi, Misi, filosofi, Tujuan umum, tujuan khusus, Sasaran, Kebijakan, Prosedur, dan peraturan-peraturan dalam pelayanan keperawatan, perkiraan proyeksi jangka pendek dan panjang serta menentukan jumlah biaya dan mengatur adanya perubahan berencana (Marquis & Huston, 2010).

Pengetahuan tentang perencanaan yang baik adalah pengetahuan tentang karakteristik perencanaan, pengetahuan tentang elemen perencanaan, pengetahuan tentang perencanaan strategis atau jangka panjang dan perencanaan taktis atau jangka pendek, pengetahuan tentang standar perencanaan, dan keterampilan dalam membawa perencanaan sampai pada standar.

2. Fungsi (*Organizing*) Pengorganisasian

Menurut Gulick (dalam Marquis & Huston, 2010) pengorganisasian

adalah fungsi manajemen yang berhubungan dengan pembagian tugas. Pengorganisasian adalah rangkaian kegiatan manajemen untuk menghimpun semua sumber daya (potensi) yang dimiliki secara efisien untuk mencapai tujuan pelayanan (Terry, dalam Swansburg, 1999). Aktivitas yang melibatkan semua sumber daya yang ada dalam organisasi, akan mengemban suatu tujuan tertentu dan mengatur mereka sedemikian rupa sehingga dapat bekerja bersama kearah pencapaian tujuan (Gillies, 2000).

Pengorganisasian adalah keseluruhan pengelompokan orang-orang, alat-alat, tugas-tugas, kewenangan dan tanggung jawab sehingga tercipta suatu organisasi yang dapat digerakan sebagai suatu kesatuan dalam rangka mencapai tujuan yang telah ditetapkan (Swansburg, 2001). Ada tiga aspek penting dalam pengorganisasian meliputi : pola struktur organisasi, penataan kegiatan, dan struktur kerja organisasi.

Prinsip-prinsip pengorganisasian adalah pembagian kerja, kesatuan komando, rentang kendali, pendelegasian, koordinasi. Dan pengorganisasian bermanfaat untuk penjabaran terinci semua pekerjaan yang harus dilakukan untuk mencapai tujuan, pembagian beban kerja sesuai dengan kemampuan perorangan/kelompok, dan mengatur mekanisme kerja antar masing-masing anggota kelompok untuk hubungan dan koordinasi (Hubberd, 2000).

Beberapa pengertian diatas disimpulkan bahwa pengorganisasian adalah aktivitas yang melibatkan semua sumber daya dengan pembagian tugas dan bekerjasama untuk mencapai tujuan.

Elemen pengorganisasian meliputi membentuk struktur organisasi, penentuan tugas yang harus dikerjakan, menentukan jenis pemberian asuhan pasien yang paling tepat, mengelompokan aktivitas untuk mencapai tujuan unit (Marquis&Huston,2010).

3. Fungsi *Staffing* (pengadaan tenaga dan personalia)

Ketenagaan atau personalia merupakan fungsi ketiga manajemen berupa penyusunan personalia pada organisasi sejak dari rekrutmen tenaga kerja, memperthankan, dan mengembangkan agar setiap tenaga memberikan daya guna maksimal kepada organisasi (Marquis & huston, 2010).

Pengaturan ketenagaan dimulai dari rekrutmen, interview, mencari, dan orientasi dari staf baru, penjadwalan, pengembangan staf, dan sosialisasi staf. Rekrutmen, wawancara mengorientasikan staf, pengembangan staf, remunerasi, reword, peningkatan kompetensi perawat, mensosialisasikan pegawai baru (Marquis & huston, 2010).

Beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa ketenagaan atau personalia merupakan penataan orang-orang yang melaksana kegiatan-kegiatan organisasi agar berhasil guna dan berdaya guna untukmencapai tujuan organisasi.

4. Fungsi *Directing* (pengarahan)

Pengarahan merupakan pelaksanaan beberapa fungsi kepemimpinan dalam rangka mengatur, mengarahkan dan memaksimalkan sumber daya manusia sehingga tujuan organisasi dapat tercapai dan terlaksana dengan baik. (Gillies, 2000). Fungsi pengarahan selalu berkaitan erat dengan

instruksi yang memungkinkan pekerja memahami apa yang diharapkan dari manajer, sehingga ia dapat berperan secara efektif dan efisien untuk mencapai tujuan organisasi (Douglas 1986 dalam Swansburg, 2000). Fungsi pengarahan adalah membuat perawat atau staf melakukan apa yang diinginkan dan harus mereka lakukan.

Dari beberapa pengertian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa pengarahan merupakan upaya memaksimalkan sumber daya manusia melalui pengaturan, pengarahan dan mendapatkan masukan dan saran dari setiap unit agar dapat tercapainya tujuan dari organisasi.

Elemen pengarahan adalah pendelegasian, supervisi, komunikasi organisasi, pelatihan, menangani konflik, memfasilitasi kerjasama dan motivasi, (Swansburg, 2000). Pengarahan mencakup tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia mencakup supervisi, motivasi untuk semangat, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi, dan memfasilitasi kolaborasi (Gilles, 2000)

5. Fungsi koordinasi (*Coordinating*)

Fayol mendefinisikan koordinasi sebagai upaya untuk menciptakan keharmonisan diantara semua aktifitas untuk memfasilitasi pekerjaan dan keberhasilan unit (Swanburg, 2000). Koordinasi adalah kegiatan yang menyebabkan anggota kelompok bekerja sama secara harmonis (Gillies, 1996).

Pengertian diatas dapat disimpulkan yaitu koordinasi adalah suatu kegiatan manajemen yang dapat menciptakan kerjasama anggota kelompok secara harmonis. Elemen koordinasi meliputi bicara

berhadapan satu sama lain, komunikasi singkat, aktual, informasi operasional, percaya diri, semangat, loyal, dan fakta (Gillies, 1996).

Pengertian diatas dapat disimpulkan yaitu koordinasi adalah suatu kegiatan manajemen yang dapat menciptakan kerjasama anggota kelompok secara harmonis. Elemen koordinasi meliputi bicara berhadapan satu sama lain, komunikasi singkat, aktual, informasi operasional, percaya diri, semangat, loyal, dan fakta (Gillies, 1996).

6. Fungsi pembiayaan atau anggaran (*budgeting*)

Pembiayaan adalah rencana yang menggunakan data numerik untuk memprediksi aktivitas organisasi (Carruth, Carruth, & Note, 2000). Menurut Gillies, (1996) pembiayaan adalah pengeluaran yang diperlukan untuk mencapai sasaran yang diinginkan. Anggaran adalah suatu perencanaan atau jadual untuk pengaturan pengeluaran dalam suatu periode tertentu (Swanburg, 2000).

Beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pembiayaan adalah perencanaan pengaturan pengeluaran dengan menggunakan data numerik yang diperlukan untuk mencapai aktivitas organisasi. Elemen pembiayaan atau anggaran meliputi: pendapatan, pengeluaran, pasien harian, fiskal tahunan, anggaran tahunan, jam perawatan, pemberi perawatan, analisis biaya atau keuntungan, anggaran dasar, anggaran operasional, anggaran personel, pengembangan anggaran pengoperasian, anggaran alat dan bahan (Swanburg, 2000).

7. Fungsi Pencatatan dan Pelaporan

Pencatatan dan pelaporan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fisbach, 1991, Carpenito, 1999). Menurut Kron & Gray (1987) adalah mengkomunikasikan secara tertulis pada staf dan tim kesehatan lain yang memerlukan data pasien secara teratur. Sedangkan menurut Potter dan Perry (2005) pencatatan adalah komunikasi tertulis yang mendokumentasikan informasi yang relevan dengan manajemen kesehatan pasien.

Kesimpulan beberapa pengertian diatas adalah informasi tertulis yang relevan tentang perkembangan kondisi pasien yang dapat dikomunikasikan dengan staf atau tim kesehatan lain. Elemen pencatatan dan pelaporan meliputi: catatan berorientasi pada sumber data, catatan berorientasi pada masalah, catatan perawat, catatan berdasarkan standar praktek keperawatan, pencatatan yang menekankan pada proses keperawatan, dan pencatatan yang berorientasi pada data fokus pasien (Iyer, 2005 dan Depkes 2001).

Salah satu bentuk pencatatan dan pelaporan dalam asuhan keperawatan adalah pendokumentasian asuhan keperawatan, Catatan asuhan keperawatan sebagai salah satu Standar Asuhan Keperawatan (SAK), dimana catatan asuhan keperawatan memberikan catatan tentang penggunaan proses keperawatan pasien (Doegnes, 1996). Bentuk pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan atau pendokumentasian berpedoman pada standar asuhan keperawatan (SAK) (Depkes, 2001).

2.2 Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi keperawatan merupakan hal yang tidak dapat dipisahkan dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan bukti tertulis dari kegiatan yang telah dilakukan oleh perawat (Priharjo, 1995 dalam Hariyati, 2007). Dokumentasi keperawatan menggambarkan keadaan perkembangan pasien, mencatat asuhan keperawatan yang telah diberikan, dan mencatat riwayat kesehatan untuk masa yang akan datang.

Dokumentasi keperawatan adalah informasi tertulis tentang status dan perkembangan kondisi pasien serta semua kegiatan asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat (Fisbach, 1991, Carpenito, 1991).

Pencatatan adalah bagian yg penting dalam asuhan keperawatan. Pencatatan menjadi media komunikasi yang efektif antar profesi dalam satu tim pelayanan kesehatan. Pencatatan asuhan keperawatan bukan sekedar menuliskan sesuatu dalam lembar pencatatan tetapi sebelum pencatatan tersebut, harus dianalisa apa yang harus dicatat, bagaimana penyusunan kalimat, dan dimana tiap tulisan tersebut diletakkan (Rubenfels & Scheffer, 1999 dalam Hariyati, 2007).

Beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa pendokumentasian keperawatan merupakan proses pembuatan bukti tertulis terkait pelayanan keperawatan yang berisi kegiatan pencatatan dan pelaporan yang otentik serta penyimpanan semua kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan pasien yang

dapat dipergunakan untuk mengungkapkan suatu fakta aktual dan dapat dipertanggung jawabkan.

Menurut Fosberg dan Edlund (2003) di Swedia pendokumentasian mulai dari pengkajian sampai evaluasi telah diterapkan sejak awal tahun 1990 an dan menjadi metode yang cepat berkembang dan dapat meningkatkan pelayanan pada pasien. Meskipun tidak ada standar pokok yang diterima secara internasional untuk mengukur ketepatan pendokumentasian keperawatan agar lebih akurat, namun data yang didokumentasikan tersebut mulai dari pengkajian sampai evaluasi harus koheren, relevan dan jelas (Gordon 1994; Mc Farland & McFarlane, 1997; Doenges & Moorhouse, 2008).

2.2.1 Tujuan Pendokumentasian

Menurut Carpenito (1999), tujuan dari dokumentasi keperawatan secara administratif adalah untuk: mendefinisikan fokus keperawatan bagi pasien atau kelompok; untuk membedakan tanggung gugat perawat dari tanggung gugat tim pelayanan kesehatan lain; memberikan kriteria penelaahan dan pengevaluasian asuhan (perbaikan kualitas); memberikan kriteria klasifikasi pasien, untuk memberikan justifikasi terhadap reimforsemen; memberikan data untuk tinjauan administratif dan legal, untuk memenuhi persyaratan hukum, akreditasi dan profesional; dan memberikan data penelitian dan tujuan pendidikan.

2.2.2 Komponen Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Carpenito (1999) menguraikan sistem dokumentasi keperawatan mempunyai beberapa komponen. Sebagian besar komponen pendokumentasian terutama memfokuskan pada: pengkajian keperawatan; diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, pelaksanaan keperawatan, evaluasi keperawatan.

a. Pengkajian

Menurut Iyer (2005) pengkajian merupakan dasar utama dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan kebutuhan pasien. pengkajian yang akurat, lengkap, sesuai dengan kenyataan, kebenaran data sangat penting. Format pengkajian keperawatan berisikan pengkajian awal perawat terhadap pasien yang baru masuk ke ruangan. Pengkajian dibuat berdasarkan wawancara langsung pasien dan keluarga serta pemeriksaan fisik *head to toe*. Format pengkajian diisi dalam bentuk narasi dan atau *check list* (Carpenito, 1999). Pengkajian memberikan data dasar dalam menyusun rencana asuhan. Format diisi dengan data mentah bukan hasil analisis atau kesimpulan (Fisbach, 1991). Dokumen asli atau salinan format pengkajian yang sudah dilengkapi sebelum masuk harus dimasukkan dalam dokumen rekam medik (JCAHO, 1996). Menurut Dahm dan Wadesten (2008) mengatakan bahwa pendokumentasian akurat pada tahap awal pengkajian dapat meningkatkan pelayanan keperawatan.

Pengkajian keperawatan menurut Depkes (2001) terdiri dari 3 tahap yaitu pengumpulan data, pengorganisasian atau pengelompokan data serta

menganalisis data untuk merumuskan diagnosis keperawatan. Instrumen penilaian pengkajian keperawatan menurut SAK Depkes (2001) terdiri dari: 1) Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian, 2) Data dikelompokkan berdasarkan bio, psiko, sosial dan spiritual, 3) Data dikaji sejak pasien masuk sampai pulang, 4) Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola kehidupan.

b. Diagnosis

Diagnosis keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respon manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu, atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan menurunkan, membatasi, mencegah, dan merubah (Carpenito, 2000). Menurut Gordon (1976) diagnosis keperawatan adalah masalah kesehatan aktual dan potensial dimana berdasarkan pendidikan dan pengalamannya, perawat mampu dan mempunyai kewenangan untuk memberikan tindakan keperawatan. Diagnosis keperawatan biasanya terdiri dari tiga komponen: respon manusia (masalah), faktor yang berhubungan, serta tanda gejala.

Respon manusia adalah masalah yang diidentifikasi oleh perawat melalui pengkajian (Iyer, 2005). Respon manusia yang telah diidentifikasi oleh North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) mendefinisikan masalah yang dapat diatasi oleh perawat berlisensi, karena mereka bekualifikasi dari segi pendidikannya. Salah satu

kelompok yang ada di NANDA juga menunjukkan perhatiannya dalam mengidentifikasi kekuatan pasien. Sebagai respon terhadap masalah, istilah faktor yang berhubungan menyatakan secara tidak langsung bahwa jika satu bagian dari diagnosis mengalami perubahan, maka bagian yang lain juga mengalami perubahan (Taptich, Iyer, Bernocchi-Losey, 1994).

Tanda dan gejala disebut juga karakteristik penjelas (Iyer 2005). Tanda dan gejala dihubungkan dengan faktor yang berhubungan dengan, kata – kata yang dimanifestasikan dengan atau akronim dari (*as evidenced by, AEB*). Menurut Iyer banyak faktor yang berhubungan akan muncul, maka tanda gejala yang berkaitan dengan respon manusia juga banyak, perawat boleh mendokumentasikan tanda gejala yang paling bermakna untuk menghindari diagnosis keperawatan yang panjang.

Menurut Carpenito-Moyet (1991, 2007, Johnson *et al.* 2008) mengatakan bahwa salah satu cara untuk mengatasi pendokumentasian diagnosis keperawatan yang akurat adalah dengan menggunakan struktur PES sebagai pedoman dalam merumuskan diagnosis. Ketika perawat merumuskan diagnosis berdasarkan struktur PES, diagnosis terdiri dari: label (P); penyebab, etiologi (E); tanda/gejala (S). Intervensi harus berkaitan dengan diagnosis. Namun menurut NANDA diagnosis keperawatan dapat ditulis tunggal yang merupakan kesenjangan antara fakta dan standar/indikator.

Instrumen penilaian proses diagnosis keperawatan menurut SAK Depkes (2001) terdiri dari: 1) Diagnosis keperawatan berdasarkan masalah yang telah dirumuskan, 2) Diagnosis keperawatan mencerminkan PE/PES, 3) Merumuskan diagnosis keperawatan potensial, resiko, dan aktual.

c. Perencanaan

Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi atau mengoreksi masalah – masalah yang diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Lyer, Taptich & Bernocchi-Losey, 1996). Perencanaan yang dibuat harus menyatakan dengan jelas semua tindakan yang akan dilakukan dalam pencapaian hasil atau tujuan (Doenges, 2005). Perencanaan dibuat oleh ketua tim berdasarkan hasil analisis data pasien. Dokumentasi perencanaan harus mencakup kebutuhan rencana pemulangan dan penyuluhan untuk penatalaksanaan pasien secara efektif baik di rumah sakit maupun di rumah (Iyer, 2005). Rencana keperawatan yang dibuat mengacu pada standar rencana keperawatan dan memuat diagnosis keperawatan, tujuan, kriteria evaluasi, dan intervensi keperawatan (Capenito, 1999).

Instrumen penilaian perencanaan keperawatan menurut SAK Depkes (2001) terdiri dari: 1) Perencanaan berdasarkan diagnosis keperawatan, 2) Disusun menurut urutan prioritas, 3) Rumusan tujuan mengandung komponen pasien, subyek, perubahan, perilaku, kondisi pasien dan kriteria waktu, 4) Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien keluarga, 5) Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat

perintah, terinci dan jelas, 6) Rencana tindakan menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan lain.

d. Implementasi

Implementasi atau pelaksanaan adalah tindakan yang dilakukan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Lyer *et al.*, 1996). Pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah ditentukan dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien secara optimal. Pelaksanaan juga meliputi pencatatan perawatan pasien dalam dokumen yang telah disepakati. Implementasi menurut Potter dan Perry (2005) adalah tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan. Potter dan Perry juga menjelaskan bahwa selama implementasi, perawat mengkaji kembali pasien, memodifikasi rencana asuhan keperawatan, mengidentifikasi area bantuan, mengimplementasikan rencana keperawatan dan mengkomunikasikan intervensi.

Instrumen penilaian implementasi keperawatan menurut SAK Depkes (2001) terdiri dari: 1) Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana perawatan, 2) Perawat mengobsevasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan, 3) Revisi tindakan berdasarkan evaluasi, 4) Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat ringkas dan jelas.

e. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosis keperawatan, rencana tindakan, dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai (Ignatavicius

& Bayne, 1994). Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan dan pelaksanaan tindakan (Ignatavicius & Bayne, 1994).

Menurut Moloney dan Maggs, (1999) evaluasi dokumentasi keperawatan memiliki banyak tujuan, yang paling penting evaluasi harus memberikan informasi tentang kualitas, efektifitas dan biaya perawatan serta alokasi sumber daya. Evaluasi dokumentasi keperawatan dan manajemen perubahan merupakan hal yang saling berhubungan karena evaluasi dapat menginformasikan perubahan dan menghasilkan rekomendasi manajemen, yang dapat meningkatkan kualitas keperawatan dan pendokumentasian (Kaplan & Shaw, 2002, Ammewerth dkk, 2003). Evaluasi status pasien merupakan bagian penting dalam proses keperawatan. Hasil yang ditetapkan secara jelas akan mengarahkan bagaimana dan kapan evaluasi pencapaian hasil yang diharapkan harus dilakukan (Carpenito, 1999).

Menurut Depkes (2001), kriteria proses dalam evaluasi keperawatan adalah menyusun perencanaan evaluasi dari hasil intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon pasien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan sejawat, bekerja sama dengan pasien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan dan mendokumentasikan hasil evaluasi.

Instrumen penilaian evaluasi keperawatan menurut SAK Depkes (2001) terdiri dari: 1) Evaluasi mengacu pada tujuan, sejauh mana rencana tujuan dapat dicapai, 2) Dilakukan sesuai dengan target waktu yang telah ditetapkan pada rencana tujuan, 3) Hasil evaluasi dicatat menggunakan formulir renpra dan evaluasi pada kolom evaluasi.

f. Catatan Perkembangan

Format catatan perkembangan keperawatan berisikan informasi tentang catatan perubahan kondisi kesehatan pasien setiap hari berdasarkan rencana keperawatan yang telah dibuat. Format yang digunakan dalam bentuk SOAP dan berisi narasi. Secara narasi, penulisan diawali dengan diagnosis keperawatan, dilengkapi dengan pernyataan subyektif dan obyektif, serta rencana lebih lanjut. Format SOAP terdiri dari: S (Subyektif): Keluhan pasien dan atau keluarga, O (Obyektif): Apa yg diamati, didengar, disentuh, dicium, diukur A (Analisis): Kesimpulan perawat tentang kondisi pasien, P (Perencanaan): Tindakan yg ditetapkan untuk menyelesaikan masalah (Carpenito, 1999). Kebutuhan penyuluhan pasien yang diidentifikasi setelah pasien masuk rumah sakit atau setelah perawatan diberikan dapat didokumentasikan dalam catatan perkembangan (Cordell dan Smith-Blair, 1994, dalam Iyer 2005).

