





**STUDI KASUS PENERAPAN SUPERVISI KEPALA RUANGAN DALAM  
KELENGKAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN DI RUANG  
SHOFA MARWAH RS SITI KHODIJAH SEPANJANG**

Yani Nurul Anshori\*, Nur Mukarromah,S.KM.,M.Kes.\*\*, Ratna  
Agustin,S.Kep.Ns., M.Kep.\*\*\*

\*Mahasiswa S1 Keperawatan UNMUH Surabaya

\*\*Dekan dan Dosen Manajemen Keperawatan FIK UNMUH Surabaya

\*\*\*Dosen Manajemen Keperawatan FIK UNMUH Surabaya

Program Pendidikan Profesi Ners  
Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan  
Universitas Muhammadiyah Surabaya  
E-mail : yanieyuz\_bol@yahoo.co.id

**ABSTRACT**

Nursing documentation is a part of the implementation of nursing care using the nursing process which has a very important legal value, because the nursing care given to the clients in need of records and reporting that can be used as the responsibility and accountability of the various possible problems experienced by the clients both problems satisfaction or dissatisfaction with the services provided. The purpose of this study described the application of head supervision of room in nursing documentation completeness in Shofa Marwah Room of Siti Khodijah Hospital of Sepanjang

The research design used a case study by applying the supervision of nursing documentation of head room. The data were collected by using the observation sheet. The study was conducted on August 27 to 31 by 2014.

The results showed that the completeness of the documentation of nursing care in the hospital Siti Shofa manliness Throughout Khodijah on August 27 by 2014 in the amount of 57%, on August 29 by 2014 in the amount of 79%, and on August 31 by 2014 in the amount of 91%. Completeness of nursing documentation changes from incomplete to be complete after nursing supervision as much as 2 times the distance between the first and supervision supervision second is 1 day. This study showed no effect of the application of head room supervision in nursing documentation completeness.

Given this research is expected to head the room can implement supervision as an intervention to make nursing documentation in the room to be complete is done periodically, planned and scheduled.

**Keywords :** *Supervision, Documentation, Nursing.*

## PENDAHULUAN

Keperawatan di Indonesia saat ini masih dalam suatu proses profesionalisasi, yaitu terjadinya suatu perubahan dan perkembangan karakteristik sesuai tuntutan secara global dan lokal. Untuk mewujudkannya maka perawat harus mampu memberikan asuhan keperawatan secara profesional kepada klien. Salah satu bukti asuhan keperawatan yang profesional tercermin dalam pendokumentasian proses keperawatan (Nursalam, 2011).

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian dari pelaksanaan asuhan keperawatan yang menggunakan proses keperawatan yang memiliki suatu nilai hukum yang sangat penting. Dokumentasi ini penting karena pelayanan keperawatan yang diberikan pada klien membutuhkan catatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kemungkinan masalah yang dialami klien baik masalah kepuasan maupun ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diberikan (Hidayat, 2008). Tanpa dokumentasi keperawatan maka semua implementasi keperawatan yang dilaksanakan oleh perawat tidak mempunyai makna dalam hal tanggung jawab dan tanggung gugat. Dokumentasi keperawatan dapat dikatakan sebagai pegangan untuk para perawat dalam mempertanggung jawabkan dan membuktikan pekerjaannya atau tindakan yang perawat lakukan. Oleh sebab itu ada beberapa kaidah atau aturan yang harus ditaati oleh perawat

didalam melakukan pendokumentasian perawatan ( Setiyarini, 2010 ).

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti otentik yang dituliskan dalam format yang sudah baku atau sudah di sediakan dan harus disertakan dengan tanda tangan dan nama perawat dengan jelas (tidak menggunkan paraf) dan harus menyatu dengan status rekam medis pasien. Dalam pelaksanaan asuhan keperawatan memerlukan pendokumentasian mulai dari tahap pengkajian ,penentuan diagnosa keperawatan, intervensi ,implementasi dan evaluasi keperawatan di mana semua itu harus didokumentasikan (Setiyarini, 2010).

