

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan dijelaskan tentang konsep Supervisi Keperawatan, konsep Dokumentasi Keperawatan dan kerangka berpikir.

2.1 Konsep Supervisi Keperawatan

2.1.1 Definisi Supervisi

Fungsi pengawasan dan pengendalian (*controlling*) merupakan fungsi terakhir dari proses manajemen. Fungsi ini mempunyai kaitan erat dengan ketiga fungsi manajemen lainnya, terutama fungsi perencanaan (Suarli dan Bahtiar, 2010).

Banyak ahli mengemukakan tentang pengertian supervisi, antara lain Wiyana (2008) mengatakan bahwa supervisi merupakan salah satu proses kegiatan atau pelaksanaan sistem manajemen yang merupakan bagian dari fungsi pengarahan serta pengawasan dan pengendalian/*controlling* dan juga sebagai kegiatan yang terencana seorang manajer melalui aktivitas bimbingan, pengarahan, observasi, motivasi, dan evaluasi pada stafnya dalam melaksanakan kegiatan atau tugas sehari-hari. Huber (2006) mengartikan supervisi adalah tindakan observasi personal sesuai dengan fungsi dan aktifitasnya menjalankan kepemimpinan dalam proses asuhan keperawatan. Kron dan Gray (1987, dalam Arwani, 2005) mengartikan supervisi sebagai kegiatan yang merencanakan, mengarahkan, membimbing, mengajar, mengobservasi, mendorong, memperbaiki, mempercayai dan mengevaluasi secara berkesinambungan anggota secara menyeluruh sesuai dengan kemampuan dan keterbatasan yang dimiliki anggota.

Berdasarkan pengertian tentang supervisi yang telah dijabarkan di atas dapat disimpulkan bahwa supervisi merupakan suatu kegiatan yang mengandung dua dimensi pelaku, yaitu pimpinan dan anggota atau orang yang disupervisi. Kedua dimensi pelaku tersebut walaupun secara administratif berbeda level dan perannya, namun dalam pelaksanaan kegiatan supervisi keduanya memiliki andil yang sama-sama penting. Pemimpin mampu melakukan pengawasan sekaligus menilai seluruh kegiatan yang telah direncanakan bersama, dan anggota mampu menjalankan tugas-tugas yang menjadi tanggung jawabnya dengan sebaik-baiknya. Dalam pelaksanaannya, supervisi bukan hanya apakah seluruh staf keperawatan menjalankan tugasnya dengan sebaik-baiknya, sesuai dengan instruksi atau ketentuan yang telah digariskan, tetapi juga bagaimana memperbaiki proses keperawatan yang sedang berlangsung (Suyanto, 2009).

2.1.2 Tujuan Supervisi

Gilles (2001, dalam Huber 2006) menjelaskan bahwa supervisi bertujuan untuk melihat, menginspeksi, mengevaluasi dan meningkatkan performa atau penampilan perawat. Element – element yang mengikuti penampilan adalah kuantitas hasil kerja, kualitas hasil waktu yang digunakan, bagaimana mengelola sumber, dan sebagai penunjang administrasi. Suyanto (2009) mengatakan sasaran yang harus dicapai dalam supervisi antara lain pelaksanaan tugas keperawatan, termasuk didalamnya hasil keperawatan serta pendokumentasiannya, penggunaan alat yang efektif dan ekonomis, sistem dan prosedur yang tidak menyimpang, pembagian tugas dan wewenang, dan kemungkinan adanya penyimpangan dan penyelewengan kekuasaan, kedudukan dan keuangan.

Menurut WHO (1999) tujuan supervise adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung, sehingga bawahan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik. Tujuan pengawasan adalah :

- a. Menjamin bahwa pekerjaan dilaksanakan sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam tempo yang diberikan dengan menggunakan sumber daya yang tersedia
- b. Memungkinkan pengawas menyadari kekurangan-kekurangan para petugas kesehatan dalam hal kemampuan, pengetahuan, dan pemahaman serta mengatur pelatihan yang sesuai
- c. Memungkinkan para pengawas mengenali dan memberi penghargaan atas pekerjaan yang baik dan mengenali staf yang layak diberikan kenaikan jabatan dan pelatihan lebih lanjut
- d. Memungkinkan manajemen bahwa sumber yang disediakan bagi petugas telah cukup dan dipergunakan dengan baik
- e. Memungkinkan manajemen menentukan penyebab kekurangan pada kinerja tersebut

2.1.3 Manfaat Supervisi

Menurut Gilles (2001 dalam Huber 2006) manfaat supervisi diantaranya adalah :

1) Supervisi lebih meningkatkan efektifitas kerja

Peningkatan efektifitas kerja ini erat kaitannya dengan peningkatan pengetahuan dan keterampilan bawahan, serta makin terbinanya hubungan dan suasana kerja yang harmonis antara atasan dan bawahan.

2) Supervisi lebih meningkatkan efisiensi kerja

Peningkatan efisiensi kerja ini erat kaitannya dengan berkurangnya kesalahan yang dilakukan bawahan sehingga pemakaian sumber daya (tenaga, harta, dan sarana) yang sia - sia dapat dicegah.