Instrumen penilaian catatan perkembangan menurut SAK Depkes (2001) terdiri dari: 1) Menulis pada format yang baku, 2) Pencatatan dilakukan sesuai dengan tindakan yang dilaksanakan 3) Pencatatan ditulis dengan jelas, 4) Setiap melakukan tindakan/kegiatan perawat mencantumkan

paraf/nama jelas, dan tanggal jam dilakukannya tindakan, 5) Berkas catatan keperawatan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2.2.3 Manfaat dan Pentingnya Dokumentasi Keperawatan

Menurut Lawinto (2001), manfaat dan pentingnya dokumentasi antara lain

a) catatan informasi tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan mempunyai nilai hukum, b) pencatatan yang lengkap dan akurat dapat menjadi tolak ukur dalam menilai asuhan keperawatan yang telah diberikan, c) Merupakan alat komunikasi antara pasien dan tenaga kesehatan d) Sebagai pertimbangan atau acuan dalam menentukan biaya yang dibutuhkan, e) Dapat dipergunakan sebagai bahan pembelajaran bagi peserta didik keperawatan, f) Dokumentasi yang lengkap dan akurat dapat mempunyai nilai bagi penelitian dalam pengembangan pelayanan keperawatan, g) Dapat digunakan sebagai kesimpulan keberhasilan asuhan yang diberikan dalam masalah keperawatan.

Menurut Iyer (2005) manfaat dokumentasi antara lain: 1) Sebagai tanggungjawab dan akuntabilitas profesional merupakan salah satu alasan penting dibuatnya dokumentasi yang akurat, 2) Perlindungan hukum bahwa dokumentasi keperawatan dapat digunakan pada kasus malpraktek. Jika terjadi gugatan dokumentasi keperawatan dapat memberi bukti yang berharga tentang kondisi pasien dan pengobatannya, 3) Penggantian biaya bahwa dokumentasi yang akurat dan menyeluruh mempermudah penetapan DRG dan penggantian biaya dengan tepat

Menurut Potter dan Perry (2005) manfaat dokumentasi adalah merupakan sumber data yang bermanfaat yang digunakan oleh semua anggota tim perawatan kesehatan mencakup komunikasi, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit, dan dokumentasi legal. Lebih lanjut menurut Bjo rvell *et al* (2000) dalam Ammenwerth dkk, (2003) mengatakan manfaat utama dari dokumentasi yang baik adalah dapat memfasilitasi komunikasi yang lebih terstruktur dan lebih terfokus.

Dapat disimpulkan manfaat dokumentasi adalah sebagai responsibilitas dan akuntabilitas profesional, sebagai perlindungan hukum, jaminan mutu, sebagai alat komunikasi, sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan, edukasi, pengkajian, sebagai pendidikan dan penelitian serta akreditasi rumah sakit.

2.2.4 Prinsip-Prinsip Pendokumentasian Keperawatan.

Menurut Potter and Perry (2005), petunjuk cara pendokumentasian yang benar yaitu :

- a. Hindari penggunaan *tip-ex* atau mencatat tulisan yang salah ketika mencatat cara yang benar menggunakan garis pada tulisan yang salah, kata salah lalu di paraf kemudian tulis catatan yang benar.
- b. Hindari komentar yang bersifat mengkritik pasien maupun tenaga kesehatan lain. Karena bisa menunjukkan perilaku yang tidak profesional atau asuhan keperawatan yang tidak bermutu.
- c. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis diikuti kesalahan tindakan.

- d. Catatan harus akurat teliti dan reliabel, pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulatif atau menulis perkiraan saja.
- e. Hindari adanya bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horisontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya, semua catatan harus bisa dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
- f. Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, karena jika perawat melakukan tindakan di luar batas kewenangannya dapat di tuntutan.
- g. Rahasiakan hal-hak yang memalukan atau membuat kondisi pasien menurun, karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
- h. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik), karena informasi yang spesifik tentang kondisi pasien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi bersifat terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
- i. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan harus obyektif, komprehensif, akurat dan menggambarkan keadaan pasien serta apa yang terjadi pada dirinya.

Dapat disimpulkan prinsip pendokumentasian dari beberapa teori diatas adalah: ditulis dengan tinta, dapat dibaca dengan jelas, bila terjadi kesalahan jangan dihapus tetapi dicoret, tulis perbaikan diatasnya serta beri tanda tangan yang merevisi, jangan menulis komentar yang sifatnya mengkritik, koreksi semua kesalahan sesegera mungkin, catatan harus akurat teliti dan reliabel, jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum, pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi, catatan dapat dibaca dengan jelas, mempergunakan istilah/symbol yang telah disepakati, gunakan format yang telah ada, kerahasiaan, dan akontabilitas.

2.2.5 Hambatan Pendokumentasian

Hambatan pendokumentasian meliputi: kurangnya pemahaman tentang dasar-dasar dokumentasi keperawatan; keterbatasan tenaga baik dari segi kualitas maupun kuantitas, format yang tersedia kurang memadai; keterbatasan waktu karena perawat banyak mengerjakan pekerjaan non keperawatan. (Carpenito, 1999).

Menurut Iyer (2005) hambatan pendokumentasian meliputi: dokumentasi yang dilakukan secara manual biasanya dalam bentuk naratif dan cuplikan daftar tugas dengan tulisan tangan sulit dibaca, dapat terjadi kesenjangan dalam mencatat pemberian pelayanan. Definisi istilah dan singkatan tidak distandarisasi, sehingga mudah terjadi salah interpretasi individu. Sangat

sulit untuk membenarkan pencatatan informasi yang sama diberbagai tempat dalam rekam medis. Perbedaan antar departemen suatu pembaruan pendekatan tim dapat memengaruhi sistem dokumentasi

2.2.6 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pendokumentasian

Mutu pendokumentasian proses keperawatan sangat diperlukan unsur masukan, proses pencatatan dan lingkungan dari institusi yang bersangkutan (Azwar, 1996):

- a. Unsur masukan terdiri atas: tenaga perawat (SDM); pengetahuan, sikap, dan ketrampilan perawat dalam pendokumentasian proses keperawatan sangat diperlukan dalam meningkatkan mutu pendokumentasian (Nursalam, 2001). Disamping itu diperlukan juga motivasi perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan, karena masih banyak perawat yang tidak menyukai tentang pencatatan dokumentasi keperawatan (Carpenito, 1999). Format Dokumentasi menurut Carpenito (1999) bahwa format dokumentasi masih banyak ragamnya, dalam pencatatan perawat merasa rumit dan banyak memakan waktu.
- b. Unsur proses, pelaksanaan dokumentasi proses keperawatan yang meliputi aspek dokumentasi yaitu : pengkajian, perencanaan, tindakan, dan evaluasi, yang harus dilaksanakan secara terus menerus sampai tujuan berhasil. Sedangkan kendala dalam pelaksanaan dokumentasi adalah kemampuan perawat dalam mendokumentasikan proses keperawatan. Disini dipengaruhi oleh beban kerja dan motivasi kerja perawat (Carpenito, 1999).

- c. Unsur lingkungan, unsur lingkungan yang dimaksud disini adalah kebijakan organisasi dan manajemen institusi atau rumah sakit yang melaksanakan dokumentasi proses keperawatan. Apabila ketiganya tidak saling mendukung, maka sulit diharapkan akan mendapatkan hasil dokumentasi proses keperawatan yang baik (Azwar, 1996).

Faktor-faktor yang berhubungan dengan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan menurut Handoko (2000) yaitu :

- a. Lama atau waktu pelaksanaan, menyebabkan pendokumentasian askep belum optimal karena dokumentasi keperawatan terlalu bervariasi, rumit dan membutuhkan waktu lama sekitar 35-140 menit.
- b. Kepentingan atau kegunaan, Menurut Carpenito (1999) rintangan dari staf perawat terhadap pendokumentasian yaitu: tidak ada waktu yang cukup untuk menulis, dianggap tidak perlu kecuali akreditasi dan tidak digunakan setelah ditulis.
- c. Pendidikan, merupakan tingkat dasar pengetahuan intelektual yang dimiliki seseorang, karena pendidikan merupakan modal dasar dalam rangka pengembangan pengetahuan, sikap dan ketrampilan
- d. Motivasi, suatu dorongan yang menyebabkan seseorang berbuat sesuatu atau bersikap tertentu (Hasibuan, 2001).

2.2.7 Metoda Pendokumentasian

Menurut Nursalam (2001) metoda pendokumentasi adalah :

- a. Manual dengan menggunakan format pendokumentasian, dan menggunakan prinsip pendokumentasian yang benar
- b. Pendokumentasian dengan komputerisasi

2.3 Budaya Organisasi

2.3.1 Pengertian

Budaya organisasi merupakan seperangkat sikap, nilai, norma, keyakinan, dan perilaku yang dimiliki oleh sekelompok orang yang dikembangkan dan dikomunikasikan dari generasi ke generasi berikutnya untuk membina hubungan dan mengatasi masalah adaptasi eksternal dan integrasi internal (Krietner & Kinicki, 2005; Mangukunegara, 2005; Schien, 1992 dalam Tika, 2006; Wirawan, 2007). Lebih lanjut Krietner dan Kinicki menjelaskan budaya organisasi juga dirasakan, dipikirkan dan bereaksi terhadap lingkungannya yang beraneka ragam. Budaya organisasi dapat dibedakan melalui sistem nilai yang dianut oleh anggota organisasi (Robbins, 2006). Sedangkan Rivai (2007), mendefenisikan budaya organisasi sebagai suatu asumsi dasar yang dimiliki bersama yang didapat oleh kelompok ketika penyelesaian masalah, penyesuaian eksternal dan integrasi internal.

Berdasarkan pendapat ahli tersebut disimpulkan bahwa budaya organisasi adalah suatu sistem nilai, keyakinan, asumsi dasar yang dianut serta diwariskan kepada anggota organisasi yang merupakan norma atau pedoman berperilaku yang mengatur kehidupan anggota organisasi, dalam beradaptasi terhadap lingkungan eksternal dan internal.

2.3.2 Elemen Budaya Organisasi

Menurut Fletcher dan Joner (1992, dalam Wirawan, 2007) menjelaskan budaya organisasi terdiri dari elemen-elemen yang harus diukur meliputi :

- a. Tuntutan kerja, meliputi persepsi karyawan mengenai beban kerja kecepatan, kompleksitas, variasi, konflik dan kesulitan mempertahankan standar-standar kerja.
- b. Hubungan interpersonal ditempat kerja, merupakan persepsi karyawan mengenai hubungan interpersonal dengan teman sekerja, atasan dan bawahan, kerjasama, dan kesulitan dalam pendelegasian.
- c. Dukungan kerja, merupakan dukungan kerja secara luas sampai seberapa luas individu karyawan menyediakan dukungan dan menghambat teman sekerja, misalnya memberikan umpan balik, tantangan intelektual, serta partisipasi dalam mengambil keputusan, otonomi dan tujuan yang didefinisikan secara jelas.
- d. Lingkungan kerja fisik, meliputi persepsi karyawan mengenai ergonomis, paparan lingkungan kerja, tata ruang fisik, cahaya yang buruk, kondisi lingkungan yang gaduh dan atmosfir yang buruk dan resiko fisik.

RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar telah membangun budaya kerja yang harus dihayati dan dilaksanakan oleh setiap insan Rumah Sakit agar pelayanan kesehatan yang dilakukan dapat memuaskan pasien/konsumen. Budaya kerja Rumah Sakit dapat dilaksanakan dengan memegang nilai-nilai dasar sebagai acuan bagi RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM dalam berperilaku yang menunjang tercapainya visi misi Rumah sakit.

Nilai-nilai yang dikembangkan di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar berdasarkan Peraturan Bupati No 23 Tahun 2010 adalah antara lain :

- a. Tanggung jawab, yaitu kewajiban untuk memikul segala akibat yang timbul karena hasil pekerjaannya dalam rangka memberikan yang terbaik bagi pelanggan internal dan eksternal.
- b. Profesionalisme, yaitu tindak tanduk yang bercirikan suatu profesi atau orang yang ahli dalam bidangnya, dengan memegang teguh etika profesi dan standar mutu keahliannya
- c. Peduli, yaitu berusaha untuk segera mengetahui dan langsung membantu menyelesaikan persoalan tersebut dengan tuntas dan memuaskan keinginan pasien
- d. Jujur, yaitu selalu memegang teguh ketulusan dan keikhlasan dalam memberikan informasi atau tidak melakukan kecurangan apapun untuk dirinya maupun untuk kepentingan pasien
- e. Bermoral, yaitu dalam melaksanakan kegiatan dimana setiap personil mempunyai keyakinan bahwa pekerjaan tersebut adalah sebagai amal ibadah.
- f. Ramah, sikap dan tutur kata yang manis dengan praduga positif serta berbudi bahasa menarik dan selalu berusaha untuk menolong pasien dengan tulus dan ikhlas.

(Profil RSUD Prof.DR.MA.Hanafiah SM Batusangkar,2010).

2.3.3 Fungsi Budaya Organisasi

Fungsi budaya organisasi adalah untuk beradaptasi dengan lingkungan eksternal dan mempertahankan kelangsungan hidupnya. Lebih lanjut (Robbins, 2006; Rivai, 2007) menguraikan ada lima fungsi budaya organisasi, yaitu :

- a. Budaya mempunyai peran menetapkan tapal batas, artinya budaya menciptakan perbedaan yang jelas antara satu organisasi dan yang lain.
- b. Budaya memberikan rasa identitas keanggotaan organisasi.
- c. Budaya mempermudah timbulnya komitmen pada sesuatu yang lebih luas dari pada kepentingan diri pribadi seseorang.
- d. Budaya itu meningkatkan kemantapan sistem sosial dengan memberikan standar-standar yang tepat mengenai apa yang harus dikatakan dan dilakukan oleh para karyawan.
- e. Budaya sebagai mekanisme pembuat makna dan mekanisme pengendali yang memandu dan membentuk sikap serta perilaku karyawan.

Menurut Tika (2006), fungsi budaya organisasi adalah :

- 1) batas pembeda terhadap lingkungan, organisasi maupun kelompok lain,
- 2) perekat bagi karyawan dalam suatu organisasi, 3) stabilitas sistem sosial,
- 4) mekanisme kontrol dalam memandu dan membentuk sikap serta perilaku karyawan, 5) integrator, 6) membentuk perilaku bagi para karyawan, 7) sarana untuk menyelesaikan masalah-masalah pokok organisasi, 8) acuan dalam menyusun perencanaan perusahaan, 9) alat komunikasi, 10)

penghambat berinovasi, bila budaya tidak mampu mengatasi masalah menyangkut lingkungan eksternal dan integrasi internal.

Kreitner dan Kinicki (2003), membagi fungsi budaya organisasi menjadi empat, yaitu: 1) memberikan identitas organisasi kepada karyawannya, 2) memudahkan komitmen kolektif, 3) mempromosikan stabilitas sistem sosial, 4) membentuk perilaku dengan membantu manajer merasakan keberadaannya.

2.3.4 Faktor yang Mempengaruhi Pendokumentasian dan Budaya Organisasi dapat Dijelaskan Sebagai Berikut (Gibson, 1999; Robbins, 2001 dan Davis, 1995).

1. Usia

Berkaitan erat dengan tingkat kedewasaan atau maturitas perawat. Tingkat kedewasaan adalah tingkat kedewasaan teknis yang dikaitkan dengan pelaksanaan tugas-tugas teknis, dan kedewasaan psikologis. Batasan usia dewasa menurut Allender, dan Spradley, (2004) yaitu tahap usia dewasa terdiri dari dewasa muda (18 sampai 35 tahun) dan dewasa pertengahan (36 sampai 65 tahun). Sedangkan menurut WHO batasan usia dewasa terdiri dari dewasa muda 18-35 tahun, dewasa menengah >35-60 tahun, dan dewasa akhir >60 tahun. Menurut Siagian (1995) menjelaskan, semakin lama seseorang bekerja/berkarya kedewasaan teknisnya semakin meningkat, demikian pula psikologisnya, semakin lanjut usia seseorang diharapkan

semakin mampu menunjukkan kematangan jiwanya.

Secara fisiologi pertumbuhan dan perkembangan seseorang dapat digambarkan dengan pertambahan umur. Peningkatan umur diharapkan terjadi pertambahan kemampuan motorik sesuai dengan tumbuh kembangnya, akan tetapi pertumbuhan dan perkembangan seseorang pada titik tertentu akan terjadi kemunduran akibat faktor degeneratif. (Suhaeni, 2005). Menurut Sumarliyo bahwa usia lanjut umumnya lebih bertanggung jawab dan lebih teliti dibanding dengan usia muda, hal ini terjadi kemungkinan usia yang lebih muda kurang berpengalaman, berbeda dengan hasil yang dimiliki dalam memberikan pelayanan dibanding dengan perawat yang baru (Umar, 2001).

2. Jenis kelamin

Banyak faktor yang mempengaruhi terjadinya peningkatan peran wanita, seperti emansipasi dan meningkatnya pendidikan kaum wanita. Secara sosial budaya, pegawai wanita yang berumah tangga akan memiliki tugas tambahan, hal ini dapat menyebabkan kemangkiran yang lebih sering dibandingkan dengan pegawai laki-laki (Siagian, 1999). Namun selanjutnya Siagian menjelaskan bahwa tidak ada bukti ilmiah yang menunjukan bahwa ada perbedaan-perbedaan nyata antara laki-laki dan wanita dalam berbagai segi kehidupan organisasional. Demikian pula dengan penelitian Quins (1974) dalam Robbins (1996) yang menyatakan tidak ada perbedaan produktifitas kerja yang bermakna antara laki-laki dan wanita.

Sebahagian besar perawat adalah wanita. Kemungkinan adanya perbedaan kinerja perawat wanita dan laki-laki berkaitan dengan ciri fisik, karakter, dan sifat yang berbeda (Robbins, 1996).

3. Pendidikan

Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang berpendidikan tinggi akan lebih rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam usaha pembaharuan (Jonetje, 2006). Gilmer dalam frazer (1992 dalam Jonetje, 2006) mengatakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang berfikir secara luas, makin tinggi daya inisiatifnya dan makin mudah pula untuk menemukan cara-cara yang efisien guna menyelesaikan pekerjaannya dengan baik. (Jonetje, 2006).

Menurut Kreitner dan Kinicki (2003), semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan mempengaruhi pola pikir yang nantinya berdampak pada tingkat kepuasan kerja. Pendapat lain juga yang dikemukakan oleh Wexley dan Yuki (2003), bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, maka tuntutan-tuntutan terhadap aspek-aspek kepuasan kerja di tempat kerjanya akan semakin meningkat (Setiawan, 2007). Menurut Siagian (1999) pendidikan terdiri dari:

- a. Pendidikan formal, merupakan suatu usaha yang dilakukan secara sadar untuk mengembangkan kepribadian, kemampuan, baik didalam maupun diluar sekolah yang berlangsung seumur hidup (GBHN, 1983). Pendidikan akan menumbuhkan dan membina keterampilan

profesional perawat yang mencakup kemampuan intelektual, interpersonal, dan tehnikal (Husin, 1993). Makin tinggi pendidikan yang dicapai seseorang, makin besar keinginan untuk memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan (Siagian, 1999). Pendidikan merupakan suatu metode untuk mempersepsi sesuatu secara objektif, sehingga seseorang yang memiliki banyak pengetahuan akan memanfaatkan pengetahuan dan keterampilan untuk mempersepsikan suatu stimulus secara lebih objektif dibandingkan dengan orang yang pengetahuannya kurang (Siagian, 1999).

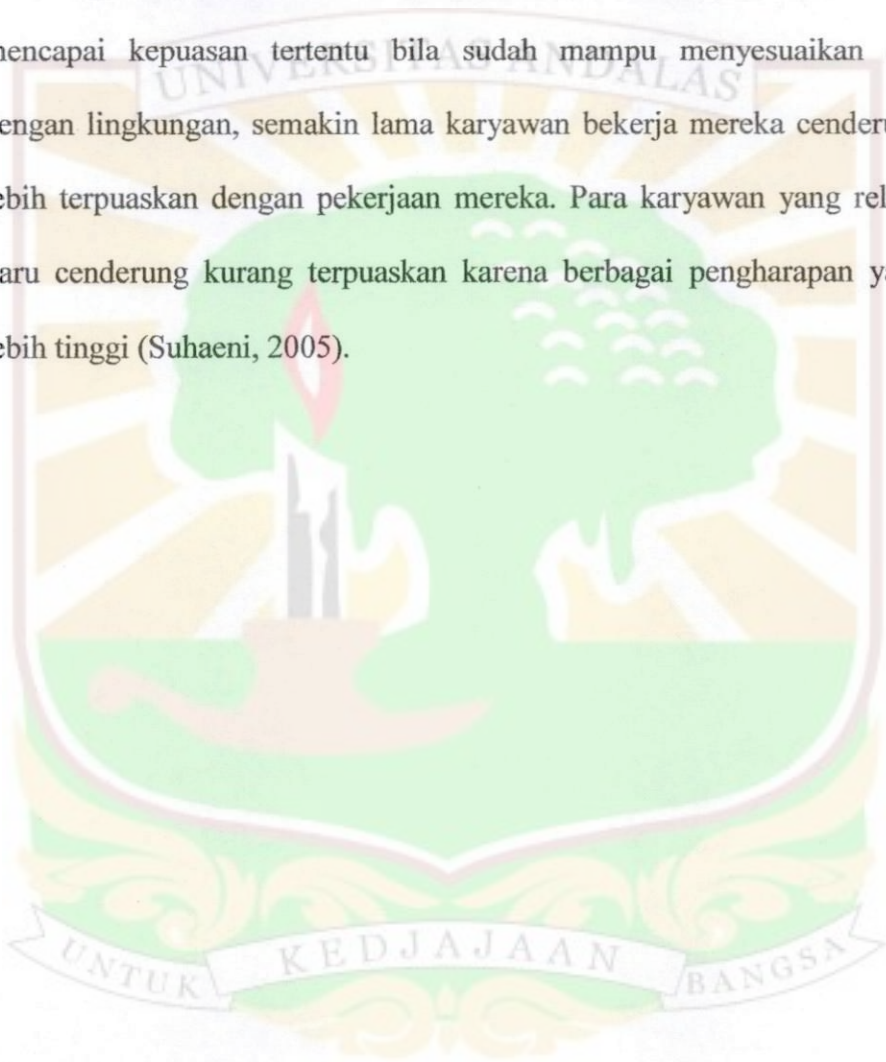
- b. Pendidikan informal. Adalah suatu proses guna menghasilkan suatu perubahan, yang berupa peningkatan kemampuan kognitif, afektif, dan psikomotor. Pendidikan tambahan menjembatani kesenjangan antara kemampuan dengan tuntutan tugas dalam mencapai tujuan pekerjaan.