Sedangkan menurut Muninjaya (1999) mengemukakan bahwa melalui pelaksanaan supervisi yang tepat, organisasi akan memperoleh manfaat yakni :

- 1) Dapat mengetahui sejauh mana kegiatan program sudah dilaksanakan oleh staf, apakah sesuai dengan standar atau rencana kerja, apakah sumber dayanya (staf, sarana, dana dan sebagainya) sudah digunakan sesuai dengan yang telah ditetapkan. Dalam hal ini, fungsi pengawasan dan pengendalian bermanfaat untuk meningkatkan efisiensi kegiatan program.
- 2) Dapat mengetahui adanya penyimpangan pada pemahaman staf melaksanakan tugas-tugasnya. Jika hal ini diketahui, pimpinan organisasi akan memberikan pelatihan lanjutan bagi stafnya. Latihan staf digunakan untuk mengatasi kesenjangan pengetahuan dan keterampilan staf yang terkait dengan tugas-tugasnya.
- 3) Dapat mengetahui apakah waktu dan sumber daya lainnya mencukupi kebutuhan dan telah dimanfaatkan secara efisien.
- 4) Dapat mengetahui sebab-sebab terjadinya penyimpangan.

- 5) Dapat mengetahui staf yang perlu diberikan penghargaan, dipromosikan atau diberikan pelatihan lanjutan.

2.1.4 Prinsip – Prinsip Pokok dalam Supervisi

Kegiatan supervisi mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang kondusif dan nyaman yang mencakup lingkungan fisik, atmosfer kerja, dan jumlah sumber sumber yang dibutuhkan untuk memudahkan pelaksanaan tugas. Untuk itu diperlukan beberapa prinsip pokok pelaksanaan supervisi. Prinsip pokok supervisi secara sederhana dapat diuraikan sebagai berikut (Suarli dan Bahtiar, 2010):

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

dan tata cara yang sama untuk semua kategori bawahan, bukan merupakan supervisi yang baik.

- 6) Supervisi harus dilaksanakan secara fleksibel dan selalu disesuaikan dengan perkembangan.

2.1.5 Sasaran Supervisi

Arwani (2006) mengemukakan bahwa supervisi yang dilakukan memiliki sasaran dan target tertentu yang akan dicapai. Setiap sasaran dan target dilaksanakan sesuai dengan pola yang disepakati berdasarkan struktur dan hierarki tugas. Dengan demikian, sasaran yang menjadi target dalam kegiatan supervisi adalah terbentuknya staf yang berkualitas dan berkesinambungan, penggunaan alat yang efektif dan ekonomis, tersedianya sistem dan prosedur yang tidak menyimpang, adanya pembagian tugas dan wewenang yang proporsional, dan tidak terjadinya penyelewengan kekuasaan, kedudukan, dan keuangan. Sasaran atau objek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan, serta bawahan yang melakukan pekerjaan (Suarli dan Bahtiar, 2010).

Pelaksanaan supervisi haruslah dilakukan pada sasaran yang tepat.

Menurut Depkes (2008) adapun tugas dan tanggung jawab supervisor yaitu:

- 1) merencanakan tugas sehari-hari: pembagian beban kerja, perincian penggunaan waktu dan batas kewenangan.
- 2) menggunakan kewenangan dengan tepat: bertindak efektif dan efisien serta mampu mengatasi masalah, transformasi baik dari atasan maupun bawahan dan sebaliknya, melaksanakan petunjuk, menyaring dan menyampaikan informasi atasan, mengusahakan hasil kerja maksimal

Setiap sasaran dan target dilaksanakan sesuai dengan pola yang disepakati berdasarkan struktur dan hirarki tugas. Sasaran atau objek dari supervisi adalah pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan, serta bawahan yang melakukan pekerjaan. Jika supervisi mempunyai sasaran berupa pekerjaan yang dilakukan, maka disebut supervisi langsung, sedangkan jika sasaran berupa bawahan yang melakukan pekerjaan disebut supervisi tidak langsung. Tujuan utamanya adalah untuk meningkatkan kinerja pekerjaan yang dilakukan oleh bawahan (Suarli dan Bachtiar, 2010).

Sasaran yang harus dicapai dalam pelaksanaan supervisi antara lain: pelaksanaan tugas keperawatan, penggunaan alat yang efektif dan ekonomis, system dan prosedur yang tidak menyimpang, pembagian tugas dan wewenang, penyimpangan/penyeleengan kekuasaan, kedudukan dan keuangan (Suyanto, 2009).

2.1.6 Model - Model Supervisi

Selain teknik supervisi yang telah diuraikan, Suyanto (2009) mengemukakan bahwa beberapa model supervisi dapat diterapkan dalam kegiatan supervisi antara lain:

a. Model konvensional

Supervisi dilakukan melalui inspeksi langsung untuk menemukan masalah dan kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Supervisi dilakukan untuk mengoreksi kesalahan dan memata-matai staf dalam menjalankan tugas. Model ini sering tidak adil karena hanya melihat sisi negatif dari pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan perawat pelaksana sehingga sulit

terungkap sisi positif, hal-hal yang baik ataupun keberhasilan yang telah dilakukan.

b. Model ilmiah

Supervisi dilakukan dengan pendekatan yang sudah direncanakan sehingga tidak hanya mencari kesalahan atau masalah saja. Oleh karena itu, supervisi yang dilakukan dengan model ini memiliki karakteristik antara lain 1) dilakukan secara berkesinambungan, 2) dilakukan dengan prosedur, instrumen dan standar supervisi yang baku, 3) menggunakan data yang obyektif sehingga dapat diberikan umpan balik dan bimbingan, 4) menggunakan rating scale, check list, pedoman wawancara, 5) berkaitan erat dengan penelitian.

c. Model klinis

Supervisi model klinis bertujuan untuk membantu perawat pelaksana dalam mengembangkan profesionalisme sehingga penampilan dan kinerjanya dalam pemberian asuhan keperawatan meningkat. Supervisi dilakukan secara sistematis melalui pengamatan pelayanan keperawatan yang diberikan oleh seorang perawat selanjutnya dibandingkan dengan standar keperawatan.

d. Model artistik

Supervisi model artistik dilakukan dengan pendekatan personal untuk menciptakan rasa aman sehingga supervisor dapat diterima oleh perawat pelaksana yang akan disupervisi. Dengan demikian akan tercipta hubungan saling percaya sehingga hubungan antara perawat dan supervisor akan terbuka yang mempermudah supervisi.

2.1.7 Tehnik Supervisi Keperawatan

Supervisi keperawatan merupakan suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Dengan supervisi memungkinkan seorang manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan asuhan keperawatan di ruang yang bersangkutan melalui analisis secara komprehensif bersama-sama dengan anggota perawat secara efektif dan efisien. Melalui kegiatan supervisi seharusnya kualitas dan mutu pelayanan keperawatan menjadi fokus dan menjadi tujuan utama, bukan malah menyibukkan diri mencari kesalahan atau penyimpangan (Arwani, 2006). Teknik supervisi dibedakan menjadi dua, supervisi langsung dan tak langsung.

2.1.7.1 Teknik Supervisi Secara Langsung.

Supervisi yang dilakukan langsung pada kegiatan yang sedang dilaksanakan. Pada waktu supervisi diharapkan supervisor terlibat dalam kegiatan agar pengarahan dan pemberian petunjuk tidak dirasakan sebagai perintah Bittel, 1987 (dalam Wiyana, 2008). Cara memberikan supervisi efektif adalah :1) pengarahan harus lengkap dan mudah dipahami; 2) menggunakan kata-kata yang tepat; 3) berbicara dengan jelas dan lambat; 4) berikan arahan yang logis; 5) Hindari banyak memberikan arahan pada satu waktu; 7) pastikan arahan yang diberikan dapat dipahami; 8) Pastikan bahwa arahan yang diberikan dilaksanakan atau perlu tindak lanjut Supervisi langsung dilakukan pada saat perawat sedang melaksanakan pengisian formulir dokumentasi asuhan keperawatan. Supervisi dilakukan pada kinerja pendokumentasian dengan mendampingi perawat dalam

pengisian setiap komponen dalam proses keperawatan mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.

Langkah-langkah yang digunakan dalam supervisi langsung (Wiyana, 2008):

- a) Informasikan kepada perawat yang akan disupervisi bahwa pendokumentasiannya akan disupervisi.
- b) Lakukan supervisi asuhan keperawatan pada saat perawat melakukan pendokumentasian. Supervisor melihat hasil pendokumentasian secara langsung dihadapan perawat yang mendokumentasikan.
- c) Supervisor menilai setiap dokumentasi sesuai standar dengan asuhan keperawatan pakai yaitu menggunakan form A Depkes 2005.
- d) Supervisor menjelaskan, mengarahkan dan membimbing perawat yang disupervisi komponen pendokumentasian mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi kepada perawat yang sedang menjalankan pencacatan dokumentasi asuhan keperawatan sesuai form A dari Depkes.
- e) Mencatat hasil supervisi dan menyimpan dalam dokumen supervisi.

2.1.7.2 Secara Tidak Langsung.

Supervisi tidak langsung adalah supervisi yang dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan. Perawat supervisor tidak melihat langsung apa yang terjadi di lapangan sehingga memungkinkan terjadinya kesenjangan fakta. Umpan balik dapat diberikan secara tertulis (Bittel, 1987) dalam Wiyana, 2008.

Langkah-langkah Supervisi tak langsung.

- a) Lakukan supervisi secara tak langsung dengan melihat hasil dokumentasi pada buku rekam medik perawat.

- b) Pilih salah satu dokumen asuhan keperawatan.
- c) Periksa kelengkapan dokumentasi sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan rumah sakit yaitu form A dari Depkes.
- d) Memberikan penilaian atas dokumentasi yang di supervisi dengan memberikan tanda bila ada yang masih kurang dan berikan catatan tertulis pada perawat yang mendokumentasikan.
- e) Memberikan catatan pada lembar dokumentasi yang tidak lengkap atau sesuai standar.

2.1.8 Pelaksana Supervisi Keperawatan

Materi supervisi atau pengawasan disesuaikan dengan uraian tugas dari masing-masing staf perawat pelaksana yang disupervisi terkait dengan kemampuan asuhan keperawatan yang dilaksanakan. Depkes (2008), dalam Suyanto (2009) mengemukakan bahwa pelaksanaan supervisi keperawatan dirumah sakit dapat dilaksanakan oleh personil atau bagian yang bertanggung jawab antara lain :

1) Kepala ruangan

Bertanggung jawab untuk melakukan supervisi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien di ruang perawatan yang dipimpinnya. Kepala ruangan mengawasi perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung disesuaikan dengan metode penugasan yang diterapkan di ruang perawatan tersebut. Sebagai contoh ruang perawatan yang menerapkan metode TIM, maka kepala ruangan dapat melakukan supervisi secara tidak langsung melalui ketua tim masing-masing.