Pendidikan tambahan biasanya diberikan kepada karyawan yang telah lama bekerja dan dinilai mampu (Husin, 1993). Semakin kecil kesenjangan antara kemampuan dengan tuntutan tugas, semakin mungkin seseorang menyelesaikan suatu pekerjaan dengan baik. Kemungkinan meraih suatu keberhasilan dalam pekerjaan akan memotivasi seseorang untuk bekerja (Robbins, 2008).

4. Masa kerja

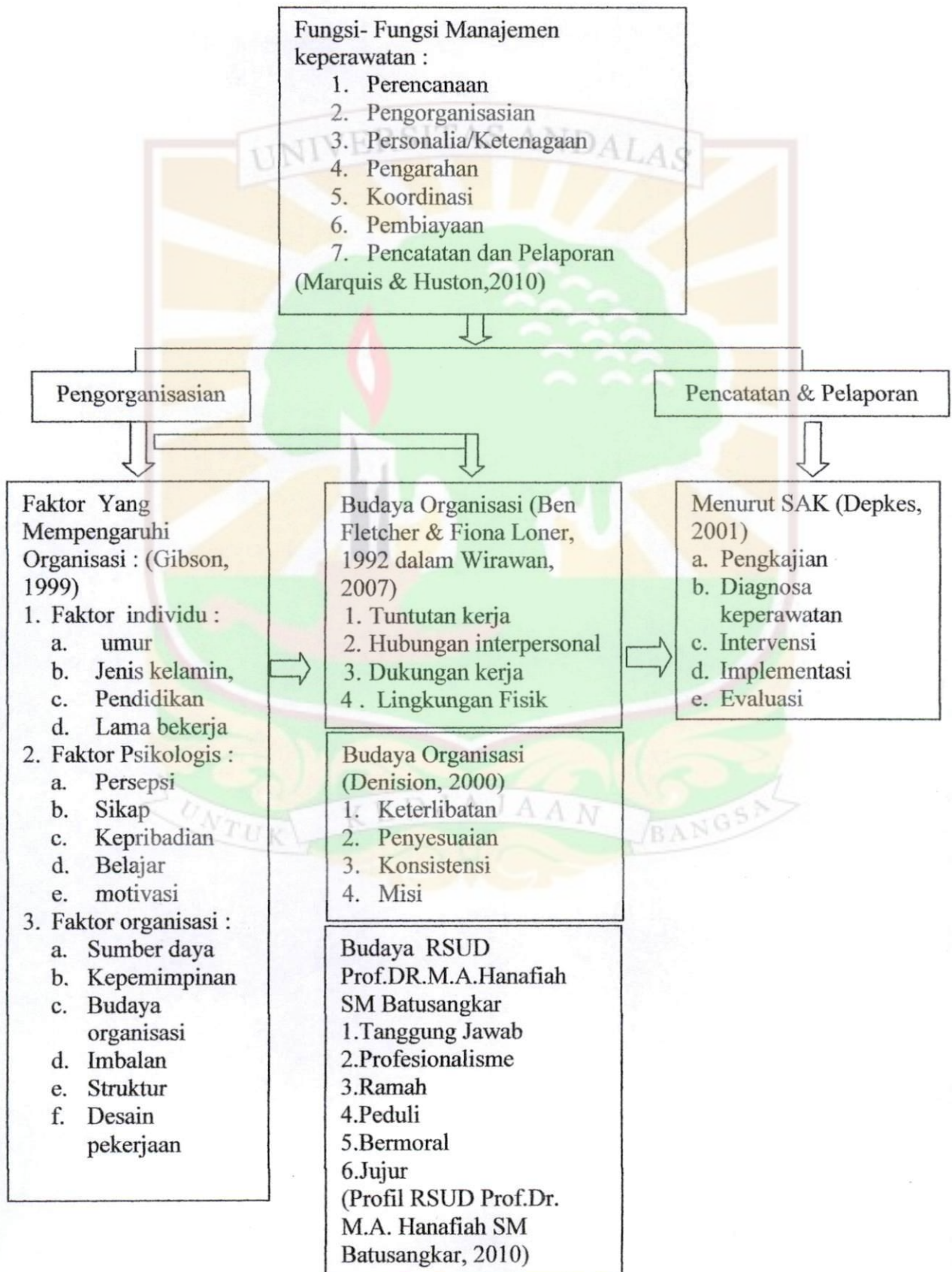
Lama kerja turut menentukan bagaimana perawat menjalankan fungsinya sehari-hari. Makin lama seseorang bekerja maka makin terampil dan

berpengalaman melaksanakan pekerjaan (Siagian, 1999). Robin (1995) menyatakan kualitas kerja yang dihasilkan dari keterampilan melaksanakan tugas sangat tergantung pada individu sendiri. Terdapat hubungan yang positif antara masa kerja dengan produktivitas pekerjaan dan kepuasan kerja (Robbins, 2001). Seseorang akan mencapai kepuasan tertentu bila sudah mampu menyesuaikan diri dengan lingkungan, semakin lama karyawan bekerja mereka cenderung lebih terpuaskan dengan pekerjaan mereka. Para karyawan yang relatif baru cenderung kurang terpuaskan karena berbagai pengharapan yang lebih tinggi (Suhaeni, 2005).



Berdasarkan pemaparan teori tersebut dapat diintegrasikan ke dalam kerangka teori sebagai berikut :

Skema 2.1 Kerangka Teori



BAB III

KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL

Bab ini menjelaskan kerangka konsep penelitian, hipotesis penelitian yang ditegakkan dan definisi operasional setiap variabel. Kerangka konsep penelitian merupakan reduksi dari kerangka pikir penelitian yang dikembangkan terhadap fenomena yang diteliti.

3.1 Kerangka Konsep

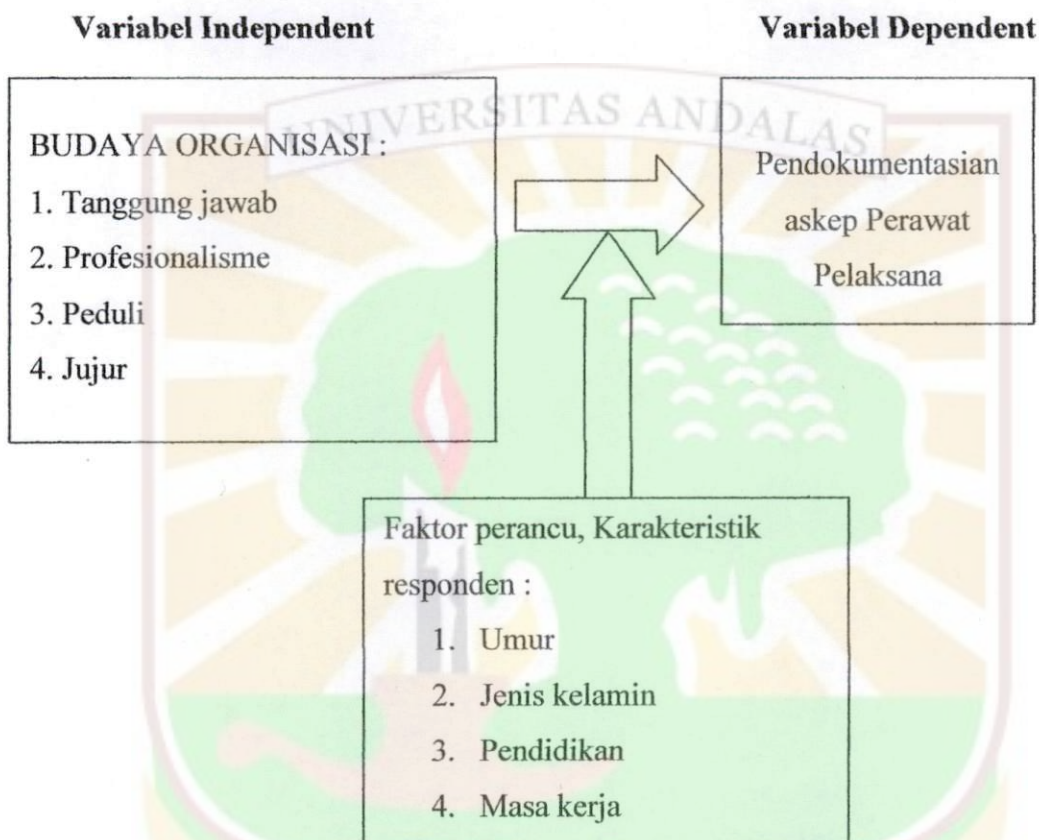
Kerangka konsep adalah struktur abstrak dan logis tentang pengertian yang menuntun pengembangan studi dan memungkinkan peneliti untuk menghubungkan penemuan dengan kumpulan/tubuh pengetahuan keperawatan (Burns & Grove, 2005). Kerangka konsep akan menggambarkan hubungan variabel-variabel peneliti yang akan diteliti. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar.

Pada penelitian ini komponen pendokumentasian yang diukur adalah pendokumentasian sesuai SAK menurut Depkes, (2001). Budaya organisasi dalam penelitian ini, yang diidentifikasi sebagai variabel independen, dikembangkan berdasarkan nilai-nilai dasar yang ditetapkan RSUD Prof. Dr. MA. Hanafiah SM Batusangkar (Profil. *RSUD Prof. Dr.*

M.A. Hanafiah SM) yakni: tanggung jawab, profesionalisme, peduli, jujur.

dapat dilihat pada skema 3.1 di halaman berikut :

Skema 3.1
Kerangka Konsep



3.2 Hipotesis

Hipotesis adalah jawaban dari suatu penelitian. Hasil suatu penelitian pada hakikatnya adalah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan, jadi hipotesis di dalam penelitian berarti jawaban sementara penelitian, patokan, dugaan, atau dalil sementara (Hastono, 2007). Hipotesis menunjukkan hubungan antara dua variabel atau lebih.

Hipotesis dari penelitian ini terdiri dari hipotesis mayor dan minor.

1. Hipotesis Mayor

Ada hubungan antara budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar tahun 2013.

2. Hipotesis Minor

- a. Ada hubungan antara budaya organisasi tanggung jawab, dengan pendokumentasian askep perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar.
- b. Ada hubungan antara budaya organisasi profesionalisme dengan pendokumentasian askep perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar.
- c. Ada hubungan antara budaya organisasi peduli dengan pendokumentasian askep perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar.
- d. Ada hubungan antara budaya organisasi, jujur dengan pendokumentasian askep perawat pelaksana di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar.

3.3 Definisi Operasional

Tabel 3.2
Definisi Operasional

Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Hasil	Skala
Variabel perancu: Umur	lama hidup perawat pelaksana mulai dalam tahun sejak lahir sampai ulang tahun terakhir	Mengisi kuisiomer dengan isian terbuka, Umur/usia dlm tahun	1=Dewasa muda: 18-35 tahun 2=Dewasa menengah: >35- 60 tahun	Interval
Jenis kelamin	Ciri biologis yang dimiliki oleh perawat pelaksana dan dibedakan menjadi laki-laki dan perempuan	Memilih pilihan jawaban pada kuisiomer	1=laki-laki 2=Perempuan	Nominal
Pendidikan	Jenjang pendidikan formal dalam keperawatan berdasarkan pendidikan terakhir	Memilih pilihan jawaban pada kuisiomer	1. Vokasional : SPK, D3 2. Profesional : Ners	Ordinal
Masa kerja	Lama bekerja dalam tahun dimulai perawat pelaksana bekerja di RSUD Prof.DR.MA. Hanafiah SM Batusangkar sampai dilakukan penelitian sekarang	Kuisiomer/ Isian	1= < : 5 2= ≥ : 5	Interval
Variabel Independent: Budaya Organisasi : tanggung jawab RSUD Prof.DR.MA. Hanafiah SM Batusangkar	Pesepsi perawat pelaksana terhadap sikap tanggung jawab dalam pendokumentasian asuhan keperawatan	Kuesiomer B., Diukur dengan menggunakan skala likert : Pertanyaan Positif 4= selalu 3= sering 2= kadang-kadang 1= tidak pernah	1. Kurang : < median: 13,8 2. Baik : ≥ median : 13,8	Ordinal

		Pertanyaan Negatif: 1= selalu 2= sering 3= kadang-kadang 4= tidak pernah		
Variabel Independent: Budaya Organisasi : profesional RSUD Prof.DR.MA. Hanafiah SM Batusangkar	Pesepsi perawat pelaksana terhadap sikap professional dalam pendokumentasian asuhan keperawatan	Kuesioner B., Diukur dengan menggunakan skala likert : Pertanyaan Positif 4= selalu 3= sering 2= kadang-kadang 1= tidak pernah Pertanyaan Negatif: 1= selalu 2= sering 3= kadang-kadang 4= tidak pernah	1. Kurang : < median : 21,3 2. Baik, : ≥ median : 21,3	Ordinal
Variabel Independent: Budaya Organisasi : peduli RSUD Prof.DR.MA. Hanafiah SM Batusangkar	Pesepsi perawat pelaksana terhadap sikap peduli dalam pendokumentasian asuhan keperawatan	Kuesioner B., Diukur dengan menggunakan skala likert : Pertanyaan Positif 4= selalu 3= sering 2= kadang-kadang 1= tidak pernah Pertanyaan Negatif: 1= selalu 2= sering 3= kadang-kadang 4= tidak pernah	1. Kurang : < median : 21,9 2. Baik, : ≥ median: 21,9	Ordinal
Variabel Independent: Budaya Organisasi : jujur RSUD Prof.DR.MA. Hanafiah SM Batusangkar	Pesepsi perawat pelaksana terhadap sikap jujur dalam pendokumentasian asuhan keperawatan	Kuesioner B., Diukur dengan menggunakan skala likert : Pertanyaan Positif 4= selalu 3= sering 2= kadang-kadang 1= tidak pernah Pertanyaan Negatif: 1= selalu 2= sering 3= kadang-kadang 4= tidak pernah	1. Kurang : < median : 21,0 2. Baik, : ≥ media : 21,0	Ordinal

Variabel Dependent: Pendokumenta- sian Perawat Pelaksana	Pencapaian hasil kerja dalam pendokumentasian askep perawat pelaksana yang terdiri dari : Sesuai dengan SAK (Depkes, 2001)	Studi dokumentasi Menggunakan daftar tilik	1 = Kurang : < 80% 2 = Baik : $\geq$ 80% (Depkes, 2001)	Ordinal
--	---	--	---	---------



BAB IV

METODOLOGI PENELITIAN

Bab ini membahas tentang desain penelitian, populasi dan sampel penelitian, tempat penelitian, waktu penelitian, etika penelitian, alat pengumpulan data, prosedur pengumpulan data dan rencana analisis data dan hipotesis penelitian.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian yang dilakukan dengan menggunakan metode deskriptif korelasi untuk mencari hubungan antara budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan (Arikunto, 2009). Variabel independen dalam penelitian ini adalah budaya organisasi dengan sub variabel (tanggung jawab, profesionalisme, peduli, jujur), sedangkan variabel dependennya adalah pendokumentasian askep perawat pelaksana. Penelitian ini menggunakan pendekatan *cross sectional* yaitu dilakukan pengambilan sampel dalam waktu bersamaan (Sugiono, 2000).

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi

Populasi adalah keseluruhan dari subjek penelitian (Arikunto, 2002). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar. berjumlah 144 orang.

4.2.2 Sampel

Sampel adalah sebagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Prosedur pengambilan sampel disetiap ruangan dilakukan dengan menggunakan total sampel yaitu semua perawat pelaksana di ruangan rawat inap RSUD Prof DR. M.A. Hanafiah SM Batusangkar (Arikunto, 2006). Sampel yang diambil berdasarkan kriteria atau syarat sebagai berikut:

- a. Bekerja sebagai perawat pelaksana
- b. Tidak dalam kondisi sakit
- c. Tidak dalam keadaan cuti
- d. Bersedia menjadi responden

Adapun sampel minimal menurut Notoadmodjo (2005) menyatakan besarnya sampel yang akan diambil dari populasi dalam penelitian dapat dilakukan dengan menggunakan rumus perhitungan sampel berikut ini yaitu :

$$n = \frac{N}{1 + N(d^2)}$$

Keterangan :

n = jumlah sampel

d = Penyimpangan terhadap populasi atau derajat ketepatan yang diinginkan, umumnya yang dipakai adalah 0,05 atau 5%.

N = Besarnya populasi yang akan diteliti

$$n = \frac{144}{1 + 144(0,05^2)} = 105,8 = \text{dibulatkan } 106 \text{ sampel}$$

Berdasarkan perhitungan besaran sampel yang diambil maka sampel pada penelitian ini bisa diambil dari keseluruhan populasi karena telah memenuhi syarat besaran sampel minimal, setelah dikurangi ketidak ikut sertaan dengan berbagai alasan, total sampel menjadi 120 responden

4.3 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar. Penentuan RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar dipilih sebagai tempat penelitian yaitu karena rumah sakit tersebut merupakan satu-satunya rumah sakit umum daerah yang ada di kota Batusangkar yang akan memberikan pelayanan yang berkualitas dan merupakan tempat praktek mahasiswa dalam mengaplikasikan ilmunya serta Rumah sakit yang sedang mempersiapkan Akreditasi 2012 yang terbaru. Rumah sakit tersebut juga sedang mengembangkan mutu pelayanannya diantaranya melalui nilai-nilai budaya organisasi. Selain itu rumah sakit tersebut belum pernah dilakukan penelitian tentang hubungan budaya organisasi dengan pendokumentasian askep.

4.4 Waktu Penelitian

Penelitian dilaksanakan mulai pembuatan proposal sampai pengumpulan tesis pada bulan Mei-juni 2013 di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar.

4.5 Etika Penelitian

Penelitian ini menggunakan pertimbangan etik. Pertimbangan etik yang digunakan untuk mencegah munculnya masalah etik selama penelitian berlangsung, maka peneliti berupaya untuk mengantisipasi dan mengatasinya. Kemungkinan resiko atau dampak dalam penelitian ini adalah informan merasa terpaksa dalam berkontribusi dalam penelitian, merasa privasi terganggu, malu dan informasi-informasi yang diberikan berasal dari diri responden diketahui orang lain dan kenyamanan terganggu.

Peneliti dalam melaksanakan seluruh kegiatan penelitian harus memegang teguh sikap ilmiah (*scientific attitude*) serta menggunakan prinsip-prinsip etika penelitian. Meskipun intervensi yang dilakukan dalam penelitian tidak memiliki risiko yang dapat merugikan atau membahayakan subyek penelitian, namun peneliti perlu mempertimbangkan aspek sosioetika dan menjunjung tinggi harkat dan martabat kemanusiaan (Jacob, 2004).

1. Aplikasi prinsip dasar etik penelitian kesehatan

Penelitian ini dilakukan dengan memperhatikan prinsip-prinsip dasar etika penelitian menurut komisi nasional etik penelitian kesehatan, (2005), Burn & Grove, (2009 sebagai berikut :

a. Menghargai harkat dan martabat manusia

1) *Self Determination* (keberatan/ mengundurkan diri)

Selama proses penelitian responden bisa mengajukan keberatan dan mengundurkan diri untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Aplikasi prinsip dasar etik saat penelitian ini peneliti memberikan kebebasan kepada responden untuk menentukan keikutsertaan

berpartisipasi dalam penelitian. Tidak ada responden yang mengajukan keberatan dan mengundurkan diri untuk berpartisipasi dalam penelitian ini, hanya ada beberapa responden yang meminta diberikan waktu yang lebih dari yang peneliti targetkan dalam pengisian kuesioner dengan alasan kesibukan dalam melaksanakan pekerjaan rutin di ruangan, sehingga dalam pengumpulan data peneliti selalu datang pada setiap shift dinas : pagi, sore dan malam, sehingga semua kuesioner sebanyak 120 responden perawat pelaksana dapat terkumpul.