2) Pengawas perawatan (supervisor)

Ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungsional (UPF) mempunyai pengawas yang bertanggung jawab mengawasi jalannya pelayanan keperawatan.

3) Kepala bidang keperawatan

Sebagai top manager dalam keperawatan, kepala bidang keperawatan, kepala bidang keperawatan bertanggung jawab melakukan supervisi baik secara langsung atau tidak langsung melalui para pengawas keperawatan. Mengusahakan seoptimal mungkin kondisi kerja yang aman dan nyaman, efektif dan efisien. Oleh karena itu tugas dari seorang supervisor adalah mengorientasikan staf dan pelaksana keperawatan terutama pegawai baru, melatih staf dan pelaksana staf keperawatan, memberikan pengarahan dalam pelaksanaan tugas agar menyadari, mengerti terhadap peran, fungsi sebagai staf dan pelaksana asuhan keperawatan, memberikan pelayanan bimbingan pada pelaksana keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan.

2.1.9 Kompetensi Supervisor Keperawatan

Tanggung jawab utama seorang supervisor adalah mencapai hasil sebaik mungkin dengan mengkoordinasikan system kerjanya. Para supervisor mengkoordinasikan pekerjaan karyawan dengan mengarahkan, melancarkan, membimbing, memotivasi, dan mengendalikan. Seorang keperawatan dalam menjalankan tugasnya sehari-hari harus memiliki kemampuan dalam (Suyanto, 2008):

- a. Memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas, sehingga dapat dimengerti oleh staf dan pelaksana keperawatan.
- b. Memberikan saran, nasehat dan bantuan kepada staf dan pelaksana keperawatan.
- c. Memberikan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja kepada staf dan pelaksana keperawatan.
- d. Mampu memahami proses kelompok (dinamika kelompok).
- e. Memberikan latihan dan bimbingan yang diperlukan oleh staf dan pelaksana keperawatan.
- f. Melakukan penilaian terhadap penampilan kinerja perawat.
- g. Mengadakan pengawasan agar asuhan keperawatan yang diberikan lebih baik.

2.1.10 Langkah – Langkah Supervisi

Menurut Ali Zaidin dalam Nursalam (2012), teknik atau metode dalam melaksanakan pengawasan adalah bertahap, dengan langkah – langkah sebagai berikut :

- 1) Langkah I : mengadakan persiapan pengawasan
 - a. Menentukan tujuan
 - b. Menentukan metode pengawasan yang tepat
 - c. Menentukan standar/ kriteria pengukuran

- 2) Langkah II : menjalankan pengawasan
 - a. Membuat dan menentukan rencana pengawasan, dimana rencana pengawasan harus memuat sistem pengawasan, standart yang dipakai dan cara pelaksanaan.
 - b. Pelaksanaan pengawasan dapat dilakukan dengan berbagai sistem
 - c. Penilaian dari pelaksanaan pengawasan
- 3) Langkah III : memperbaiki penyimpangan
 - a. Mengumpulkan informasi
 - b. Mengidentifikasi masalah
 - c. Menganalisis masalah
 - d. Mencari dan menetapkan alternatif pemecahan masalah
 - e. Melaksanakan upaya pemecahan masalah

Langkah supervisi dalam Nursalam (2012) :

1. Pra Supervisi
 - a. Supervisor menetapkan kegiatan yang akan disupervisi
 - b. Supervisor Menetapkan tujuan
2. Pelaksanaan Supervisi
 - a. Supervisor menilai kinerja perawat berdasarkan alat ukur atau instrumen yang telah disiapkan
 - b. Supervisor mendapat beberapa hal yang memerlukan pembinaan
 - c. Supervisor memanggil PP dan PA untuk mengadakan pembinaan dan klarifikasi permasalahan
 - d. Pelaksanaan suprvisi dengan inspeksi, wawancara dan memvalidasi data sekunder

Supervisor mengklarifikasi permasalahan yang ada dan melakukan tanya jawab dengan perawat

3. Pasca Supervisi

- a. Supervisor memberikan penilaian supervisi
- b. Supervisor memberikan *feedback* dan klarifikasi
- c. Supervisor memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan

2.2 Konsep Dokumentasi Keperawatan

2.2.1 Definisi Dokumentasi Keperawatan

Potter (2008) mendefinisikan dokumentasi adalah segala sesuatu yang tercetak atau tertulis yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang.

Dokumentasi adalah semua catatan otentik yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Dokumentasi keperawatan adalah keterangan tertulis dari seluruh pelayanan keperawatan yang diberikan kepada klien, baik pasien yang mengalami rawat inap ataupun rawat jalan.

2.2.2 Tujuan Dokumentasi

Dokumentasi keperawatan yang lengkap adalah prasyarat dalam melaksanakan perawatan yang baik dan untuk efisiensi dari kerjasama dan komunikasi antar profesi kesehatan dalam pelayanan kesehatan professional. Dokumentasi keperawatan yang lengkap dan akurat akan memudahkan disiplin ilmu lain untuk menggunakan informasi di dalamnya. Dokumentasi diperlukan

untuk memudahkan alur dan koordinasi dalam perawatan pasien (Brunt/ Serangan et al. 1999 dalam Gapko dawn yang diakses dari <http://www.hhdev.psu.edu/nurs/>).

Dokumentasi keperawatan yang akurat dan lengkap telah sesuatu yang penting ketika berhadapan dengan pembayaran dan kualitas pelayanan. Griffiths dan Hutchings (1999 dalam Gapko dawn yang diakses dari <http://www.hhdev.psu.edu/nurs/>). Menuliskan bahwa perawat merasakan bahwa dokumentasi tertulis mereka tidak dihargai. termasuk komunikasi verbal dengan profesi lain. karena komunikasi lisan yang tidak tertulis pada dokumentasi juga tidak dibayar. Alasan yang lain terhadap pentingnya dokumentasi ilmu perawatan yang akurat dan lengkap adalah berkaitan dengan urusan pengadilan.

Menurut Nursalam (2012) mengatakan tujuan dokumentasi diantaranya yaitu :

- a. Komunikasi
 - ✓ Koordinasi asuhan keperawatan
 - ✓ Mencegah informasi berulang
 - ✓ Meminimalkan kesalahan dan meningkatkan asuhan keperawatan
 - ✓ Penggunaan waktu lebih efektif
- b. Mekanisme pertanggung jawaban
 - ✓ Dapat dipertanggung jawabkan baik kualitas dan kebenaran
 - ✓ Sebagai perlindungan hokum bagi perawat
- c. Metode pengumpulan data
 - ✓ Mencatat kemajuan pasien secara reliable dan objektif
 - ✓ Mendeteksi kecenderungan yang mungkin terjadi

- ✓ Sebagai bahan penelitian
 - ✓ Sebagai data statistik
- d. Sarana pelayanan keperawatan secara individu
- Mencatat secara terintegrasi berbagai aspek pasien: kebutuhan, kekuatan, dan keadaan khusus
- e. Sarana untuk evaluasi
- f. Sarana untuk meningkatkan kerja sama antar disiplin dalam tim kesehatan
- g. Sarana pendidikan lanjutan
- h. Memantau kualitas asuhan keperawatan yang diterima dan kompetensi yang berhubungan untuk asuhan keperawatan

2.2.3 Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Nursalam (2011) menerangkan bahwa dokumentasi keperawatan mempunyai makna yang penting dilihat dari berbagai aspek seperti aspek hukum, kualitas pelayanan, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian, dan akreditasi. Penjelasan mengenai aspek – aspek tersebut adalah sebagai berikut :

1) Hukum (Legal dokumen)

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum bila terjadi suatu masalah (*misconduct*) yang berhubungan dengan profesi keperawatan dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa maka dokumentasi dapat digunakan seawaktu-waktu.

2) Kualitas Pelayanan

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

3) Komunikasi

Dokumentasi keadaan klien adalah alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan klien. Perawata atau profesi kesehatan lain dapat melihat dokumentasi yang ada dan sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan.

4) Keuangan

Dokumentasi dapat bernilai keuangan. Semua asuhan keperawatan yang belum, sedang, dan telah diberikan didokumentasikan dengan lengkap dan dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi klien. Dokumentasi yang baik dan lengkap dapat digunakan untuk meminta penggantian biaya kepada pemerintah.

5) Pendidikan

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi peserta didik atau profesi keperawatan.

6) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat didalamnya mengandung informasi yang dapat digunakan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi keperawatan.

7) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawata dalam memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan mengenai tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

2.2.4 Prinsip – Prinsip Dokumentasi

Setiadi (2012) menerangkan prinsip pencatatan ditinjau dari teknik pencatatan yaitu :

- a. Menulis nama klien pada setiap halaman catatan perawat.
- b. Mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.
- c. Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual.
- d. Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai.
- e. Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau.
- f. Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” di atasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.
- g. Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan.

- h. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tanda tangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.
- i. Jelaskan temuan pengkajian fisik dengan cukup terperinci. Hindari penggunaan kata seperti “sedikit” dan “banyak” yang mempunyai tafsiran dan harus dijelaskan agar bisa dimengerti.
- j. Jelaskan apa yang terlihat, terdengar terasa dan tercium pada saat pengkajian.
- k. Jika klien tidak dapat memberikan informasi saat pengkajian awal, coba untuk mendapatkan informasi dari anggota keluarga atau teman dekat yang ada atau kalau tidak ada catat alasannya.

2.2.5 Tahapan Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan

Potter & Perry (2008) menjelaskan bahwa ada 5 langkah proses asuhan keperawatan, yaitu :

1) Pengkajian

Langkah pertama dari proses keperawatan yaitu pengkajian, dimulai perawat menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan data tentang klien. Pengkajian dan pendokumentasian yang lengkap tentang kebutuhan pasien dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan, melalui hal-hal berikut:

- a. Menggambarkan kebutuhan pasien untuk membuat diagnosis keperawatan dan menetapkan prioritas yang akurat sehingga perawat juga dapat menggunakan waktunya dengan lebih efektif.
- b. Memfasilitasi perencanaan intervensi.