2) *Confidentiality* (Kerahasiaan),

Yaitu informasi yang telah dikumpulkan dari responden dijamin kerahasiaan oleh peneliti. Responden diberikan jaminan bahwa data yang diberikan tidak akan berdampak terhadap karir dan pekerjaan. Data yang sudah diperoleh oleh peneliti disimpan dan dipergunakan hanya untuk pelaporan penelitian ini.

Aplikasi saat penelitian ini peneliti sebelumnya memberikan informasi secara jelas tentang penelitian. Responden diberikan kesempatan untuk membaca penjelasan penelitian dan lembar persetujuan. Informasi yang diberikan sebelum persetujuan berisi tentang maksud dan tujuan peneliti, manfaat penelitian, waktu yang diperlukan untuk penelitian dan tidak ada pengaruh terhadap proses perawatan. Responden dijelaskan secara detail tentang cara pengisian kuesioner dan isi kuesioner. Data yang diberikan responden tidak akan disebar luaskan dan hanya digunakan dalam

penelitian saja. Responden diberikan kebebasan untuk berpartisipasi atau tidak dalam penelitian dan tidak ada sangsi apapun. setelah diberi penjelasan kepada responden, responden nampak mengangguk, kemudian diberi kesempatan kepada responden untuk bertanya terkait penjelasan yang diberikan, responden mengatakan dapat mengerti tentang penelitian yang dilakukan selanjutnya responden diminta untuk menandatangani lembar persetujuan.

3) *Anominity* (Tanpa nama),

Yaitu responden tidak perlu mengisi identitas diri (tidak mencantumkan nama responden dengan tujuan untuk menjaga kerahasiaan responden.

Aplikasi pada prinsip ini adalah menjelaskan kepada responden bahwa tidak perlu mencantumkan identitas diri. Peneliti tidak menampilkan informasi baik nama, alamat, maupun asal responden pada kuesioner maupun alat ukur apapun. Peneliti memberikan nomor kode pada kuesioner. Informasi yang didapat dari responden dijaga kerahasiaannya dan tidak disebarluaskan oleh peneliti kepada orang lain yang tidak berhak.

b. Memperhatikan kesejahteraan responden

1) *Informed Conccent* (lembar persetujuan menjadi responden)

Sebelum lembar persetujuan diberikan pada subyek penelitian, peneliti menjelaskan maskud dan tujuan penelitian yang akan dilakukan serta manfaat yang dilakukannya penelitian. Setelah diberikan penjelasan, lembar persetujuan diberikan kepada subyek

penelitian. Jika subyek penelitian bersedia diteliti maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, namun jika subyek penelitian menolak untuk diteliti maka mereka harus menandatangani lembar persetujuan, namun jika subyek penelitian menolak untuk diteliti maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati haknya.

Aplikasi saat penelitian ini peneliti memberikan penjelasan secara jelas tentang maksud dan tujuan penelitian, partisipasi responden secara sukarela, manfaat penelitian dan dampak penelitian kepada responden. Bila responden menyetujui maka peneliti memberikan surat persetujuan sebagai responden untuk ditandatangani oleh responden. Namun bila responden tidak setuju, maka peneliti tetap menghormati hak menolak sebagai responden.

a) *Free from harm* (Bebas dari bahaya)

Responden pada penelitian harus dilindungi dari dampak buruk fisik maupun emosi. Orang seharusnya tidak dipaksa dengan cara apapun juga untuk ikut dalam suatu penelitian. Setiap individu diijinkan untuk menolak untuk mengikuti suatu penelitian

b) *Free from discomfort* (Bebas dari ketidaknyamanan)

Selama pengambilan data peneliti berusaha menjaga kenyamanan responden dengan melakukan wawancara ditempat yang diinginkan responden dan waktu yang ditentukan oleh responden. Sebelum wawancara peneliti meminta persetujuan kepada responden setelah dijelaskan tujuannya terlebih dahulu.

c) *Free from exploitation* (bebas dari eksploitasi)

Responden penelitian perlu diyakinkan bahwa partisipasi mereka, atau informasi yang mereka berikan kepada peneliti tidak akan digunakan untuk melawan atau merugikan mereka.

c. Keadilan

1) Perlakuan yang adil

Selain peneliti utama, tidak ada kesempatan bagi orang lain untuk dapat menghubungkan antara hasil penelitian dengan responden penelitian. Semua kegiatan yang berhubungan dengan responden harus meminta ijin kepada responden.

2) *Privacy*, (pribadi)

Identitas responden tidak diketahui oleh orang lain dan mungkin oleh peneliti sendiri sehingga responden dapat secara bebas untuk menentukan pilihan jawaban dari kuesioner tanpa takut di intimidasi oleh pihak lain termasuk oleh atasan. Penelitian ini tidak berdampak terhadap diri responden baik secara langsung maupun tidak langsung.

Responden mempunyai hak untuk dihargai terhadap apa yang ia rahasiakan dan kerjakan. Responden berhak secara bebas menentukan pilihan jawaban kuesioner tanpa takut diintimidasi. Peneliti berusaha merahasiakan apa yang didapatkan dari responden dan tidak mempunyai hak untuk menyebar luaskan. Identitas responden tidak diketahui oleh orang lain. Kuesioner yang sudah diisi oleh responden dijaga kerahasiaannya dengan cara memasukan

pada amplop yang tertutup dan yang berhak membuka hanya peneliti.

Responden diberikan jaminan bahwa data yang didapatkan akan dijamin kerahasiaannya dan tidak berdampak terhadap karier responden. Data yang sudah didapatkan disimpan dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian.

4.6 Alat Pengumpul Data

Alat pengumpul data pada penelitian ini menggunakan kuesioner sebagai alat pengumpulan data primer, disusun oleh peneliti berdasarkan tinjauan pustaka

1. Instrumen A karakteristik perawat

Pengukuran karakteristik perawat berdasarkan pendapat Ilyas (2006) yaitu terdiri dari umur, jenis kelamin, pendidikan, masa kerja. data ini merupakan data primer yang diambil melalui kuisisioner isian terbuka, sehingga responden bebas untuk menjawab pertanyaan dalam kuisisioner.

2. Instrumen B budaya organisasi

Instrumen budaya organisasi dalam penelitian ini dikembangkan oleh peneliti berdasarkan profil RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar tanggung jawab, profesionalisme, peduli, jujur. Adapun kuisisioner budaya organisasi dibuat dalam bentuk pernyataan positif dan negatif. Pengukuran menggunakan skala likert dengan 4 (empat) kriteria yang mempunyai interval sama, nilai 1 = tidak pernah, 2 = kadang-kadang, 3 = sering, dan 4 = selalu. Total nilai: 20-80.

3. Instrumen C. Pendokumentasian aspek perawat pelaksana

Pengukuran kinerja perawat pelaksana dalam penelitian ini dikembangkan berdasarkan pendokumentasian aspek perawat pelaksana menurut SAK, (Depkes, 2001). untuk pendokumentasi menggunakan studi dokumentasi, lihat format studi dokumentasi di lampiran SAK (Depkes 2001).

Uji coba dilakukan bertujuan untuk mendapatkan data yang akurat dan obyektif (Hastono, 2007). Uji coba dilakukan di RSUD Sawah Lunto dengan 30 responden perawat pelaksana yang memiliki karakteristik hampir sama dengan sampel dalam penelitian ini. Responden yang diambil adalah responden yang tidak termasuk kedalam sample pada penelitian ini.

a. Uji Validitas

Validitas adalah suatu ukuran yang menunjukkan tingkat-tingkat kevalidan atau kesahihan sesuatu instrument (Arikunto, 2002). Validitas berarti sejauh mana ketepatan suatu alat ukur dalam pengukuran suatu instrumen, artinya instrumen dikatakan valid bila instrumen tersebut mengukur apa yang seharusnya diukur (Dharma, 2011). Penelitian ini akan menggunakan tiga tipe validitas :

1) Validitas konstruk (*construct validity*)

Validitas konstruk adalah *validity* yang menggambarkan seberapa jauh instrumen memiliki item-item pertanyaan yang dilandasi konstruk tertentu. Validitas ini menunjukkan bahwa instrumen disusun berdasarkan aspek-aspek yang akan diukur dengan berdasarkan teori tertentu, selanjutnya instrumen ini dikonsulkan kepada ahli. Setelah itu

dilakukan uji coba instrumen pada sampel dari mana populasi diambil. Instrumen yang sudah memiliki validitas konstruk mampu membedakan nilai/hasil pengukuran antara satu individu dengan lainnya (Dharma, 2011). Uji validitas suatu instrumen penelitian dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Bila $r \text{ hitung} > r \text{ tabel}$, artinya variabel valid, bila $r \text{ hitung} < r \text{ tabel}$, artinya variabel tidak valid (Hastona, 2007).

2) Validitas isi (*content validity*)

Validitas isi menunjukkan kemampuan item pertanyaan dalam instrumen mewakili semua unsur dimensi konsep yang sedang diteliti. Validitas isi suatu instrumen ditentukan dengan meminta pendapat pakar dibidang yang diteliti. Pakar diminta menelaah instrumen dan menentukan apakah seluruh item pertanyaan telah mencakup isi/content dari suatu konsep yang diteliti. Konsep yang diukur dari instrumen adalah isi yang tepat, komprehensif, logis, konsisten, dan dimengerti oleh responden (Dharma, 2011).

3) Validitas rupa (*face validity*)

Validitas rupa menunjukkan apakah instrumen peneliti dari segi penampilan dan bentuknya nampak mengukur apa yang ingin diukur (Dharma, 2011). Uji validitas instrumen untuk mengetahui nilai koefisien setiap butir pertanyaan dengan menggunakan rumus *Pearson Product Moment* :

$$r \text{ hitung} = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{((n\sum x^2 - (\sum x)^2)(n\sum y^2 - (\sum y)^2))}}$$

Keterangan :

r hitung = Koefisien korelasi

$\sum xy$ = Jumlah perkalian antara variabel x dan y

$\sum x^2$ = Jumlah dari kuadrat nilai X

$\sum y^2$ = Jumlah dari kuadrat nilai Y

$(\sum x)^2$ = Jumlah nilai X kemudian di kuadratkan

$(\sum y)^2$ = Jumlah nilai Y kemudian dikuadratkan

Selanjutnya untuk mengetahui indeks korelasi item butir soal

menggunakan rumus uji t :

$$t \text{ hitung} = \frac{r \sqrt{(n-2)}}{\sqrt{(1-r^2)}}$$

Keterangan :

t hitung = Nilai t hitung

r = Koefisien korelasi hasil r hitung

n = Jumlah responden

Namun uji validitas pada penelitian ini, peneliti menggunakan komputerisasi dengan menggunakan rumus *Pearson Product Moment* dengan interpretasi nilai $r > 0,8$.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2003). Reliabilitas menunjukkan sejauh mana tingkat konsistensi pengukuran dari suatu responden ke responden yang

lain atau dengan kata lain sejauh mana pertanyaan dapat dipahami sehingga tidak menyebabkan beda interpretasi dalam pemahaman pernyataan tersebut. Uji reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan terhadap instrument budaya organisasi. Pengujian dengan membandingkan nilai *Alpha Cronbach's* = 0.8 (Burn & Grove, 2005). *Alpha Chronbach* $\geq 0,8$ reliabel dan $< 0,8$ tidak reliabel. Jika tidak reliabel karena bahasa atau susunan kalimat diperbaiki, tapi jika isi atau konsep, maka tidak dipakai. Uji reliabilitas data pada penelitian ini menggunakan komputerisasi menggunakan rumus Spearman Bromn :

$$r_{11} = \frac{2 \cdot r_b}{1 + r_b}$$

Keterangan :

r_{11} = koefisien reliabilitas internal seluruh item

r_b = korelasi *product moment* antara belahan

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di ruang rawat inap RSUD Sawah Lunto. Rumah sakit tersebut dipilih karena mempunyai karakteristik responden perawat yang sama dengan yang ada di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar.

c. Hasil uji Validitas dan Reliabilitas

Berdasarkan uji validitas kuesioner budaya organisasi, yang dilakukan di

diperoleh alpha Cronbach's 0,930 yang berarti nilai alpha > nilai tabel, sehingga semua pertanyaan budaya organisasi reliabel. Enam pertanyaan yang tidak valid dikeluarkan dari instrumen pertanyaan, yaitu pertanyaan nomor 5, 6, 7, 13, 20 dan 27.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dimulai tahapan sebagai berikut :

1. Proposal yang dibuat oleh peneliti setelah diuji dan dinyatakan lulus dalam ujian proposal, kemudian peneliti mengajukan permohonan izin untuk melakukan penelitian kepada Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Pascasarjana Universitas Andalas.
2. Mengadakan permohonan izin penelitian kepada pihak direktur rumah sakit.
3. Setelah mendapatkan disposisi izin maka selanjutnya menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur penelitian kepada kepala ruangan yang membantu dalam proses pengumpulan data penelitian.
4. Setelah mendapatkan izin dan selesai presentasi dari rumah sakit maka peneliti menentukan responden. Responden perawat pelaksana sebanyak 120 perawat pelaksana sesuai kriteria inklusi untuk diberikan kuesioner karakteristik perawat pelaksana dan budaya organisasi pada sembilan ruang rawat inap. Setelah responden ditentukan dilanjutkan dengan menjelaskan tujuan penelitian dan prosedur penelitian serta mengajukan permohonan sebagai responden. Setelah responden perawat pelaksana menyatakan bersedia, selanjutnya diminta untuk menandatangani lembar

lain atau dengan kata lain sejauh mana pertanyaan dapat dipahami sehingga tidak menyebabkan beda interpretasi dalam pemahaman pernyataan tersebut. Uji reliabilitas dalam penelitian ini dilakukan terhadap instrument budaya organisasi. Pengujian dengan membandingkan nilai *Alpha Cronbach's* =0.8 (Burn & Grove, 2005). *Alpha Chronbach* $\geq 0,8$ reliabel dan $< 0,8$ tidak reliabel. Jika tidak reliabel karena bahasa atau susunan kalimat diperbaiki, tapi jika isi atau konsep, maka tidak dipakai. Uji reliabilitas data pada penelitian ini menggunakan komputerisasi menggunakan rumus Spearman Bromn :

$$r_{11} = \frac{2 \cdot r_b}{1 + r_b}$$

Keterangan :

r_{11} = koefisien reliabilitas internal seluruh item

r_b = korelasi *product moment* antara belahan

Uji validitas dan reliabilitas dilakukan di ruang rawat inap RSUD Sawah Lunto. Rumah sakit tersebut dipilih karena mempunyai karakteristik responden perawat yang sama dengan yang ada di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar.

c. Hasil uji Validitas dan Reliabilitas

Berdasarkan uji validitas kuesioner budaya organisasi, yang dilakukan di RSUD Sawahlunto dengan 30 responden dan dilakukan uji coba sebanyak 2 kali dengan hasil uji validitas dari 28 pertanyaan hanya 22 pertanyaan yang diperoleh nilai hitung antara 0,395 -0,851 diatas r tabel (0,361), artinya $r_{hitung} > r_{tabel}$ pada taraf bermakna 5%. Hasil uji reliabilitas

$$r \text{ hitung} = \frac{n(\sum xy) - (\sum x)(\sum y)}{\sqrt{((n\sum x^2 - (\sum x)^2)(n\sum y^2 - (\sum y)^2))}}$$

Keterangan :

$r \text{ hitung}$ = Koefisien korelasi

$\sum xy$ = Jumlah perkalian antara variabel x dan y

$\sum x^2$ = Jumlah dari kuadrat nilai X

$\sum y^2$ = Jumlah dari kuadrat nilai Y

$(\sum x)^2$ = Jumlah nilai X kemudian di kuadratkan

$(\sum y)^2$ = Jumlah nilai Y kemudian dikuadratkan

Selanjutnya untuk mengetahui indeks korelasi item butir soal menggunakan rumus uji t :

$$t \text{ hitung} = \frac{r \sqrt{(n-2)}}{\sqrt{(1-r^2)}}$$

Keterangan :

$t \text{ hitung}$ = Nilai t hitung

r = Koefisien korelasi hasil $r \text{ hitung}$

n = Jumlah responden

Namun uji validitas pada penelitian ini, peneliti menggunakan komputerisasi dengan menggunakan rumus *Pearson Product Moment* dengan interpretasi nilai $r > 0,8$.

b. Uji Reliabilitas

Reliabilitas adalah kesamaan hasil pengukuran atau pengamatan bila fakta atau kenyataan tadi diukur atau diamati berkali-kali dalam waktu yang berlainan (Nursalam, 2003). Reliabilitas menunjukkan sejauh mana tingkat konsistensi pengukuran dari suatu responden ke responden yang

dilakukan uji coba instrumen pada sampel dari mana populasi diambil. Instrumen yang sudah memiliki validitas konstruk mampu membedakan nilai/hasil pengukuran antara satu individu dengan lainnya (Dharma, 2011). Uji validitas suatu instrumen penelitian dilakukan dengan cara melakukan korelasi antar skor masing-masing variabel dengan skor variabel tersebut berkorelasi secara signifikan dengan skor totalnya. Bila $r_{hitung} > r_{tabel}$, artinya variabel valid, bila $r_{hitung} < r_{tabel}$, artinya variabel tidak valid (Hastona, 2007).

2) Validitas isi (*content validity*)

Validitas isi menunjukkan kemampuan item pertanyaan dalam instrumen mewakili semua unsur dimensi konsep yang sedang diteliti. Validitas isi suatu instrumen ditentukan dengan meminta pendapat pakar dibidang yang diteliti. Pakar diminta menelaah instrumen dan menentukan apakah seluruh item pertanyaan telah mencakup isi/content dari suatu konsep yang diteliti. Konsep yang diukur dari instrumen adalah isi yang tepat, komprehensif, logis, konsisten, dan dimengerti oleh responden (Dharma, 2011).

3) Validitas rupa (*face validity*)

Validitas rupa menunjukkan apakah instrumen peneliti dari segi penampilan dan bentuknya nampak mengukur apa yang ingin diukur (Dharma, 2011). Uji validitas instrumen untuk mengetahui nilai koefisien setiap butir pertanyaan dengan menggunakan rumus *Pearson Product Moment* :

persetujuan sebagai responden (*informed concern*). Bila responden menyatakan tidak bersedia, peneliti akan tetap menghargai keputusan responden.

5. Membagikan kuesioner untuk responden perawat pelaksana yang terdapat dalam amplop. Mempersilahkan responden untuk membuka amplop dan mengisi sendiri kuesioner yang diberikan sedangkan peneliti mendampingi selama 30-50 menit. Bila ada pertanyaan yang tidak dimengerti oleh responden, maka peneliti akan memberikan penjelasan kembali kepada responden. Bila ada responden tidak bersedia didampingi saat pengisian kuesioner, kuesioner peneliti tinggalkan dan kontrak waktu besok dijemput kembali.
6. Setelah kuesioner diisi lengkap oleh responden, kuesioner tersebut dimasukkan ke dalam amplop yang telah disediakan dan kemudian amplop yang berisi kuesioner dikembalikan ke peneliti. Peneliti mengecek kelengkapan pengisian kuesioner. Bila ada yang belum terisi maka peneliti mengembalikan kuesioner kepada responden untuk melengkapi pengisian kuesioner tersebut.

4.8 Pengolahan Data dan Analisa Data

4.8.1 Pengolahan Data

Setelah semua data dikumpulkan dengan baik kemudian diolah dengan langkah-langkah *editing, koding, processing, dan cleaning* (Hastono 2007) :

1. *Editing*

Kuesioner penelitian disebarkan sebanyak 144, yang kembali

sebanyak 128, dan yang dapat peneliti olah setelah seleksi 120. Pada tahap ini peneliti melakukan pengecekan terhadap jawaban kuesioner dan kelengkapan terhadap kuesioner yang telah diisinya yaitu : lengkap semua pertanyaan terisi jawabannya, jelas jawaban yang ditulis cukup jelas terbaca, relevan jawaban yang ditulis relevan dengan pertanyaan, konsisten antara beberapa pertanyaan yang berkaitan isi jawabannya.

2. Coding

Pada tahap ini peneliti melakukan kegiatan pemberian tanda, simbol kode bagi tiap-tiap data. Penelitian untuk variabel karakteristik responden untuk usia kodenya adalah dewasa muda 18-35 tahun, dewasa menengah >35-60 tahun, Jenis kelamin 1 = laki-laki, 2 = perempuan. Pendidikan 1=Vokasional (SPK, DI, DIIIKep/Keb), 2=Profesional, (Ners). Lama bekerja 1= < 5 median, 2= $\geq$ 5 median. Status kepegawaian 1=Non PNS, 2=PNS. Variabel pendokumentasian asuhan keperawatan pengkodeannya adalah 1= kurang, 2= baik. Variabel budaya organisasi pengkodeannya adalah 1= kurang baik, 2= baik.