- c. Menggambarkan kebutuhan keluarga dan menunjukkan dengan tepat faktor-faktor yang akan meningkatkan pemulihan pasien dan memperbaiki perencanaan pulang.
- d. Memenuhi *obligasi* profesional dengan mendokumentasikan informasi pengkajian yang bersifat penting.

2) Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan yang lain. Adapun tahapannya, yaitu :

- a. Menganalisis dan menginterpretasi data.
- b. Mengidentifikasi masalah klien.
- c. Merumuskan diagnosa keperawatan.
- d. Mendokumentasikan diagnosa keperawatan.

3) Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Adapun tahapannya, yaitu :

- a. Mengidentifikasi tujuan klien.
- b. Menetapkan hasil yang diperkirakan.
- c. Memilih tindakan keperawatan.

- d. Mendelegasikan tindakan.
- e. Menuliskan rencana asuhan keperawatan

4) Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Tahapannya yaitu :

- a. Mengkaji kembali klien/pasien.
- b. Menelaah dan memodifikasi rencana perawatan yang sudah ada.
- c. Melakukan tindakan keperawatan.

5) Evaluasi

Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respons klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Adapun tahapannya, yaitu :

- a. Membandingkan respon klien dengan kriteria.
- b. Menganalisis alasan untuk hasil dan konklusi.
- c. Memodifikasi rencana asuhan.
- d. Syarat Dokumentasi Keperawatan

Menurut Hidayat (2007), syarat dokumentasi keperawatan adalah :

a. Kesederhanaan

Penggunaan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, mudah dimengerti, dan menghindari istilah yang sulit dipahami.

b. Keakuratan

Data yang diperoleh harus benar-benar akurat berdasarkan informasi yang telah dikumpulkan.

c. Kesabaran

Gunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi keperawatan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data pasien yang telah atau sedang diperiksa.

d. Ketepatan

Ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat yang mutlak.

e. Kelengkapan

Pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan tanggapan perawat/klien.

f. Kejelasan dan keobjektifan dokumentasi keperawatan memerlukan kejelasan dan keobjektifan dari data-data yang ada bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan.

2.2.6 Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu, sehingga memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Dokumentasi harus mengikuti standar yang ditetapkan untuk mempertahankan akreditasi, untuk mengurangi pertanggungjawaban, dan untuk menyesuaikan kebutuhan pelayanan keperawatan (Potter & Perry, 2008).

Nursalam (2008) menyebutkan Instrumen studi dokumentasi penerapan standar asuhan keperawatan di RS menggunakan Instrumen A dari Depkes (1995) meliputi :

Standar I : Pengkajian keperawatan

Standar II : Diagnosa keperawatan

Standar III : Perencanaan keperawatan

Standar IV : Implementasi keperawatan

Standar V : Evaluasi keperawatan

Standar VI : Catatan asuhan keperawatan

Penjabaran masing-masing standar meliputi :

a. Standar I : Pengkajian keperawatan

- (1) Mencatat data yang dikaji sesuai dengan pedoman pengkajian.
- (2) Data dikelompokkan (bio-psiko-sosial-spiritual).
- (3) Data dikaji sejak pasien datang sampai pulang.
- (4) Masalah dirumuskan berdasarkan kesenjangan antara status kesehatan dengan norma dan pola fungsi kehidupan.

b. Standar II : Diagnosa keperawatan

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

c. Standar III : Perencanaan keperawatan

- (1) Berdasarkan diagnosa keperawatan.
- (2) Rumusan tujuan mengandung komponen pasien/subjek, perubahan perilaku, kondisi pasien dan kriteria waktu.

- (3) Rencana tindakan mengacu pada tujuan dengan kalimat perintah, terinci dan jelas.
 - (4) Rencana tindakan menggambarkan keterlibatan pasien/keluarga.
- d. Standar IV : Implementasi/Tindakan keperawatan
- (1) Tindakan dilaksanakan mengacu pada rencana keperawatan.
 - (2) Perawat mengobservasi respon pasien terhadap tindakan keperawatan.
 - (3) Revisi tindakan berdasar evaluasi.
 - (4) Semua tindakan yang telah dilaksanakan dicatat dengan ringkas dan jelas.
- e. Standar V : Evaluasi keperawatan
- (1) Evaluasi mengacu pada tujuan
 - (2) Hasil evaluasi dicatat.
- f. Standar VI : Dokumentasi asuhan keperawatan
- (1) Menulis pada format yang baku.
 - (2) Pencatatan dilakukan sesuai tindakan yang dilaksanakan.
 - (3) Perencanaan ditulis dengan jelas, ringkas, istilah yang baku dan benar.
 - (4) Setiap melaksanakan tindakan, perawat mencantumkan paraf/nama jelas, tanggal dilaksanakan tindakan.
 - (5) Dokumentasi keperawatan tersimpan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

2.2.7 Teknik Pencatatan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Indriono (2011) menerangkan dalam pendokumentasian ada 3 teknik, yaitu teknik naratif, teknik *flow sheet*, dan teknik *checklist*. Teknik tersebut dapat dijelaskan sebagai berikut :

a. Naratif

Bentuk naratif adalah merupakan pencatatan tradisional dan dapat bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Karena suatu catatan naratif dibentuk oleh sumber asal dari dokumentasi maka sering dirujuk sebagai dokumentasi berorientasi pada sumber. Sumber atau asal dokumentasi dapat di peroleh dari siapa saja, atau dari petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan hasil observasinya, menggambarkan aktifitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat urutan kejadian / kronologisnya.

Keuntungan pendokumentasian catatan naratif :

- (1) Pencatatan secara kronologis memudahkan penafsiran secara berurutan dari kejadian dari asuhan / tindakan yang dilakukan.
- (2) Memberi kebebasan kepada perawat untuk mencatat menurut gaya yang sukainya.
- (3) Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan *outcomes*.

Kelemahan pendokumentasian catatan naratif :

- (1) Cenderung untuk menjadi kumpulan data yang terputus – putus, tumpang tindih dan sebenarnya catatannya kurang berarti.

- (2) Kadang-kadang sulit mencari informasi tanpa membaca seluruh catatan atau sebagian besar catatan tersebut.
- (3) Perlu meninjau catatan dari seluruh sumber untuk mengetahui gambaran klinis pasien secara menyeluruh.
- (4) Dapat membuang banyak waktu karena format yang polos menuntut pertimbangan hati-hati untuk menentukan informasi yang perlu dicatat setiap pasien.
- (5) Kronologis urutan peristiwa dapat mempersulit interpretasi karena informasi yang bersangkutan mungkin tidak tercatat pada tempat yang sama.
- (6) Mengikuti perkembangan pasien bisa menyita banyak waktu.

b. *Flowsheet* (bentuk grafik)

Flowsheet memungkinkan perawat untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien tentang tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, pernafasan, suhu), berta badan, jumlah masukan dan keluaran cairan dalam 24 jam dan pemberian obat.

Flowsheet merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flowsheet*. Oleh karena itu *flowsheet* lebih sering digunakan di unit gawat darurat, terutama data fisiologis. *Flowsheet* sendiri berisi hasil observasi dan tindakan tertentu. Beragam format mungkin digunakan dalam pencatatan walau demikian daftar masalah, *flowsheet* dan catatan

perkembangan adalah syarat minimal untuk dokumentasi pasien yang adekuat/memadai.

c. *Checklist*

Checklist adalah suatu format yang sudah dibuat dengan pertimbangan-pertimbangan dari standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, karena hanya tinggal mengisi item yang sesuai dengan keadaan pasien dengan mencentang. Jika harus mengisi angka itupun sangat ringkas pada data *vital sign*. Keuntungan penggunaan format dokumentasi *checklist* :

(1) Bagi Perawat

- ✓ Waktu pengkajian efisien.
- ✓ Lebih banyak waktu dengan klien dalam melakukan tindakan keperawatan sehingga perawatan yang paripurna dan komprehensif dapat direalisasikan.
- ✓ Dapat mengantisipasi masalah resiko ataupun potensial yang berhubungan dengan komplikasi yang mungkin timbul.
- ✓ Keilmuan keperawatan dapat dipertanggungjawabkan secara legalitas dan akuntabilitas keperawatan dapat ditegakkan.

(2) Untuk Klien dan Keluarga

- ✓ Biaya perawatan dapat diperkirakan sebelum klien memutuskan untuk rawat inap/rawat jalan.
- ✓ Klien dan keluarga dapat merasakan kepuasan akan makna asuhan keperawatan yang diberikan selama dilakukan tindakan keperawatan.

- ✓ Kemandirian klien dan keluarganya dapat dijalin dalam setiap tindakan keperawatan dengan proses pembelajaran selama asuhan keperawatan diberikan.
- ✓ Perlindungan secara hukum bagi klien dapat dilakukan kapan saja bila terjadi malpraktek selama perawatan berlangsung.

2.2.8 Model Pendokumentasian Keperawatan

Ada beberapa model dokumentasi keperawatan yang dapat dipergunakan dalam sistem pelayanan kesehatan atau keperawatan antara lain (Hidayat, 2007) :

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

Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan catatan perkembangan, begitu pula disiplin ilmu lain mempunyai catatan masing-masing.

b. *Problem-Oriented Record* (catatan orientasi pada masalah)

Model ini memusatkan data tentang klien, data didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien.

- c. *Progress-Oriented Record* (catatan berorientasi pada perkembangan)

Tiga jenis catatan perkembangan yaitu catatan perawat, lembar alur (*flow sheet*) dan catatan pemulangan atau ringkasan rujukan. Ketiga jenis ini digunakan baik pada sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber maupun berorientasi pada masalah.

- d. *Charting-By Exception* (CBE)

Charting By Exception adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau pemantauan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar.

- e. *Problem Intervention and Evaluation* (PIE)

Sistem pencatatan PIE adalah suatu pendekatan orientasi proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan.

- f. Fokus (*Proses Oriented System*)

Pencatatan fokus adalah suatu prosesorientasi yang berfokus pada klien. Hal ini digunakan pada proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan keperawatan. Perubahan yang berdampak terhadap terhadap dokumentasi keperawatan.