3. Memproses Data

Tahap ini dilakukan kegiatan proses data terhadap semua kuesioner yang lengkap dan benar untuk dianalisis. Pengolahan data dilakukan dengan bantuan program komputer yang dimulai dengan data entry kedalam program komputer.

4. Pembersihan Data

Pada tahap ini peneliti melakukan pengecekan terhadap data yang

sudah di entry apakah ada kesalahan atau tidak. Cara yang dilakukan dalam pembersihan data yaitu mengetahui missing data dengan melakukan list (distribusi frekwensi) dari variabel penelitian yaitu karakteristik, mengetahui variasi data dengan mengeluarkan distribusi frekwensi dari masing-masing variabel pada penelitian ini dan mengetahui konsistensi data dengan menghubungkan dua variabel penelitian.

2.8.2 Analisis Data

1. Analisis univariat

Tujuan analisis univariat untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti (Hastono, 2007). Data yang dilakukan analisis univariat adalah data kategorik tidak ada data numerik. Sebelumnya usia yang awalnya dibagi tiga dewasa muda, dewasa menengah karena dikategorikan, menjadi dewasa muda dan dewasa menengah/akhir, sehingga data yang dikategorikan dalam penelitian ini yaitu: usia, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, budaya organisasi, dan pendokumentasian asuhan keperawatan. Data diolah dan dianalisis dengan frekwensi dan persentase masing-masing kelompok. Hasil ukur penelitian ditetapkan dengan menggunakan uji normalitas. Hasil uji normalitas pada masing-masing variabel penelitian ini adalah distribusi normal karena dilihat dari grafik histogram dan kurva normal, lanjut melihat nilai Skewness dan standar errornya, nilai Skewness dibagi standar errornya menghasilkan

angka < 2 , dan uji kolmogorov smirnov hasil uji bermakna p value $< 0,05$, Pada penelitian ini uji normalitasnya distribusi normal, sehingga peneliti menggunakan median dan mean

2. Analisis bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui apakah ada hubungan yang bermakna antara dua variabel, atau dapat juga digunakan untuk mengetahui apakah ada perbedaan yang bermakna antara dua kelompok atau lebih. Karena variabel dalam penelitian ini data kategorik maka digunakan kai kuadrat (*Chi Square*). Uji kai kuadrat (*Chi Square*) dilakukan untuk melihat ada tidaknya asosiasi antara dua variabel yang bersifat kategorik (Hastono & Sabri, 2009). Semua variabel penelitian kategorik yang terdiri dari: Budaya organisasi (tanggung jawab, professional, peduli, jujur), dan pendokumentasian asuhan keperawatan (pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi asuhan keperawatan). Analisis bivariat pada penelitian ini menggunakan komputerisasi, kemaknaan dilihat berdasarkan batas $\alpha = 0,05$, sehingga bila $p \leq$ maka disebut bermakna, dan jika $p > 0,05$ berarti tidak bermakna (Burns and Grove, 2009).

3. Analisis multivariat

Penelitian ini dilanjutkan dengan analisis multivariat. Tujuan analisis multivariat untuk melihat hubungan beberapa variabel (lebih dari satu variabel) independen dengan satu atau beberapa variabel dependen (Hastono, 2007). Analisis multivariat yang akan

dilakukan pada penelitian ini bertujuan untuk menganalisis hubungan variabel independen (budaya organisasi) yang paling berhubungan dengan variabel dependen (pendokumentasian asuhan keperawatan) dengan melihat nilai $p \leq 0,25$.

Analisis statistik yang akan digunakan yaitu regresi logistik. Analisis regresi logistik merupakan suatu model matematis yang dapat digunakan untuk mengetahui bentuk hubungan satu atau beberapa variabel independen dengan sebuah variabel dependen kategori yang bersifat dikotom atau binary (Luknis & Hastono, 2009). Penelitian analisis regresi logistik dilakukan untuk melihat apakah variabel budaya organisasi : tanggung jawab, professional, peduli dan jujur serta faktor perancu yaitu karakteristik pasien yang mempengaruhi meliputi: usia, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, sebagai faktor yang dominan dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Adapun tahap analisis pemodelan regresi logistik adalah sebagai berikut :

- a. Melakukan analisis bivariat, kemudian melakukan seleksi variabel-variabel yang mempunyai nilai $\alpha < 0,25$ masuk kepemodelan multivariat.
- b. Melakukan pemodelan variabel utama yang nilai tertinggi besar dari 0,05 dikeluarkan satu persatu, selisih OR antara pertama dengan kedua $>10\%$ variabel tersebut masuk kembali kepemodelan.
- c. Setelah variabel utama terakhir dari pemodelan lalu dicari variabel yang dominan, kemudian baru uji *confounding* selanjutnya, sebelum

pemodelan terakhir.

- d. Penilaian terakhir keluar variabel yang paling dominan OR yang tertinggi setelah dikontrol dengan variabel konfounding.

Tabel 4.3
Uji Statistik Setiap Variabel

Variabel		Analisis			
Dependent	Independent	Perancu	Univariat	Bivariat	Multivariat
		Karakteristik Individu:			
		1. Umur			
		2. Jenis kelamin			
		3. Pendidikan			
		4. Lama bekerja			
	Budaya Organisasi: Tanggung Jawab, Profesionalisme, Peduli, Jujur		Jumlah (%)		
Pendokumentasian askep sesuai SAK (2001)	Budaya Organisasi: Tanggung Jawab, Profesionalisme, Peduli, I Jujur		-	chi Square	-
Pendokumentasian askep sesuai SAK (2001)	Budaya Organisasi: Tanggung Jawab, Profesionalisme, Peduli, I Jujur		-	-	Regresi Logistik Ganda.

BAB V

HASIL PENELITIAN

Bab ini menguraikan mengenai hasil pengumpulan data yang dilakukan mulai tanggal 7 Mei 2013 sampai dengan tanggal 5 Juni 2013 dan hasil analisa data. Jumlah sampel pada penelitian ini adalah total populasi yaitu 144 perawat pelaksana di instalasi rawat inap RSUD Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar dan semua kuesioner kembali sebanyak 120 kuesioner. Diawali dengan analisis univariat untuk mengetahui nilai tengah, nilai rata-rata dan distribusi frekuensi setiap variabel. Analisis bivariat untuk mengetahui ada tidaknya hubungan antara variabel budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Analisis multivariat dilakukan untuk mengetahui variabel-variabel yang paling berhubungan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana setelah dikontrol variabel *confounding*.

5.1. Analisis Univariat

Analisis univariat dalam penelitian ini terdiri dari persepsi perawat tentang budaya organisasi meliputi tanggung jawab, professional, peduli dan jujur sebagai variabel independen serta pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana sebagai variabel dependen. Sedangkan karakteristik individu sebagai variabel *confounding* juga ditampilkan dalam analisis univariat ini.

5.1.1 Karakteristik Perawat Pelaksana di RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Batusangkar.

Karakteristik perawat pelaksana RSUD.Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar mencakup usia, jenis kelamin, pendidikan, lama bekerja, dapat dilihat pada tabel 5.1 :

Tabel 5.1
Distribusi Perawat Pelaksana Menurut Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Lama Kerja, di RSUD.Prof.Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar, Mei – Juni 2013
(n = 120)

Karakteristik Perawat Pelaksana	Jumlah	Persentase
Usia:		
1. Dewasa muda: 18 – 35 th	88	73,3
2. Dewasa menengah /akhir< 35 – 59 th	32	26,7
Total	120	100
Jenis kelamin:		
1. Laki - laki	7	5,8
2. Perempuan	113	94,2
Total	120	100
Pendidikan:		
1. Vokasional	111	92,5
2. Professional	9	7,5
Total	120	100
Lama bekerja:		
1. < 5th	45	37,5
2. ≥ 5th	75	62,5
Total	120	100

Berdasarkan tabel 5.1 didapatkan usia perawat pelaksana sebagian besar berada pada kategori dewasa muda 73,3%, dan sebagian besar berjenis kelamin perempuan 94,2%, berpendidikan sebagian besar vokasional 92,5%, dan masa bekerja lebih separoh 62,5% ≥5 tahun .

5.1.2 Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian perawat pelaksana RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM Batusangkar mencakup pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi dapat dilihat pada tabel 5.2

Tabel 5.2
Distribusi Pendokumentasian Perawat Pelaksana Menurut Pengkajian, Diagnosis, Perencanaan, Implementasi, Evaluasi dan Catatan Asuhan Keperawatan RSUD Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Batusangkar, Mei – Juni 2013 (n = 120)

No	Pendokumentasian	Jumlah	Persentase
1.	Pengkajian		
	Baik	87	72,5
	Kurang	33	27,5
	Total	120	100
2.	Diagnosis keperawatan		
	Baik	55	54,2
	Kurang	65	45,8
	Total	120	100
3.	Intervensi		
	Baik	67	55,8
	Kurang	53	44,2
	Total	120	100
4.	Implementasi		
	Baik	41	34,2
	Kurang	79	65,8
	Total	120	100
5.	Evaluasi		
	Baik	28	23,3
	Kurang	92	76,7
	Total	120	100
6.	Catatan asuhan keperawatan		
	Baik	63	52,5
	Kurang	57	47,5
	Total	120	100

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.2 tentang pendokumentasian asuhan keperawatan apabila dilihat dari komponen pendokumentasian diketahui bahwa sebagian besar 72,5% pengkajian baik, lebih dari separuh 54,2% diagnosis keperawatan kurang, lebih dari separuh 55,8 % intervensi baik, 65,8% implementasi kurang, 76.7% evaluasi kurang, dan 52,5% catatan asuhan keperawatan baik.

Tabel 5.3
Distribusi Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Perawat Pelaksana
Di RSUD Prof. Dr. M.A. Hanafiah SM
Batusangkar, Mei –Juni 2013 (n = 120)

No	Pendokumentasian	Jumlah	Persentase
1.	Pendokumentasian Asuhan Keperawatan		
	Baik	66	55
	Kurang	54	45
	Total	120	100

Berdasarkan hasil penelitian pada tabel 5.2 tentang total keseluruhan pendokumentasian asuhan keperawatan diketahui lebih separuh 55% pendokumentasian baik

5.1.3 Budaya Organisasi

Budaya organisasi di RSUD Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar mencakup tanggung jawab, profesionalisme, jujur dan peduli dapat dilihat pada tabel 5.4 :

Tabel 5.4
Distribusi Perawat Pelaksana Menurut Budaya Organisasi di RSUD
Prof.Dr.M.A.Hanafiah SM Batusangkar, Mei - Juni 2013
(n = 120)

No	Budaya Organisasi	Jumlah	Persentase
1.	Tanggung Jawab:		
	Baik	79	65,8
	Kurang baik	41	34,2
	Total	120	100
2.	Profesional :		
	Baik	80	66,7
	Kurang baik	40	33,3
	Total	120	100
3.	Peduli :		
	Baik	82	68,3
	Kurang baik	38	31,7
	Total	120	100
4.	Jujur :		
	Baik	82	68,3
	Kurang baik	38	31,7
	Total	120	100

Berdasarkan tabel 5.3 Komponen budaya lebih dari separuh tanggung jawab baik 65,8%, professional baik 66,7%, peduli baik 68,3% dan jujur baik 68,3%.

5.2 Analisis Bivariat

5.2.1 Hubungan Budaya Organisasi dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.

Hubungan budaya organisasi mencakup tanggung jawab, professional peduli, jujur dengan pendokumentasian asuhan keperawatan, yang hasilnya disajikan pada tabel 5.5

Tabel 5.5
Hubungan Budaya Organisasi Dengan Pendokumentasian
Asuhan Keperawatan di RSUD Prof. Dr.M.A Hanafiah SM
Batusangkar, Mei – Juni 2013 (n=120)

Variabel	Pendokumentasian				Total		<i>p</i> <i>value</i>	OR (95%CI)
	Baik		Kurang		N			
	n	%	n	%				
Tanggung Jawab								
Baik	51	64,6	28	35,4	79	100	0,004	3,157
Kurang baik	15	36,6	26	63,4	41	100		1,440;6,922
Profesional								
Baik	42	52,5	38	47,5	80	100	0,560	0,737
Kurang baik	24	60,0	16	40,0	40	100		0,341; 1,591
Peduli								
Baik	53	64,6	29	35,4	82	100	0,003	3,515
Kurang baik	13	34,2	25	65,8	38	100		1,565;7,891
Jujur								
Baik	42	51,2	40	48,8	82	100	0,243	0,613
Kurang baik	24	63,2	14	36,8	38	100		0,278; 1,348

Berdasarkan tabel 5.4 :

a. Hubungan budaya organisasi tanggung jawab dengan pendokumentasian asuhan keperawatan

Hasil tabel 5.4 menggambarkan tanggung jawab perawat baik melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sebanyak 64,6% dibandingkan dengan perawat yang memiliki tanggung jawab kurang baik 36,6%. Hasil uji *Chi square* diperoleh nilai $p < 0,05$ dengan OR 3,16 (CI 95% 1,440;6,922) dapat disimpulkan ada hubungan yang

bermakna antara tanggung jawab dengan pendokumentasian. Lebih lanjut menunjukkan perawat yang memiliki tanggung jawab baik memberikan pengaruh 3,16 kali dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan baik dibandingkan dengan perawat yang tanggung jawab kurang baik.

b. Hubungan budaya organisasi profesional dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil tabel 5.4 menunjukkan profesional perawat baik melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sebanyak 52,5% dibandingkan dengan perawat yang memiliki profesional kurang baik 47,8%. Hasil uji *Chi square* diperoleh nilai $p > 0,05$ dengan OR 0,737 (CI 95% 0,341;1,591) dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara professional dengan pendokumentasian.

c. Hubungan budaya organisasi Peduli dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan.

Hasil tabel 5.4 menunjukkan peduli perawat baik melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sebanyak 64,6% dibandingkan dengan perawat yang memiliki peduli kurang baik 35,4 %. Hasil uji *Chi square* diperoleh nilai $p < 0,05$ dengan OR 3,51 (CI 95% 1,565; 7,891) dapat disimpulkan ada hubungan yang bermakna antara peduli dengan pendokumentasian. Lebih lanjut menunjukkan perawat yang memiliki peduli baik memberikan pengaruh 3,51 kali dalam melakukan

pendokumentasian asuhan keperawatan baik dibandingkan dengan perawat yang peduli kurang baik.

d. Hubungan budaya organisasi jujur dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil tabel 5.4 menunjukkan jujur perawat baik melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sebanyak 51,2 % dibandingkan dengan perawat yang memiliki jujur kurang baik 63,2 %. Hasil uji *Chi square* diperoleh nilai $p > 0,05$ dengan OR 0,613 (CI 95% 0,278; 1,348) dapat disimpulkan tidak ada hubungan yang bermakna antara jujur dengan pendokumentasian.

5.3 Analisis Multivariat

Analisis multivariat faktor yang dominan berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

5.3.1 Pemilihan Variabel Kandidat Multivariat

Pemilihan kandidat untuk variabel multivariat dilakukan dengan menghubungkan semua variabel independen dan variabel *confounding* dengan menggunakan regresi logistik sederhana. Variabel yang diikuti dalam seleksi kandidat multivariat yaitu variabel dengan nilai $p < 0,25$ pada seleksi bivariat. maka variabel tersebut masuk ke dalam pemodelan multivariat dapat dilihat pada tabel 5.6

Tabel: 5.6
Hasil Seleksi Bivariat Variabel Independen dengan Variabel Dependen
di RSUD Prof. Dr.M.A Hanafiah SM Batusangkar, Mei – Juni 2013
(n=120)

Variabel	<i>p-value</i>
Tanggung Jawab	0,004
Profesional	0,560
Peduli	0,003
Jujur	0,243

*Ket: variabel *p-value* cetak tebal merupakan kandidat pemodelan multivariat.

Berdasarkan tabel 5.5 variabel-variabel yang dimasukkan ke analisis multivariat adalah tanggung jawab, peduli dan jujur variabel yang nilai $p < 0,25$ tersebut kemudian dilakukan analisis multivariate dan dilihat p terbesar dikeluarkan satu persatu.

5.3.2 Pemodelan Multivariat

Tabel 5.7
Hasil Uji Awal Regresi Logistik Hubungan Tanggung Jawab, peduli dan Jujur dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD
Prof. Dr. M.A Hanafiah SM Mei – Juni 2013
(n=120)

Variabel	B	Wald	<i>p value</i>	OR	95%CI
Tanggung Jawab	-1.062	5.502	0.019	0.346	0,142;0,840
Peduli	- 1.286	7.287	0.007	0.276	0,109;0,703
Jujur	1.123	5,461	0.019	3,074	1,199; 7,883

Berdasarkan Tabel 5.7 menggambarkan bahwa variabel independen yang masuk ke pemodelan regresi logistik ganda adalah tanggung jawab, peduli dan jujur dan tidak ada variabel yang dikeluarkan karena nilai $p > 0,05$ tidak ada. Selanjutnya melakukan uji interaksi, variabel yang diikuti dalam multivariat yaitu tanggung jawab, peduli dan jujur. Uji interaksi multivariat dapat dilihat pada tabel 5.8

5.3.3 Uji Interaksi

Berdasarkan variabel yang masuk pemodelan multivariat ada maka analisis interaksi yang memungkinkan dilakukan adalah interaksi antara variabel tanggung jawab, peduli dan jujur. Hasil analisis interaksi tanggung jawab, peduli dan jujur dapat dilihat pada tabel 5.8

Tabel 5.8

Hasil Uji Interaksi antara variabel Tanggung Jawab, Peduli dan Jujur dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD. Dr.M.A Hanafiah SM, Mei – Juni 2013 (n=120)

Variabel	<i>p value</i>
Tanggung Jawab* peduli	0,000
Peduli* jujur	0,000
Jujur* tanggung jawab	0,000

Analisis interaksi pada tabel diatas ditemukan adanya interaksi antara variabel tanggung jawab, peduli dan jujur , hal ini dapat dilihat $p value$ variabel interaksi $< 0,05$ yaitu 0,000. Artinya variabel tanggung jawab, peduli dan jujur merupakan variabel perancu satu terhadap yang lainnya, misalnya peduli dan jujur merupakan variabel perancu untuk hubungan tanggung jawab dan pendokumentasian asuhan keperawatan dan sebaliknya.

Analisis dilanjutkan dengan uji *confoounding* untuk karekteristik perawat.

5.3.4 Uji Konfounding

Tabel: 5.9
Hasil Hubungan Variabel Karekteristik Perawat Terhadap variabel Budaya Organisasi dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Prof. DR.MA.Hanafiah SM Mei – Juni 2013 (n=120)

	B	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I.for EXP(B)	B
				Lower	upper
Tanggung Jawab	-1.235	0.010	0.291	0.114	0.743
Peduli	-1.203	0.013	0.300	0.116	0.780
Jujur	1.190	0.019	3.289	1.221	8.859
Umur	-.141	0.771	0.869	0.336	2.243
Jenis Kelamin	-.373	0.696	0.689	0.106	4.458
Pendidikan	-1.909	0.115	0.148	0.014	1.592
Masa Kerja	-.451	0.294	0.637	0.274	1.480

Berdasarkan tabel 5.8 variabel *confounding* yang nilai $p > 0,05$ dikeluarkan satu persatu mulai dari nilai p yang tertinggi yaitu yang pertama dikeluarkan adalah umur dengan nilai p 0.771. Setelah dikeluarkan variabel umur tidak ada perubahan nilai OR yang lebih dari 10%, maka variabel umur dikeluarkan dari model, artinya variabel umur merupakan variabel konfounding. Lanjut dilakukan analisis *confounding* yang kedua dikeluarkan dari model adalah jenis kelamin dengan nilai p 0.696. Setelah dikeluarkan variabel jenis kelamin tidak ada perubahan nilai OR yang lebih dari 10%, maka variabel jenis kelamin dikeluarkan dari model.

Lebih lanjut dilakukan analisis *confounding* yang ketiga dikeluarkan dari

model adalah masa kerja dengan nilai p 0.637. Setelah dikeluarkan variabel masa kerja tidak ada perubahan nilai OR yang lebih dari 10%, maka variabel masa kerja dikeluarkan dari pemodelan.

Setelah variabel masa kerja dikeluarkan tinggal variabel terakhir pendidikan perubahan nilai OR lebih dari 10%, maka variabel pendidikan dinyatakan sebagai variabel *confounder*. Hasil pemodelan terakhir dapat dilihat pada tabel 5.10

Tabel 5.10
Hasil Akhir Pemodelan Multivariat, Tanggung jawab, peduli, jujur
dan pendidikan dengan Pendokumentasian RSUD Prof.DR.MA.
Hanafiah SM Batusangkar, Mei – Juni 2013 (n=120)

Variabel	B	Wald	<i>p value</i>	OR	95%CI
Tanggung Jawab	-1.153	6.107	0.013	0.316	0.126; 0.788
Peduli	-1.206	6.246	0.012	0.299	0.116; 0.771
Jujur	1.131	5.190	0.023	3.098	0.016; 8.194
Pendidikan	-2.051	2.950	0.086	0.129	0.012 ; 1.335

Berdasarkan tabel 5.9 hasil analisis dapat disimpulkan bahwa variabel yang dominan berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana adalah jujur setelah dikontrol tanggung jawab, peduli dan pendidikan. Artinya setiap kejujuran perawat membuat pendokumentasian asuhan keperawatan meningkat sebanyak 3 kali yang ditunjang dengan tanggung jawab, kepedulian dan pendidikan perawat.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini menjelaskan interpretasi data dan diskusi hasil, keterbatasan penelitian, serta implikasi terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian. Interpretasi dan diskusi hasil menjelaskan kesamaan dan kesenjangan hasil penelitian dengan hasil penelitian sebelumnya dan teori yang terkait. Keterbatasan penelitian membahas keterbatasan dalam metodologi penelitian. Implikasi penelitian menjelaskan dampak atau pengaruh terhadap pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

6.1 Interpretasi Data dan Hasil Diskusi

6.1.1 Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil penelitian menunjukkan secara keseluruhan pendokumentasian asuhan keperawatan yang baik 55%, Hasil penelitian ini berdasarkan elemen pendokumentasian, pengkajian baik 72,5%, diagnosis baik 45,8%, perencanaan baik 55,8%, implementasi baik 34,2%, evaluasi baik 23,3%, dan catatan dokumentasi baik 52,5%.

6.1.1.1 Pengkajian

Hasil penelitian tentang pengkajian dalam pendokumentasian masih 72,5% yang baik. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan Waruna (2008) tentang pengaruh karakteristik individu dan psikologis terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di RS

Santa Elizabeth Medan menyatakan dokumentasi proses asuhan keperawatan di Rumah Sakit ditemukan 69% perawat tidak melakukan pengkajian saat pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik dan benar. Hal ini disebabkan belum adanya kemampuan perawat pelaksana dari aspek melakukan pengkajian yang sistematis, terstruktur, efektif dan efisien dalam mengkaji pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Setiyarini (2009) tentang faktor-faktor yang mempengaruhi pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di RS. Karyadi Semarang, hasil penelitiannya ditemukan 58% perawat tidak melakukan pengkajian saat pendokumentasian keperawatan dengan baik dan benar. Hal ini juga disebabkan belum adanya kemampuan perawat secara pola pikir dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dari segi pengkajian.

Menurut penelitian Ehrenberg and Ehnfors (2001 dalam Voutilainen *et al*, 2004) menyatakan tidak adanya pengkajian yang sistematis dan komprehensif dalam pengkajian pasien disebabkan instrumen yang digunakan kurang lengkap. Hal ini diperkuat oleh penelitian Kim and Park (2005), menemukan bahwa pendokumentasian pengkajian baru mencapai 48,3%. Penelitian Laila (2012), tentang faktor-faktor motivasi perawat pelaksana dengan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD Sawahlunto, Hasil penelitiannya ditemukan 23% yang melakukan pengkajian baik. Hasil ini berkaitan dengan kurang optimalnya perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan.

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi atau data tentang pasien. Pengkajian dilakukan guna mengidentifikasi mengenali masalah-masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan (Depkes RI,2001). Perawat sebagai tenaga professional bertanggung jawab untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan mulai dari pengkajian sampai evaluasi pada pasien. Setiap petugas rumah sakit yang melakukan pengkajian kepada pasien diharuskan mencatat semua data yang ditemukan pada lembar format yang sudah ada sesuai dengan wewenang dan tanggung jawabnya (Depkes, 2001).

Menurut Ehrenberg and Ehnfors (2001) format yang terstruktur dan sistematis dibutuhkan dalam pendokumentasian sehingga keakuratan data pengkajian dapat meningkat. Pendapat lain mengatakan bahwa hal yang mendasari dalam pendokumentasian proses keperawatan adalah instrument yang akurat digunakan dalam pendokumentasian (Hansebo *et al*, 1999, dalam Voutilainen *et al*, 2004).

Berdasarkan hasil penelitian di RSUD Prof DR.M.A Hanafiah SM Batusangkar dengan format pengkajian yang lengkap sehingga diperoleh hasil pengkajian 72,5 % baik , walaupun demikian belum mencapai standar Depkes, karena format pengkajian yang ada di RSUD Prof Dr.M.A. Hanafiah SM sudah dianggap sistematis tetapi pola pikir perawat yang melaksanakan pendokumentasian belum sistematis dan masih perlu pendampingan dalam pelaksanaan pendokumentasian.

Berdasarkan hasil format studi dokumentasi pengumpulan data pada pendokumentasian dalam pengkajian disebabkan oleh karena perawat belum sepenuhnya melakukan pengkajian, data yang diperoleh 70% pengkajian data dilakukan sejak pasien masuk sampai pulang belum dilakukan, penyebab lain yaitu 50,8% pengkajian data objektif melalui pemeriksaan fisik belum dilakukan. Kondisi ini dapat terjadi karena kurang akuratnya pengumpulan data yang dilakukan perawat pada setiap tahapan proses keperawatan.

6.1.1.2 Diagnosis Keperawatan

Bedasarkan hasil penelitian tentang diagnosis keperawatan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan termasuk pada kategori kurang karena hanya 45,8% yang baik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Paans *et al* (2010) mengatakan bahwa lebih dari separuh 50% diagnosis keperawatan kurang relevan dengan hasil data pengkajian.

Menurut Stokke *et al* (1999 dalam Voutilainen *et al* 2004) mengatakan bahwa perawat merumuskan diagnosis keperawatan 82% baik, pendapat Stokke *et al* ini bertolak belakang dengan penelitian ini. Menurut analisis peneliti perbedaan ini dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan perawat pelaksana.

Menurut *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) semua diagnosis keperawatan yang aktual harus didukung oleh data.

NANDA mengartikan sebagai definisi karakteristik, definisi karakteristik tersebut dinamakan tanda dan gejala, tanda adalah sesuatu yang dapat diobservasi dan gejala adalah sesuatu yang dirasakan oleh pasien. Setelah perawat mengelompokkan, mengidentifikasi dan memvalidasi data-data yang bermakna, maka tugas perawat pada tahap ini adalah merumuskan suatu diagnosis keperawatan. Menurut Carpenito (2000) diagnosis keperawatan yang bersifat aktual jika mampu menjelaskan masalah nyata yang terjadi saat ini sesuai data klinik yang ditemukan. Syarat untuk menegakkan diagnosis keperawatan aktual harus ada unsur PES.

Menurut hasil format studi dokumentasi peneliti hal tersebut dapat terjadi karena 64,2% dalam status pasien perawat merumuskan diagnosis keperawatan belum berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma kehidupan. Rumusan diagnosis keperawatan 66,2% belum berdasarkan masalah keperawatan yang ditetapkan sebelumnya. Penyebab masalah ini adalah 50% diagnosis keperawatan yang dibuat belum semuanya mencerminkan *problem etiology dan symptoms* (PES) atau (PE). Rumusan diagnosis keperawatan 56,7% belum mengacu pada respon individu terhadap masalah kesehatan aktual, potensial, dan resiko. Dalam membuat rencana keperawatan terlihat juga bahwa perawat belum mengacu kepada diagnosis keperawatan dan rencana tindakan keperawatan yang disusun belum menurut urutan prioritas.

6.1.1.3 Intervensi

Hasil penelitian tentang perencanaan dalam pendokumentasian masih 55,8% yang baik. Penelitian ini menemukan kesesuaian dengan penelitian Paans *et al*, (2010) mengatakan bahwa perawat yang melakukan intervensi baik <50% karena pencatatan intervensi tidak jelas dan tidak terstruktur. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Kim and Part (2005) mengatakan bahwa perencanaan yang dilakukan perawat baru mencapai 8,2%. Hal ini disebabkan karena rumusan tujuan keperawatan yang dibuat perawat belum semuanya mengandung komponen pasien, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan kriteria hasil.

Rencana keperawatan merupakan metode komunikasi tentang asuhan keperawatan kepada pasien. Setiap pasien yang memerlukan asuhan keperawatan perlu suatu perencanaan yang baik (Mu'ller-Staub *et al*, 2006). Perencanaan meliputi pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, atau mengoreksi masalah-masalah yang diidentifikasi pada diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosis keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi (Lyer, Taptich & Bernocchi-Losey, 1996). Sedangkan menurut Ali (2002) mengatakan perencanaan keperawatan meliputi perumusan tujuan, tindakan, dan penilaian rangkaian asuhan keperawatan pada pasien berdasarkan analisis pengkajian agar masalah kesehatan dan keperawatan pasien dapat diatasi.

Menurut analisis peneliti terhadap perencanaan keperawatan yang kurang berdasarkan format studi dokumentasi disebabkan oleh 67% rencana keperawatan dibuat belum berdasarkan diagnosis keperawatan, 63,3% rumusan tujuan dengan komponen pasien, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan kriteria hasil belum lengkap, serta 59,2% rencana tindakan keperawatan yang dibuat juga belum semuanya mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas. 76,7% rencana keperawatan yang dibuat belum menggambarkan keterlibatan pasien didalamnya.

6.1.1.4 Implementasi

Hasil penelitian tentang implementasi dalam pendokumentasian masih 34,2% yang baik. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Moloney and Maggs (1999 dalam Saranto dan Kinnunen, 2008) mengatakan bahwa kualitas dari pencatatan keperawatan sangat jelek. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh penelitian lain yang dilakukan oleh Griffiths and Hutchings (1999, dalam Voutilainen *et al*, 2004) mengatakan bahwa jeleknya pencatatan keperawatan terlihat dari evaluasi keperawatan.

Tahap pelaksanaan dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Pelaksanaan keperawatan juga merupakan hal yang esensial guna memberikan suatu kejelasan dan deskriptif kronologis tentang peristiwa yang terjadi selama di rumah sakit (Iyer, 2005).

Implementasi adalah inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang spesifik (Lyer *et al*, 1996).

Menurut analisis hasil studi dokumentasi peneliti, format implementasi kurang disebabkan 51,7% implementasi tindakan keperawatan belum bersifat holistik, dan 66,7% implementasi tindakan keperawatan belum melibatkan partisipasi aktif pasien.

6.1.1.5 Evaluasi

Hasil penelitian tentang evaluasi dalam pendokumentasian masih 23,3 % yang baik. Berdasarkan penelitian Suwanto (2004) yang mengatakan bahwa kualitas dari penatatan keperawatan yang sering dilakukan oleh perawat dalam aspek evaluasi kurang baik. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh hasil penelitian Setyarini (2004) yang juga mengatakan kurang baiknya pelaksanaan pendokumentasian keperawatan yang dilakukan perawat salah satunya disebabkan oleh kurangnya kemampuan perawat tersebut menuangkan evaluasi setiap keperawatan yang telah dilaksanakan kedalam pencatatan keperawatan sesuai dengan perkembangan kondisi pasien.

Penelitian Delaney *et al*, (1992 dalam Paans *et al*, 2010) mengatakan bahwa akurat dari dokumentasi keperawatan dievaluasi melalui evaluasi keperawatan sebagai hasil yang logis dari diagnosis keperawatan dan intervensi. Penelitian ini dipertegas oleh pernyataan Paans *et al*, (2010) mengatakan bahwa akurasi dalam dokumentasi dapat diperoleh dari

pengumpulan data, diagnosis keperawatan, intervensi, dan perkembangan serta hasil evaluasi. Menurut Moloney and Maggs (1999, dalam Voutilainen *et al*, 2004) mengatakan bahwa pentingnya mengevaluasi dokumentasi secara komprehensif dan menggunakan hasil evaluasi untuk meningkatkan validitas dari pencatatan data pasien sehingga dalam pengambilan keputusan perawatan pasien akan lebih baik. Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh rut diagnosis keperawatan, rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai. Melalui evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor kealpaan yang terjadi selama tahap pengkajian, diagnosis keperawatan, perencanaan dan pelaksanaan tindakan (Ignatavicius & Bayne, 1996).

Hasil penelitian ini sejalan dengan hasil penelitian dan konsep diatas, menurut hasil analisis format studi dokumentasi peneliti, evaluasi kurang disebabkan 55% komponen yang dievaluasi mengenai status kesehatan pasien meliputi aspek kognitif, afektif psikomotor pasien melakukan tindakan, perubahan fungsi tubuh dan tanda gejala belum dilengkapi. Sebanyak 66% evaluasi yang dilakukan belum menggunakan pendekatan SOAP dan evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan belum mengacu pada tujuan dan kriteria hasil. Evaluasi terhadap pengetahuan pasien tentang penyakitnya 52,5% belum dilengkapi. Evaluasi terhadap resiko komplikasi setelah diberikan promosi kesehatan 47,5% belum dicatat. Evaluasi terhadap kesehatan pasien setelah dilakukan tindakan

67% belum dicatat. Hasil lain yang ditemukan adalah 58,3% evaluasi terhadap perubahan fungsi tubuh pasien setelah dilakukan tindakan belum dilengkapi.

6.1.1.6 Catatan Dokumentasi

Hasil penelitian tentang catatan pendokumentasian 52,1% kurang, hal ini disebabkan oleh 77% pendokumentasian setiap tahap proses keperawatan tidak ditulis dengan jelas, ringkas, memakai istilah yang baku dan benar. Sebagian besar 88% status setiap melakukan tindakan belum mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal, dan jam dilakukannya tindakan. 73% status keperawatan belum ditulis dengan menggunakan format yang baku

Hasil penelitian dari keseluruhan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Prof.DR.MA.Hanafiah SM Batusangkar 55% baik sedangkan menurut Depkes (2001) standar untuk pendokumentasian asuhan keperawatan 80%. Hal ini menunjukkan bahwa pendokumentasian di RSUD Prof.DR.MA.Hanafiah SM Batusangkar belum memenuhi standar Depkes, sehingga dapat dikatakan pendokumentasian belum baik. Dilihat dari faktor-faktor yang mempengaruhi pendokumentasian asuhan keperawatan yaitu pendidikan sebagai faktor perancu dalam penelitian ini. Tingkat pendidikan seseorang berpengaruh dalam memberikan respon terhadap sesuatu yang datang dari luar. Orang berpendidikan tinggi akan lebih rasional dan kreatif serta terbuka dalam menerima adanya bermacam

usaha pembaharuan. (Jonetje, 2006). Gilmer dalam frazer (1992 dalam Jonetje, 2006) mengatakan bahwa makin tinggi pendidikan seseorang makin mudah seseorang berfikir secara luas, makin tinggi daya inisiatifnya dan makin mudah pula untuk menemukan cara-cara yang efisien guna menyelesaikan pekerjaannya dengan baik. (Jonetje, 2006)

Menurut Kreitner dan Kinicki (2003), semakin tinggi tingkat pendidikan seseorang, maka akan mempengaruhi pola pikir yang nantinya berdampak pada tingkat kepuasan kerja. Pendapat lain juga yang dikemukakan oleh Wexley dan Yuki (2003), bahwa semakin tinggi tingkat pendidikan, maka tuntutan-tuntutan terhadap aspek-aspek kepuasan kerja di tempat kerjanya akan semakin meningkat (Setiawan, 2007). Menurut analisis peneliti dilihat dari hasil pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Prof DR.M.A Hanafiah SM Batusangkar belum memenuhi standar pendokumentasian asuhan keperawatan Depkes, sehingga dapat dikatakan pendokumentasian belum baik.

Hal ini menunjukkan kinerja perawat dalam pendokumentasian belum optimal. Hasil residensi Anuari (2012) asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat di RSUD Prof.DR.M.A Hanafiah SM Batusangkar masih bersifat rutinitas, dimana aspek ilmiahnya belum baik dan metode penugasan tim yang digunakan masih belum optimal untuk memungkinkan proses keperawatan dilakukan secara utuh. Hal ini

terlihat dari angka pendokumentasian yang belum optimal terutama pada aspek diagnosis, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Terkait dengan fungsi manajemen keperawatan untuk dokumentasi adalah pencatatan dan pelaporan dalam asuhan keperawatan. Catatan asuhan keperawatan sebagai salah satu Standar Asuhan Keperawatan (SAK), dimana catatan asuhan keperawatan memberikan catatan tentang penggunaan proses keperawatan pasien (Doegnes, 1996). Bentuk pencatatan dan pelaporan asuhan keperawatan atau pendokumentasian berpedoman pada standar asuhan keperawatan (SAK) (Depkes, 2001). Hasil penelitian ini didapatkan perawat pelaksana dalam melakukan pencatatan dan pelaporan pada proses keperawatan belum lengkap, kondisi ini dapat diatasi dengan menggunakan salah satu metode tim dalam asuhan keperawatan. Namun metode penugasan yang digunakan rumah sakit belum sepenuhnya tim, sebagian masih fungsional sehingga pendokumentasianpun belum optimal. Hal ini juga berkaitan dengan keterbatasan tenaga perawat pelaksana. Berdasarkan hasil analisa perhitungan tenaga menurut Depkes dan Douglas masih terdapat kekurangan tenaga perawat, dengan keterbatasan tenaga ini mempengaruhi terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.

6.1.2 Hubungan Budaya Organisasi : Tanggung Jawab, Professional, Peduli dan Jujur dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

6.1.2.1 Hubungan tanggung jawab dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hasil univariat untuk tanggung jawab didapatkan 65,8% perawat pelaksana baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dan 34,2% tanggung jawab perawat pelaksana kurang baik dalam pendokumentasian. Perbedaan ini bermakna secara statistik dengan nilai $p\text{ value} = 0.004$ artinya ada hubungan bermakna antara budaya organisasi tanggung jawab dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Berdasarkan penelitian Soemargono (1996) mengatakan bahwa kinerja perawat dalam pendokumentasian berbeda secara bermakna berdasarkan perbedaan tanggung jawab yang dijalankan. Hasil penelitian tersebut dipertegas oleh penelitian Fakhrudin (2001) mengatakan bahwa terdapat pengaruh yang bermakna antara tanggung jawab terhadap kinerja perawat dalam pendokumentasian.

Menurut Siregar (2008) tanggung jawab merupakan faktor yang penting dalam pelaksanaan asuhan keperawatan. Tanggung jawab berkaitan dengan hasil kerja, karena perawat secara langsung memberikan tindakan kepada pasien. Menurut Saydam (1996) tanggung jawab bukan saja atas pekerjaan yang baik, tetapi juga tanggung jawab berupa kepercayaan yang diberikan sebagai orang yang

mempunyai potensi dan pengakuan ini menimbulkan rasa percaya diri dan siap memikul tanggung jawab yang lebih besar. Menurut Iyer (2004) Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab perawat untuk perawatan pasien, catatan klinis, memfasilitasi pemberian perawatan, meningkatkan kontinuitas perawatan dan membantu mengkoordinasikan pengobatan dan evaluasi.

Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan salah satu peran perawat yang harus dipenuhi sesuai standar. Pemberian tanggung jawab yang lebih besar dalam bekerja merupakan kepuasan tersendiri bagi seseorang (La Monica, 1996). Menurut Flippo (1996), bahwa tanggung jawab adalah merupakan kewajiban seseorang untuk melaksanakan fungsi-fungsi yang ditugaskan dengan sebaik-baiknya sesuai dengan pengarahan yang diterima.

Menurut analisis peneliti dari kuesioner penelitian didapatkan 55% perawat pelaksana menjawab selalu melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan dengan penuh tanggung jawab, dan 34,2 % perawat pelaksanaan sering menjawab melaksanakan pendokumentasian sesuai dengan jadual yang diberikan, dan 10,3% perawat pelaksana menjawab kadang-kadang kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien kelolaan merupakan tanggung jawab perawat pelaksana.

Hasil analisis ada hubungan yang bermakna antara tanggung jawab perawat pelaksana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian Soemargono (1996) dan penelitian Fakhruddin (2001). Hal ini diakibatkan belum terlaksanakannya metode penugasan tim yang sempurna karena metode tim hanya dilakukan pada dinas pagi saja untuk dinas sore dan malam masih menggunakan metode fungsional dan juga karena keterbatasan tenaga. Berdasarkan hasil analisa perhitungan tenaga menurut Depkes dan Douglas masih terdapat kekurangan tenaga perawat, dengan keterbatasan tenaga ini mempengaruhi terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Sehingga metode penugasan belum bisa berjalan secara optimal.

6.1.2.2 Hubungan Budaya Organisasi Professional dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil univariat untuk profesional didapatkan 66,7% perawat pelaksana baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dan 33,3% profesional perawat pelaksana kurang baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan. Perbedaan ini tidak bermakna secara statistik dengan nilai $p\text{ value} = 0.560$ artinya tidak ada hubungan bermakna antara budaya organisasi profesional dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Penelitian tentang hubungan budaya organisasi professional belum ada penulis temui, namun budaya professional berkaitan dengan elemen budaya organisasi dengan tuntutan kerja. Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Nontji (2001) ada hubungan antara tuntutan kerja sesuai dengan system penugasan dengan kinerja di RSUD Labuang Baji Makassar.