2.2.9 Prinsip-prinsip Pendokumentasian Keperawatan

Menurut Potter & Perry (2008), petunjuk cara pendokumentasian yang benar yaitu :

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

- b. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien 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. Jangan biarkan bagian kosong pada akhir catatan perawat, karena dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tadi, untuk itu buat garis horizontal sepanjang area yang kosong dan bubuhkan tanda tangan dibawahnya.
- f. Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta dan menggunakan bahasa yang jelas.
- g. Jika perawat mengatakan sesuatu instruksi, catat bahwa perawat sedang mengklarifikasikan, karena jika perawat melakukan tindakan diluar batas kewenangannya dapat dituntut.
- h. Tulis hanya untuk diri sendiri karena perawat bertanggung jawab dan bertanggung gugat atas informasi yang ditulisnya.
- i. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum (kurang spesifik), karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atas kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi terlalu umum. Oleh karena itu tulisan harus lengkap, singkat, padat dan obyektif.
- j. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan ditandatangani setiap selesai menulis dokumentasi. Dengan demikian dokumentasi keperawatan

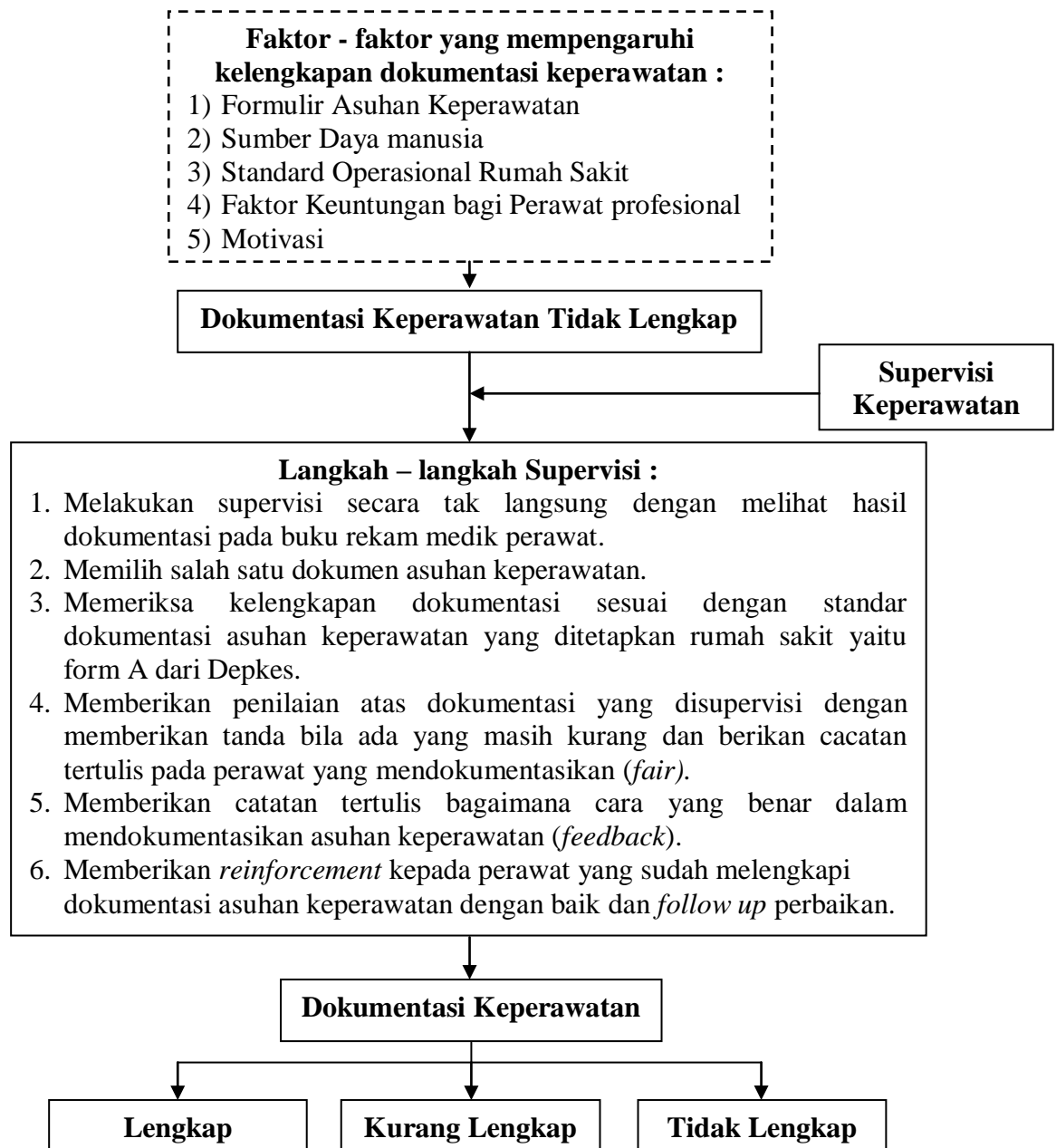
harus obyektif, komprehensif, akurat dan menggambarkan keadaan klien serta apa yang terjadi pada dirinya.

- k. Agar mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam.

2.2.10 Faktor – Faktor Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

- 1) Formulir Asuhan Keperawatan
- 2) Sumber Daya manusia
- 3) Standard Operasional Rumah Sakit
- 4) Faktor Keuntungan bagi Perawat profesional
- 5) Motivasi

2.3 Kerangka Berpikir



Keterangan :

: Diteliti

: Tidak Diteliti

Gambar 2.1 Kerangka Berpikir Penerapan Supervisi Kepala Ruangan dalam Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah Rumah Sakit Siti Khodijah Sepanjang.