Menurut Mangkunegara (2006) dan Depkes (2004) perawat yang memahami tugas dan profesional dalam bekerja, memiliki pengetahuan dibidang yang berhubungan dengan peraturan, prosedur dan keahlian teknis, dapat menggunakan informasi, material, peralatan dan teknik dengan tepat dan benar, mampu mengikuti perkembangan peraturan, prosedur dan teknik yang terbaru. Dalam arti, seorang perawat dalam melakukan asuhan keperawatan harus memahami tugas yang dibebankan kepadanya sesuai dengan kewenangan pada setiap proses keperawatan dengan menggunakan ilmu keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan pelayanan keperawatan professional. Karena dengan dokumentasi, semua aspek baik pengobatan dan perawatan yang dilakukan oleh tim kesehatan tertulis dengan teratur sehingga dapat membuat gambaran kondisi pasien secara keseluruhan (Setyowati, 2005). Menurut Nursalam (2001) hakekat dokumentasi asuhan keperawatan adalah terciptanya kegiatan-kegiatan keperawatan yang menjamin tumbuhnya pandangan, sikap, cara berpikir dan bertindak professional pada setiap perawat. Pendekatan yang sistematis dan logis dengan

landasan ilmiah yang benar, serta melalui dokumentasi proses keperawatan, semua kegiatan dalam proses keperawatan dapat ditampilkan kembali sehingga dapat diteliti ulang untuk dikembangkan atau diperbaiki.

Menurut analisis peneliti dari kuesioner penelitian didapatkan 63,3% perawat pelaksana menjawab selalu melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan berdasarkan proses keperawatan dengan professional, dan 34,2% perawat pelaksana menjawab sering melaksanakan pendokumentasian sesuai dengan standar asuhan keperawatan yang diberikan, dan 5% perawat pelaksana menjawab kadang-kadang melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan format yang baku.

Hasil analisis tidak ada hubungan yang bermakna antara budaya professional dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hasil penelitian ini tidak sejalan dengan penelitian Nontji (2001). Menurut peneliti hal ini berkaitan dengan masih kurangnya pemahaman perawat pelaksana akan tugas dan professional dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dan kurangnya pengetahuan perawat pelaksana tentang pendokumentasian asuhan keperawatan. Berkaitan dengan hal ini perawat pelaksana harus lebih diberikan pemahaman akan tugas-tugas agar mengerti apa yang harus dikerjakan sesuai dengan tugas pokok dan fungsinya sebagai perawat. Hal yang perlu dilakukan oleh manajer untuk

meningkatkan profesional adalah memberikan pemahaman dan penekanan agar perawat mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan, uraian tugas dan kewenangannya.

Upaya tersebut dapat dilakukan melalui sosialisasi secara rutin dan berkesinambungan, serta memberikan bimbingan, pengarahan, dan pelatihan kepada perawat pelaksana terutama yang terkait dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

6.1.2.3 Hubungan Budaya Organisasi Peduli dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil univariat untuk peduli didapatkan 68,3 % perawat pelaksana baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dan 31,7% peduli perawat pelaksana kurang baik dalam pendokumentasian. Perbedaan ini bermakna secara statistik dengan nilai *p value* = 0.003 artinya ada hubungan bermakna antara budaya organisasi peduli dengan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Penelitian tentang hubungan budaya organisasi peduli dengan pendokumentasian asuhan keperawatan belum peneliti temui, namun sikap peduli berkaitan dengan perilaku caring, penelitian yang dilakukan Indraastuti (2010) tentang analisis hubungan perilaku caring dan motivasi terhadap kinerja perawat pelaksana ruang rawat inap di

RSUD Stragen dengan hasil menunjukan terdapat hubungan yang signifikan antara perilaku caring dengan kinerja perawat pelaksana di ruang rawat inap.

Menurut Notoatmojo (2003) dalam mewujudkan cacatan dokumentasi asuhan keperawatan bermutu diperlukan beberapa komponen yang harus dilaksanakan oleh tim keperawatan yaitu sikap peduli, hubungan perawat klien, kemampuan perawat dalam memenuhi kebutuhan klien dan kolaborasi/ kemitraan. Menurut Azwar (2003) Perilaku peduli (*Caring*) juga merupakan sikap peduli, menghormati dan menghargai orang lain, artinya memberi perhatian dan mempelajari kesukaan – kesukaan seseorang dan bagaimana seseorang berfikir dan bertindak. Memberikan asuhan secara sederhana tidak hanya sebuah perasaan emosional atau tingkah laku sederhana, karena perilaku peduli merupakan kepedulian untuk mencapai perawatan yang lebih baik, perilaku peduli bertujuan dan berfungsi membangun struktur sosial, pandangan hidup dan nilai kultur setiap orang yang berbeda pada satu tempat, maka kinerja perawat khususnya pada perilaku peduli menjadi sangat penting dalam mempengaruhi kualitas pelayanan dan kepuasan pasien terutama di rumah sakit, dimana kualitas pelayanan menjadi penentu citra institusi pelayanan yang nantinya akan dapat meningkatkan kepuasan pasien dan mutu pelayanan.

Menurut analisis peneliti dari kuesioner penelitian didapatkan 76% perawat pelaksana menjawab selalu melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan sesuai masalah pasien, dan 20,8 % perawat pelaksana menjawab sering melaksanakan pendokumentasian sesuai dengan jadwal yang diberikan, dan 2,5 % perawat pelaksana menjawab kadang-kadang

Berdasarkan uraian dari peneliti dan konsep yang dikemukakan oleh para ahli diatas dapat penulis asumsikan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara peduli perawat pelaksana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal yang perlu dilakukan oleh manajer untuk lebih meningkatkan kepedulian terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan adalah dengan memberikan motivasi, sosialisasi, pengarahan dan bimbingan supaya perawat pelaksana lebih peduli terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

6.1.2.4 Hubungan Budaya Organisasi Jujur dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Hasil univariat untuk jujur didapatkan 68,3 % perawat pelaksana baik dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dan 31,7 % jujur perawat pelaksana kurang baik dalam pendokumentasian. Perbedaan ini bermakna secara statistik dengan nilai $p\text{ value} = 0.243$ artinya tidak ada hubungan bermakna antara budaya organisasi jujur dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Analisis multivariat budaya

organisasi jujur merupakan variabel yang paling dominan dengan nilai OR 3.098

Hasil penelitian tentang hubungan jujur dengan pendokumentasian belum ada peneliti temui, namun jujur berkaitan dengan sikap, penelitian yang berkaitan dengan sikap menurut Martini (2007) bahwa terdapat hubungan sikap terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan. Tappen, weiss, dan whitehead (2001) menyatakan bahwa dokumentasi dapat dipercaya apabila dokumentasi mencakup laporan yang jujur mengenai apa yang sebenarnya diamati. Menurut kozier (1997) ketidakjujuran dalam pendokumentasian dapat menimbulkan masalah hukum.

Menurut analisis peneliti dari kuesioner penelitian didapatkan 67,5% perawat pelaksana menjawab selalu melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan jujur berdasarkan masalah pasien, dan 22,5% perawat pelaksana menjawab sering melaksanakan pendokumentasian sesuai dengan jadwal yang diberikan, dan 10,0% perawat pelaksana menjawab kadang-kadang menyantumkan nama dengan jelas saat pendokumentasian asuhan keperawatan.

Berdasarkan uraian dari peneliti dan konsep para ahli diatas dapat penulis asumsikan bahwa terdapat hubungan antara jujur dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pendapat diatas sejalan dengan

hasil penelitian penulis bahwa terdapat hubungan budaya organisasi jujur dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Hal ini perlu menjadi perhatian bagi manajer untuk meningkatkan kejujuran dalam pendokumentasian perlu dilakukan melalui supervisi rutin, pengawasan serta pengarahan sehingga perawat pelaksana dapat membuat dokumentasi asuhan keperawatan dengan jujur sesuai dengan masalah yang dialami oleh klien.

6.2 Keterbatasan Penelitian

1. Instrumen penelitian budaya organisasi dikembangkan sendiri oleh peneliti. Peneliti sendiri belum berpengalaman dalam merancang kuesioner, dan instrumen baru diuji cobakan dua kali.
2. Saat pengumpulan data dengan pendampingan, peneliti merasakan adanya kurang keterbukaan responden dalam pengisian kuesioner, walaupun sebelumnya peneliti sudah berupaya untuk membina hubungan saling percaya sehingga responden mengisi kuesioner dengan sejujurnya. Pada penelitian yang akan datang, agar menggunakan metode pengumpulan data yang lebih kompleks yaitu disertai dengan metode observasi/ wawancara untuk memperoleh data yang lebih lengkap dan akurat.

6.3 Implikasi Hasil Penelitian Pada Pelayanan Keperawatan Dan Penelitian

6.3.1 Implikasi pada pelayanan keperawatan

Penelitian ini menemukan bahwa pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM Batusangkar tahun 2013 dipengaruhi oleh variabel tanggung jawab, Peduli dan jujur keperawatan setelah di kontrol oleh variabel Konfounding yang mempengaruhi variabel independen dan dependen yaitu pendidikan. Peningkatan mutu pelayanan rumah sakit salah satu upaya yang dapat dilakukan oleh perawat adalah mengoptimalkan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan baik, karena pendokumentasian merupakan salah satu bukti tertulis kinerja perawat dalam asuhan keperawatan dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan mencakup : pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi.

Implikasi penelitian ini mengidentifikasi bahwa pimpinan rumah sakit perlu menerapkan kebijakan tertulis tentang sosialisasi budaya organisasi bagi seluruh perawat. Penanaman nilai-nilai budaya organisasi dapat dilakukan oleh pihak manajemen rumah sakit melalui sosialisasi dan motivasi dan pengarahan kepada perawat pelaksana untuk lebih meningkatkan kinerja terutama pendokumentasian melalui pengembangan budaya organisasi tanggung jawab, professional, peduli dan jujur. Kepala bidang keperawatan membuat rancangan program yang berkaitan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan memperhatikan aspek tanggung jawab, peduli dan jujur terhadap perawat pelaksana. Pengembangan perawat pelaksana dalam pendokumentasian keperawatan

dapat dilakukan oleh manajer keperawatan dalam bentuk pelatihan atau pendidikan berkelanjutan. Pelatihan minimal dilakukan satu kali enam bulan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan secara terencana dan berkesinambungan bagi semua perawat pelaksana.

Upaya peningkatan pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan keperawatan dapat dilakukan dengan menanamkan nilai-nilai budaya organisasi, dimana hasil penelitian ini budaya organisasi berhubungan dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana. Budaya organisasi sebagai nilai-nilai yang menjadi pedoman sumber daya manusia untuk menghadapi permasalahan eksternal dan usaha penyesuaian integrasi kedalam perusahaan sehingga masing-masing anggota organisasi harus memahami nilai-nilai yang ada dan bagaimana mereka harus bertindak dan berperilaku.

Budaya merupakan perekat sosial yang membantu mempersatukan organisasi itu dengan memberikan standar-standar yang tepat mengenai apa yang harus dilakukan oleh para karyawan. Akhirnya, budaya berfungsi sebagai mekanisme pembuat makna dan mekanisme pengendali yang memandu dan membentuk sikap serta perilaku para karyawan. Penanaman budaya organisasi kepada perawat pelaksana akan memberikan motivasi dalam bekerja sehingga berdampak terhadap kinerja perawat pelaksana. Berdasarkan hal ini pihak manajer perlu lebih meningkatkan sosialisasi dan memberikan keyakinan kepada staf dalam menanamkan

budaya organisasi, terutama tentang tanggung jawab, professional, peduli dan jujur. Upaya-upaya tersebut dapat dilakukan dengan mengadakan sosialisasi kepada staf perawat secara terus menerus dan berkesinambungan. Penerapan nilai-nilai dalam pekerjaan juga harus menjadi pedoman kerja bagi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien.

6.3.2 Impikasi Dalam Penelitian Keperawatan.

Penelitian ini pada beberapa elemen budaya organisasi seperti : tanggung jawab, professional, peduli dan jujur dilakukan dengan metode pengumpulan data melalui kuesioner dan studi dokumentasi. Metode untuk pengumpulan data tersebut akan lebih baik jika dipadukan dengan metode observasi dan wawancara. Jenis riset yang berbeda dapat dilakukan untuk menggali lebih baik tentang budaya organisasi dan pendokumentasian asuhan keperawatan, misalnya dengan riset kualitatif tentang pengalaman perawat pelaksana dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit, sehingga dapat diketahui hambatan yang ditemukan yang lebih spesifik dan memungkinkan dicari jalan keluar yang lebih operasional layak dilaksanakan.

BAB VII

SIMPULAN DAN SARAN

Bab ini berisi simpulan dan saran dari penelitian mengenai hubungan budaya organisasi dengan pendokumentasian asuhan keperawatan perawat pelaksana.

7.1 Simpulan

1. Karakteristik perawat pelaksana sebagai responden penelitian ini sebagian besar adalah dewasa muda, jenis kelamin perempuan, pendidikan vokasional, lama bekerja lebih atau sama 5 tahun. Karakteristik ini menggambarkan potensi perawat pelaksana untuk dikembangkan lebih lanjut.
2. Pendokumentasian baik pada pengkajian dan intervensi, pendokumentasian kurang pada diagnosis, perencanaan, evaluasi, dan dokumentasi. Data ini mencerminkan perawat pelaksana belum optimal melaksanakan proses keperawatan, dapat disebabkan belum optimalnya penerapan metode tim.
3. Budaya organisasi mencakup tanggung jawab baik, peduli baik dan jujur baik serta professional kurang baik. Budaya organisasi secara keseluruhan baik sehingga perlu lebih meningkatkan sosialisasi dan memberikan keyakinan kepada staf dalam menanamkan budaya organisasi
4. Ada hubungan antara tanggung jawab perawat pelaksana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Perawat yang pendokumentasian baik akan mempunyai pengaruh 2,72 kali dalam pendokumentasian baik

dibandingkan dengan yang kurang baik. Peningkatan tanggung jawab perawat pelaksana dapat meningkatkan kinerja perawat dalam pendokumentasian.

6. Tidak ada hubungan antara profesional perawat pelaksana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pendokumentasian merupakan kewajiban setiap perawat pelaksana yang harus dipenuhi sesuai standar kompetensi, meskipun tidak diberi penghargaan perawat pelaksana tetap melakukan dokumentasi.
7. Ada hubungan antara peduli perawat pelaksana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan salah satu peran perawat yang harus dipenuhi sesuai standar, walupun tidak diberi tanggung jawab perawat pelaksana tetap melaksanakan pendokumentasian
8. Ada hubungan jujur dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Kondisi ini menunjukkan bahwa walupun perawat pelaksana memiliki perilaku jujur namun tidak mempengaruhi perawat pelaksana dalam pendokumentasian.
9. Budaya organisasi yang paling dominan berhubungan dengan pendokumentasian adalah jujur setelah dikontrol variabel tanggung jawab, peduli dan pendidikan. Perawat yang memiliki jujur baik mempunyai pengaruh 3,09 kali dalam pendokumentasian baik dibandingkan dengan yang kurang mendukung. Peningkatan sosialisasi dan penanaman budaya organisasi berperan penting untuk meningkatkan kinerja perawat pelaksana terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan.

7.2 Saran

1. Bagi Institusi Pelayanan Keperawatan

a. Bagi pimpinan rumah sakit

- 1) Perlu menerapkan kebijakan tertulis tentang sosialisasi budaya organisasi bagi seluruh perawat baik yang baru maupun yang lama minimal 1 kali
- 2) Penghargaan yang diberikan sebagai salah satu upaya untuk meningkatkan motivasi agar pelayanan yang diberikan perawat sesuai dengan budaya organisasi sehingga lebih meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan
- 3) sosialisasi dan motivasi dan pengarahan kepada perawat pelaksana untuk lebih meningkatkan kinerja terutama pendokumentasian melalui pengembangan budaya organisasi tanggung jawab, professional, peduli dan jujur

b. Bagi bidang keperawatan

- 1) Perlu dinilai perawat yang belum menerapkan budaya organisasi diikutkan pelatihan *service excellent* dan komunikasi efektif, agar dapat mengaplikasikan budaya organisasi.
- 2) Perlu dilakukan supervisi berjenjang dan berkinambungan baik langsung maupun tidak langsung terkait pendokumentasian asuhan keperawatan sesuai dengan nilai-nilai budaya organisasi.

3) Perlu dirancang suatu pelatihan minimal satu kali enam bulan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan secara berkesinambungan yang terencana, sehingga akan meningkatkan kemampuan perawat pelaksana dalam melaksanakan dokumentasi asuhan keperawatan.

4) Pembuatan daftar urutan kesempatan mengikuti pelatihan atau pendidikan berkelanjutan untuk pengembangan budaya organisasi yang lebih baik.

c. Bagi kepala ruangan

1) Perlu mengoptimalkan penerapan metode penugasan dengan metode tim sehingga pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dapat berjalan dengan baik.

2) Perlu lebih teliti memeriksa isi pendokumentasian yang dilakukan oleh perawat pelaksana mencakup: pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, evaluasi, dan dokumentasi keperawatan.

3) Perlu menjadi role model untuk perawat pelaksana yang lebih rendah dalam menerapkan budaya organisasi dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan

d. Bagi perawat pelaksana

1) Perlu mengembangkan diri dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan melalui pendidikan formal dan informal seperti pendidikan berkelanjutan dan pelatihan-pelatihan.

- 2) Perlu peningkatan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan menonjolkan budaya organisasi tanggung jawab, professional, peduli dan jujur

e. Bagi peneliti selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian berkelanjutan dengan menggunakan berbagai metode penelitian misalnya metode observasi, wawancara mendalam untuk metode kualitatif atau metode penelitian kuantitatif dengan kuasi eksperimen seperti pengaruh pendampingan perawat pelaksana terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.



DAFTAR PUSTAKA

- Arikunto, S. (2002). *Prosedur Penelitian : Suatu Pendekatan Praktek*. Jakarta : Rineka Cipta
- Angraini (2005). *Standart Asuhan Keperawatan dan Sikap Terhadap Penerapan Asuhan keperawatan pada perawat di Rumah Sakit Malang*
 Penelitian mahasiswa paska sarjana
- Atmosoeprapto, K. (2001). *Produktivitas aktualisasi budaya perusahaan*. Jakarta: PT. Gramedia
- Azwar, S. (2003). *Sikap manusia: Teori dan Pengukurannya*. edisi 2. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Azrul. A (1996). *Manajemen Mutu Pelayanan Kesehatan*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.
- Carpenito, L. J. (1997) *Nursing Diagnosis: Applications to Clinical Practice*, 7th ed, Philadelphia: J. B. Lippincott
- Dahlan, SM. (2008). *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan*, edisi 3. Jakarta: Salemba Medika
- Depkes R.I. (2004). *Standar pelayanan rumah sakit*. Cetakan kedua. Jakarta.
- Firmansyah, M. (2009). *Hubungan Budaya Organisasi dengan Kinerja Perawat Pelaksana Di RSUD Sumedang*. Thesis. Program Pascasarjana FKM USU, Medan. Tidak dipublikasikan
- Gillies, DA. (2000). *Nursing Managemen a System Approach*, 2th ed, W. B.Philadelphia: Saunders Company.

- Handayani, S. (2002). *Manajemen Personalia dan Sumberdaya Manusia*, edisi 2. Yogyakarta : BPFE
- Handoko, T.H. (2001). *Manajemen Personalia dan Sumber Daya Manusia* Yogyakarta: Fakultas Ekonomi. UGM.
- Handoko, T. (2000). *Hubungan Karakteristik Perawat dan Fungsi Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kemampuan Perawat Pelaksana Melakukan Peran Mandiri Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap RS. Dewi Sri Karawang*, Tesis Program Pascasarjana, FIK UI. Tidak dipublikasikan.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis data*. Jakarta: Fakultas Kesehatan masyarakat- Universitas Indonesia
- Harsey, P. & Blancard, K.H. (1992). *Manajemen Perilaku Organisasi: Pendayagunaan Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Erlangga.
- Hastono, S.P. (2007). *Analisis Data Kesehatan*. Jakarta : Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.
- Hasibuan, M.S.P. (2001). *Manajemen Sumber Daya. Edisi Revisi*, Jakarta : Bumi Aksara
- Hasibuan, M.S.P. (2003). *Organisasi dan Motivasi*, Cetakan ke dua. Jakarta :Bumi Aksara
- Hasibuan, M.S.P. (2005). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Edisi revisi. Jakarta: Bumi Aksara.
- Hidayat, (2004). *Pengantar Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta Salemba Medika
- Huber, D. (1996). *Leadership and Nursing Management*. Philadelphia: W.B. Saunders Company.

Hubberd D. (2000) *Leadership Nursing and Care Management*. Second edition.

Philadelphia : W.B. Saunders Company.

Hungler, B.P. & Polit, D.F. (1999) *Nursing Research: Principles and Methods*.

(Sixth Edition). Philadelphia: Lippincott.

Ilyas, Y., (2002). *Kinerja : Teori, Penilaian dan Penelitian*. Jakarta : Pusat Kajian

Ekonomi Kesehatan FKM UI.

Kautz D.D., Kuiper R.A., Pesut D.J. & Williams R.L.(2006) Using NANDA,

NIC,NOC(NNN) Language for clinical reasoning with the outcome-present state-test (OPT) model. *Internasional Journal of Nursing Terminologies and Clasifications* 17(3),129-138

Kozier, B., Erb, G., Blais, K., and Wilkinson, J. (1995). *Fundamental of Nursing: concepts, process and practice*. California: Addison-Wesley

Kotter, J.P & J.L. (1996). *Corporate Culture And Performance*. New York: The Free Press, A Division of Macmillan Inc.

Kuswantoro, R.P. (2006). *Hubungan Lingkungan Kerja Perawat Dengan Pelaksanaan Praktek Keperawatan di Rumah Sakit Umum Dr. Syaiful Anwar Malang*, Tesis Program Pasca Sarjana, FIK UI.Tidak dipublikasikan

Laila, R. (2012). *Hubungan Faktor-Faktor Motivasi Perawat Pelaksana dengan Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Sawahlunto*, Tesis Program Pasca Sarjana,FIK UNAND

- Mangkunegara, P.A.A. (2000), *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Cetakan keempat. Bandung : Remaja Rodakarya
- Marquis BL, Huston CJ. (2000) *The Leadership Rules and Management Functions in Nursing : Theory and Application*. 3rd edition. Philadelphia : Lippincolt,
- Masitoh, S. (2001). *Analisis Kinerja Perawat Pelaksana Dan Dukungannya Dengan Karakteristik Demografis Dan Karakteristik Organisasi Di Ruang Rawat Inap RSAB Harapan Kita Jakarta Thesis Tidak Dipublikasikan*, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.
- Mila, TS, (2009) , *Hubungan Budaya Organisasi dan Gaya Kepemimpinan Kepala Ruangan dengan Kinerja Perawat Pelaksana di RSD Raden Mataher Jambi*. Tesis Program Pascasarjana, FIK UI,
- Murray, M.E.G., & Dicrose, H.R. (1997). *Leadership and management in nursing*. 2nd.ed. Connecticut : Appleton & Lange.
- Netty, E. (2002). *Hubungan Antara Karakteristik Perawat Pelaksana, Pemahaman Proses Keperawatan dan Supervisi Dengan Penerapan Proses Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSAB Harapan Kita Jakarta*. Tesis Program Pascasarjana, FIK UI
- Notoatmojo, S. (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta: Rineka
- Cipta Nursalam. (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nursalam, M.(2010). *Manajemen Keperawatan : Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, edisi 3, Jakarta : Salemba Medika

- Panjaitan, R.U. (2004). *Persepsi Perawat Pelaksana Tentang Budaya Organisasi dan Hubungannya Dengan Kinerja Di Rumah Sakit Marzoeeki Mahdi Bogor Thesis Tidak dipublikasikan*, Universitas Indonesia: Jakarta: Indonesia.
- Paans W.,Sermeus W.,Nieweg R.M.B. & Van Der Schans C.P. (2010) Prevalence of accurate nursing documentation in patien record. *Journal of Advance Nursing* 66(1), 2481-2489
- Pedoman Penulisan Proposal Tesis (2012). *Tim Proposal Tesis Pasca Sarjana : Unand Padang*.
- Prowiro, S.S. (1999). *Kebijakan kinerja karyawan*. Cetakan pertama. Yogyakarta: BPFE –Yogyakarta
- Potikosoom K (1999).Practice development in nursing notes. *Journal of Songkhan Nakarinth Nursing*. 19: 1-19.
- Pusat Bahasa Depdiknas. (2002). *Kamus Besar Bahasa Indonesia*. Edisi Ketiga. Jakarta: Balai Pustaka
- Robbins, P.S. (2010). *Perilaku Organisasi*. Edisi Bahasa Indonesia, edisi 10, Jakarta PT. Indeks,
- Rusmiati, (2006). *Hubungan Lingkungan Organisasi dan Karakteristik Perawat dengan Kinerja Perawat Pelaksana di Ruang Rawat Inap RSUP Persahabatan*. Tesis. Jakarta: Program Pascasarjana FIK-UI Tidak dipublikasikan.
- Rusdi, I. (2001). *Determinan Kinerja Perawat di RSUD Ciawi Kabupaten Bogor Tahun 2001*. Tesis Program Pascasarjana, FIK UI.
- Siagian, S.P. (2006). *Manajemen Sumber Daya Manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.

- Sihombing, RM. (2005). *Hubungan Persepsi Perawat Pelaksana tentang Budaya Organisasi dengan Produktivitas Kerja di RSUD FKUKI*. Tesis. Jakarta: Program Pascasarjana FIK-UI. Tidak dipublikasikan.
- Smith, D.M.(1995). Job Satisfaction, Productivity And Organizational Commitment. *The Journal of Nursing Administration*. 25(9)17-26.
- Soeroso, S. (2002). *Manajemen Sumber Daya Manusia Di Rumah Sakit; Suatu pendekatan system*. Jakarta: EGC
- Sumarsono, S. (2004). *Metode Riset Sumber Daya Manusia*. Yogyakarta: Garahai Ilmu
- Stone, S., Firsich, S.C. Jordan, S.B. Berger, M.S, & Elhart, D. (1998). *Management for Nurse: A Multidisciplinary Approach*. Third Edition. Toronto: The Mosby Company
- Stoner, J.A.F. (1998). *Management*. New Jersey: Prectice-Hall.
- , (1998). *Manajemen*. Diterjemah oleh: Wilhelmus W. Bakowatun. Jakarta : Intermedia.
- , (1998). *Perencanaan dan Pengambilan Keputusan Dalam Manajemen*. Diterjemah oleh Sahat Simamora. Jakarta: Rineka Confidence Intervalpta
- Sugiyono. (2000). *Statistika Penelitian*. Bandung : C.V Alfabeta
- Susana, A. (2003). *Faktor-faktor yang Berhubungan Dengan Budaya Kerja Perawat Pelaksana di RS Imanuel Bandung*. Tesis. Jakarta: Program Pascasarjana FIK-UI. Tidak Dipublikasikan
- Swanburg, R.C. (2000). *Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan*. Untuk Perawat Klinis, Alih Bahasa Samba Suharyati, Jakarta : EGC
- Swansburg RC, Swansburg RJ. (1999). *Introductory Management and Leadership*

for Nurse. 2nd edition. Toronto : Jonash and Burtlet Publisher.

Tika, P. M. (2006). *Budaya Organisasi dan Peningkatan Kinerja Perusahaan*.

Jakarta: PT Bumi Aksara.

Umar. (2000). *Riset Sumber daya manusia dalam organisasi*. Jakarta: PT.

Gramedia

Waruna. (2006). *Pengaruh persepsi perawat pelaksana tentang fungsi manajerial kepala ruang terhadap pelaksanaan manajemen asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSJD. Amino Gondohutomo Semarang*. Tesis Universitas Diponegoro Semarang

Webb C, Pontin D (1997). *Evaluating the introduction of primary nursing*. *Journal of Clinical Nursing*.

Wirawan. (2007). *Budaya dan Iklim Organisasi Teori, Aplikasi dan Penelitian*. Jakarta: Penerbit Salemba

Wijono, D. (1999). *Manajemen Mutu Pelayanan kesehatan; Teori, Strategi dan Aplikasi*. Vol. I. Surabaya: Airlangga University Press.

Wursanto, I. (2003). *Dasar-Dasar Ilmu Organisasi*. Yogyakarta : Penerbit Andi

Lampiran 1

KUESIONER PENELITIAN**HUBUNGAN BUDAYA ORGANISASI DENGAN PENDOKUMENTASIAN
ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP
RSUD PROF. DR. MA HANAFIAH SM
BATUSANGKAR**

Oleh:

ROZA MARDIAH**NPM: 1101224010**

**PROGRAM STUDI S2 KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN UNIVERSITAS ANDALAS PADANG**

Lampiran 2**PENJELASAN PENELITIAN DAN PERSETUJUAN
MENJADI RESPONDEN**

Saya Roza mardiah NIM : 1101224010 sebagai mahasiswa S2 Keperawatan Universitas Andalas bermaksud mengadakan penelitian tentang : *“Hubungan Budaya Organisasi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat INAP RSUD DR.MA Hanafiah SM Batusangkar”*.

Tujuan penelitian ini adalah untuk Mengetahui Hubungan Budaya Organisasi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat INAP RSUD DR.MA Hanafiah SM Batusangkar.

Data yang diperoleh akan menjadi bahan rekomendasi serta masukan guna peningkatan mutu pelayanan terutama keperawatan.

Penelitian sangat mengharapkan partisipasi Bapak/Ibu/Saudara/I dalam penelitian ini. Peneliti menjamin penelitian ini tidak akan menimbulkan suatu dampak negatif terhadap pasien maupun perawat dan institusi rumah sakit. Dengan menandatangani surat persetujuan ini, secara sukarela bersedia menjadi responden dalam penelitian ini

Batusangkar, Mei 2013

Responden

(.....)

Lampiran 3

PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN

Judul Penelitian : *“Hubungan Budaya Organisasi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat INAP RSUD. Prof. DR.MA Hanafiah SM Batusangkar”.*

Peneliti : Roza Mardiah

Setelah membaca penjelasan diatas, dan mendapat jawaban atas pertanyaan terhadap pertanyaan yang saya ajukan mengenai penelitian ini. Saya mengetahui bahwa saya menjadi bagian dari penelitian ini yang bertujuan untuk *“Hubungan Budaya Organisasi Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat INAP RSUD DR.MA Hanafiah SM Batusangkar”.*

Saya mengetahui bahwa tidak ada resiko yang akan saya alami dan saya diberitahu tentang adanya jaminan kerahasiaan informasi yang diberikan serta saya juga memahami bahwa penelitian ini bermanfaat bagi layanan keperawatan.

Batusangkar, Mei 2013

Tanda Tangan Peneliti

Tanda Tangan Responden

Rozamardiah

1101224010

(.....)

Lampiran 4

Kisi –Kisi Instrumen Penelitian

Kuesioner A

Variabel	Sub Variabel	No Item Pertanyaan
Karakteristik Individu Perawat	Usia	1
	Jenis kelamin	2
	Pendidikan	3
	Masa Kerja	4
	Status Kepegawaian	5

Kuesioner B

Variabel	Sub Variabel	Deskriptor	No. Item Pertanyaan
Budaya Organisasi	Tanggung Jawab	Saya melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan tepat waktu.	1
		Saya melaksanakan pendokumentasian keperawatan berdasarkan proses keperawatan dengan penuh tanggung jawab.	2
		Saya melaksanakan pendokumentasian keperawatan sesuai dengan jadwal yang diberikan	3
	profesionalisme	Dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan saya diberikan kewenangan	4
		Saya selalu melakukan pendokumentasi dengan benar sesuai dengan standar asuhan keperawatan	5
		Saya melakukan pendokumentasian dengan menggunakan format yang telah ada	6
		Saya selalu menjaga kerahasiaan dari catatan kesehatan pasien	7
		Saya melakukan pendokumentasian pada setiap tahap proses keperawatan ditulis dengan jelas,ringkas,dan memakai istilah yang baku dan benar	8

		Saya melakukan pendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai format yang baku	9
		Saya melakukan pendokumentasian sering tidak mengisi format yang ada	10
peduli		Saya selalu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan kepada pasien	11
		Saya tepat waktu dalam pendokumentasian asuhan keperawatan	12
		Saya setiap melakukan tindakan asuhan keperawatan selalu didokumentasikan	13
		Saya selalu mendokumentasikan permasalahan yang terkait pasien	14
		Saya selalu menyimpan dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	15
		Saya sering tidak menyimpan dokumentasi keperawatan pada tempatnya	16
jujur		Setiap melakukan tindakan keperawatan saya mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal, dan jam dilakukannya tindakan.	17
		Saya melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan ditulis apa yang telah dilakukan	18
		Saya melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien sesuai masalah pasien	19
		Saya tidak menunda-nunda melakukan dokumentasi asuhan keperawatan	20
		Saya selalu mencatat nama yang jelas saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan	21
		Saya selalu menunda –nunda dalam pendokumentasian asuhan keperawatan	22

Kuesioner C

Variabel	Sub Variabel	Deskriptor	No Item Pertanyaan
Pendokumentasian Askep	Pengkajian	Perawat selalu mencatat hasil pengkajian pasien	1
		Perawat selalu mencatat rencana tindakan yang akan dilakukan	2
		Perawat selalu mencatat pelaksanaan asuhan keperawatan kepada pasien	3
		Perawat selalu mencatat hasil evaluasi terhadap pasien	4
		Perawat melakukan dokumentasi selalu tepat waktu	5
		Perawat melakukan pendokumentasian dengan benar sesuai dengan SAK	6
		Perawat melakukan pendokumentasian dengan menggunakan format yang telah ada	7
		Perawat selalu menjaga kerahasiaan dari catatan kesehatan pasien	8
		Perawat mendapatkan hambatan dalam pendokumentasian	9
		Perawat sulit dalam melakukan pendokumentasian	10
		Pengkajian data dilakukan sejak pasien masuk	11
		Data yang diperoleh dikelompokkan menjadi data bio-psiko-sosio-spiritual.	12
		Pengkajian data subjektif melalui wawancara	13
		Pengkajian data objektif melalui pemeriksaan fisik	14
		Mendokumentasikan data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian	15
	Diagnosis keperawatan	Merumuskan diagnosis keperawatan pasien berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma kehidupan.	16
		Rumusan diagnosis keperawatan berdasarkan masalah keperawatan yang ditetapkan sebelumnya.	17
		Rumusan diagnosis keperawatan mencerminkan problem, etiologi dan symptom (PES).	18
		Rumusan diagnosis keperawatan mencerminkan problem, etiologi (PE)	19

		Rumusan diagnosis keperawatan dalam bentuk aktual, potensial, dan resiko	20
Perencanaan		Rencana keperawatan dibuat berdasarkan diagnosis keperawatan .	21
		Rencana keperawatan disusun menurut prioritas.	22
		Rumusan tujuan dengan komponen pasien, perubahan perilaku, kondisi pasien, dan kriteria hasil.	23
		Rencana tindakan keperawatan yang dibuat mengacu kepada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.	24
		Rencana tindakan keperawatan yang dibuat menggambarkan keterlibatan pasien didalamnya.	25
		Rencana tindakan keperawatan dibuat merupakan tindakan mandiri dan kolaborasi	26
Implementasi		Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan mandiri sesuai dengan rencana keperawatan.	27
		Implementasi tindakan keperawatan menggambarkan tindakan kolaborasi sesuai dengan rencana keperawatan.	28
		Observasi terhadap setiap respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.	29
		Implementasi tindakan keperawatan bertujuan untuk promotif, preventif, rehabilitatif	30
		Implementasi tindakan keperawatan bersifat holistik, menghargai hak - hak pasien, dan melibatkan partisipasi aktif pasien	31
Evaluasi		Komponen yang dievaluasi mengenai status kesehatan pasien meliputi aspek kognitif, afektif, kemampuan psikomotor pasien melakukan tindakan, perubahan fungsi tubuh, tanda dan gejala.	32
		Evaluasi dilakukan dengan menggunakan pendekatan SOAP.	33
		Evaluasi terhadap tindakan keperawatan yang diberikan mengacu pada tujuan dan kriteria	34

		hasil.	
		Evaluasi terhadap pengetahuan pasien tentang penyakitnya, pengobatan, dan risiko komplikasi setelah diberikan promosi kesehatan.	35
		Evaluasi terhadap perubahan fungsi tubuh dan kesehatan pasien setelah dilakukan tindakan	36
	Dokumentasi keperawatan	Pendokumentasian setiap tahap proses keperawatan ditulis dengan jelas, ringkas, memakai istilah yang baku dan benar.	37
		Setiap melakukan tindakan keperawatan perawat mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal, dan jam dilakukannya tindakan.	38
		Dokumentasi proses keperawatan di ruangan ditulis menggunakan format yang baku.	39
		Pendokumentasian asuhan keperawatan ditulis apa yang telah dilakukan.	40
		Berkas dokumentasi proses keperawatan di ruangan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku	41

Lampiran 5

KUISIONER PENELITIAN

**HUBUNGAN BUDAYA ORGANISASI DENGAN PENDOKUMENTASIAN
ASUHAN KEPERAWATAN DI RUANG RAWAT INAP
RSUD PROF .DR.MA.HANAFIAH SM
TAHUN 2013**

Kode Responden :

Tanggal Pengisian :

Ruangan :

PETUNJUK PENGISIAN

1. Kuesioner terdiri dari 2 (dua) bagian, yaitu karakteristik perawat, budaya organisasi.
2. Bacalah petunjuk pengisian dengan baik sebelum menjawab pernyataan
3. Pengisian kuesioner ini tidak akan berpengaruh negatif terhadap saudara.
4. Atas kesediaan dan kerelaan untuk mengisi kuesioner ini diucapkan terima kasih

A. Karakteristik Perawat

Isilah titik-titik dibawah ini dan lingkari pada pilihan nomor jawaban yang sesuai dengan identitas saudara.

1. Umur saudara : Tahun
2. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
3. Pendidikan : 1. SPK 2. D III Keperawatan
3. S 1 Keperawatan
4. Masa Kerja : Tahun
5. Status Kepegawaian : 1. PNS 2. Kontrak

B. Budaya Organisasi

Petunjuk Pengisian :

1. Berilah tanda cek (√) pada pilihan pernyataan yang menurut pendapat Bapak/Ibu/Sdr sesuai dengan kenyataan yang Bapak/Ibu/Sdr alami selama menjadi perawat pelaksana.
2. Tiap pernyataan hanya mempunyai 1 jawaban pernyataan.
3. Bacalah pernyataan dengan baik sebelum menjawab.

Pilihan Jawaban :

TP = Tidak pernah (Pernyataan tersebut tidak pernah dilakukan sama sekali)

KD = Kadang-kadang (Jarang dilakukan sering tidak dilakukan)

SRG = Sering (Sering dilakukan jarang tidak dilakukan)

SLL = Selalu (selalu dilakukan tidak pernah tidak dilakukan)

NO	PERYATAAN	JAWABAN			
		TP	KD	SRG	SLL
1	Saya melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan tepat waktu.				
2	Saya melaksanakan pendokumentasian keperawatan berdasarkan proses keperawatan dengan penuh tanggung jawab.				
3	Saya melaksanakan pendokumentasian keperawatan sesuai dengan jadwal yang diberikan				
4	Dalam melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan saya diberikan kewenangan				
5	Saya selalu melakukan pendokumentasian dengan benar sesuai dengan standar asuhan keperawatan				
6	Saya melakukan pendokumentasian dengan menggunakan format yang telah ada				
7	Saya selalu menjaga kerahasiaan dari catatan kesehatan pasien				
8	Saya melakukan pendokumentasian sering tidak sesuai SAK				
9	Saya melakukan pendokumentasian sering tidak mengisi format yang ada				
10	Saya melakukan pendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai format yang baku				
11	Saya selalu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan kepada pasien				

NO	PERNYATAAN	TP	KD	SRG	SLL
12	Saya tepat waktu dalam pendokumentasian asuhan keperawatan				
13	Saya setiap melakukan tindakan asuhan keperawatan selalu didokumentasikan				
14	Saya sering tidak mendokumentasikan tindakan yang dilakukan kepada pasien				
15	Saya sering tidak menyimpan dokumentasi keperawatan pada tempatnya				
16	Saya selalu menyimpan dokumentasi asuhan keperawatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku				
17	Setiap melakukan tindakan keperawatan saya mencantumkan paraf, nama jelas, tanggal, dan jam dilakukannya tindakan.				
18	Saya melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan ditulis apa yang telah dilakukan				
19	Saya melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan pasien sesuai masalah pasien				
20	Saya tidak menunda-nunda melakukan dokumentasi asuhan keperawatan				
21	Saya selalu mencatat nama yang jelas saat melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan				
22	Saya selalu menunda-nunda dalam pendokumentasian asuhan keperawatan				

36	Berkas dokumentasi proses keperawatan di ruangan disimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.													
SUB TOTAL														
TOTAL														
PROSENTASE														

(Sumber instrumen A, SAK Depkes, 2001)



DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : ROZA MARDIAH
Tempat/tanggal lahir : Batusangkar, 05 Agustus 1976
Jenis kelamin : Perempuan
Pekerjaan : PNS di RSUD Prof.DR.MA Hanafiah SM
Alamat : Jln Belakang Pajak No 15 Batusangkar

Riwayat Pendidikan

1. Program Magister Manajemen Keperawatan UNAND Padang
2. S1 Keperawatan FIK UNPAD Bandung (2008)
3. Akademi Keperawatan DEPKES Padang (2001)
4. SPK Ranah Minang Padang (1994)
5. SMP Nomor 1 Batusangkar (1991)
6. SD No 4 Batusangkar (1989)

Riwayat Pekerjaan

1. Perawat di RSUD Prof DR MA Hanafiah SM Batusangkar (1995sekarang).