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan sarana komunikasi dari satu profesi ke profesi lain terkait status pasien. Sebagai alat komunikasi, tulisan dalam dokumentasi harus jelas terbaca, tidak boleh memakai istilah atau singkatan – singkatan yang tidak jelas atau tidak lazim, juga berisi uraian yang jelas, tegas dan sistematis. Hal tersebut dilakukan untuk menghindari disfungsi komunikasi (komunikasi yang tidak searah), dan efek samping atau dampak yang dapat timbul dari disfungsi komunikasi ini akan membahayakan keselamatan pasien. Profesi keperawatan saat ini merupakan profesi yang memiliki resiko hukum. Dimana kesalahan perawatan yang mengakibatkan kecacatan atau kematian bagi pasien dapat menyeret perawat ke pengadilan. Karenanya, segala aktifitas yang dilakukan terhadap pasien harus di

dokumentasikan dengan baik dan jelas (Setiyarini, 2010).

Saat ini Mutu pendokumentasian Asuhan Keperawatan yang di capai oleh Tim Mutu Keperawatan sebesar 59,71 % di bawah target yang di tetapkan oleh Rumah sakit sebesar 70 %, maka Rumah Sakit harus memperbaiki kualitas pendokumentasian sehingga bisa mencapai target yang ditetapkan (Nursalam,2010).

Berdasarkan studi pendahuluan yang dilakukan peneliti di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang pada tanggal 19 – 21 Mei 2014 dari 10 rekam medis pasien yang dikaji menggunakan *check list* instrumen A evaluasi standar asuhan keperawatan di rumah sakit dari Depkes RI 1995 didapatkan bahwa hasil observasi dokumentasi keperawatan terisi, pengkajian keperawatan sebesar 75%, kelengkapan diagnosa keperawatan sebesar 75%, kelengkapan intervensi keperawatan sebesar 65%, kelengkapan implementasi keperawatan sebesar 50%, kelengkapan evaluasi keperawatan sebesar 100%, dan kelengkapan catatan asuhan keperawatan sebesar 60%. Dari data tersebut secara keseluruhan terlihat pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan masih kurang lengkap (70%) sedangkan ketetapan dari Depkes RI kelengkapannya adalah 80%. Hal ini menunjukkan bahwa asuhan keperawatan yang berkesinambungan belum dilaksanakan dengan baik. Hal lain di dapatkan pada waktu residensi supervisi terhadap pendokumentasian tidak di lakukan

oleh kepala ruang. Setelah perawat melakukan implementasi tindakan tidak dilanjutkan dengan pencatatan perawat pada status pasien.

Peran kepala ruangan sebagai pimpinan pelayanan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan kepada pasien di ruangan sangat berpengaruh besar terhadap kualitas mutu pelayanan keperawatan. Peran kepala ruangan terutama dalam fungsi *actuating* adalah melaksanakan supervisi keperawatan yang akan menjadi evaluasi sebagai adanya perbaikan dalam pelayanan keperawatan. Menurut model supervisi keperawatan seorang supervisor harus mampu membuat aturan, meningkatkan ketetampilan, memberikan dukungan kepada perawat untuk meningkatkan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan serta selalu melakukan evaluasi yang berlanjut terhadap apa yang dilakukan. Supervisi mempunyai tiga kegunaan, 1) supervisi berguna untuk meningkatkan kemampuan supervisor dalam memberikan pelayanan pada pelaksana kegiatan (perawat), 2) supervisi bermanfaat untuk meningkatkan kemampuan para pelaksana kegiatan, 3) hasil supervisi berguna untuk menyusun pedoman atau petunjuk pelaksanaan layanan profesional kepada pelaksana kegiatan.

Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap disebabkan karena adanya format asuhan keperawatan yang tidak diisi lengkap, sumber daya manusia yang kurang memadai, standard operasional rumah sakit yang tidak dilaksanakan, faktor keuntungan

bagi perawat, dan terakhir adalah motivasi perawat yang kurang dalam melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan.

Penyebab ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan tersebut bisa diatasi dengan memaksimalkan fungsi kepala ruangan terutama fungsi *actuating* yaitu dengan mengadakan supervisi dokumentasi keperawatan yang diharapkan nantinya akan mengubah ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan menjadi dokumentasi keperawatan yang lengkap.

Dari hal diatas peneliti ingin mengetahui gambaran tentang penerapan supervisi kepala ruangan dalam kelengkapan dokumentasi yang

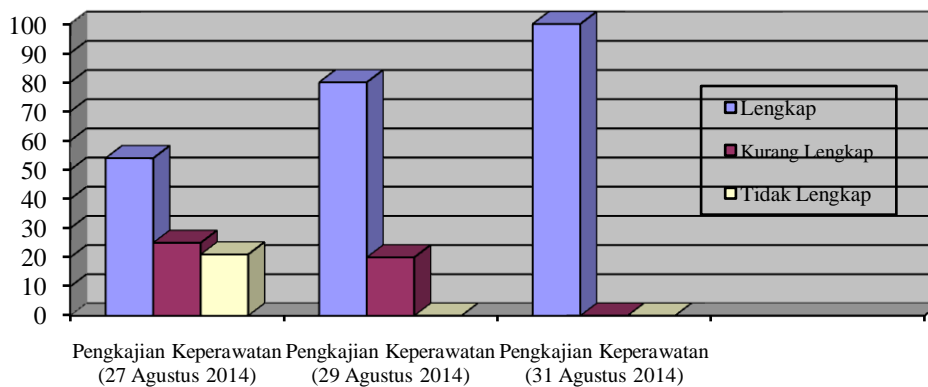
ada di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo.

## METODE PENELITIAN

Desain penelitian ini menggunakan pendekatan analitik deskriptif observasional. Kasus yang dipilih dalam studi kasus ini adalah kelengkapan dokumentasi keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo. Variabel dalam penelitian ini adalah supervisi kepala ruangan dan kelengkapan dokumentasi keperawatan. Pengumpulan data dilaksanakan 5 hari dari tanggal 27 – 31 Agustus 2014, dengan observasi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan lembar instrumen kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan dari depkes 1995.

## HASIL PENELITIAN

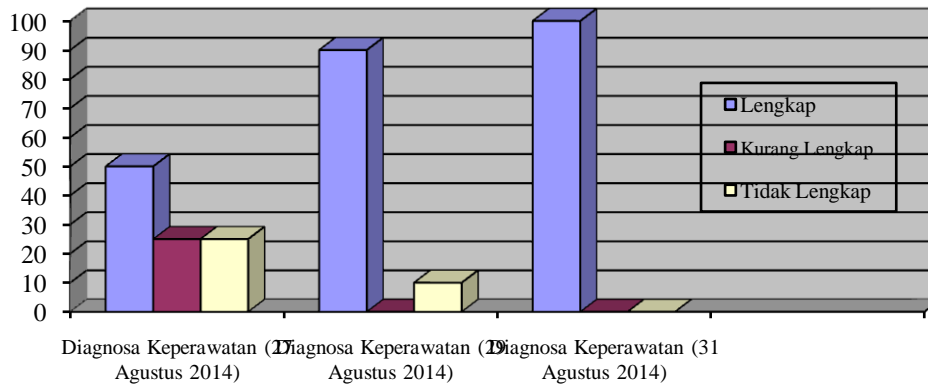
### 1. Identifikasi Penerapan Supervisi Kepala Ruangan Dalam Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Pengkajian Keperawatan



Gambar 4.2 Hasil Kelengkapan Pengkajian Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.2 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin pengkajian keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak 57%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 87%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis seluruhnya lengkap yaitu 100%.

### Diagnosa Keperawatan

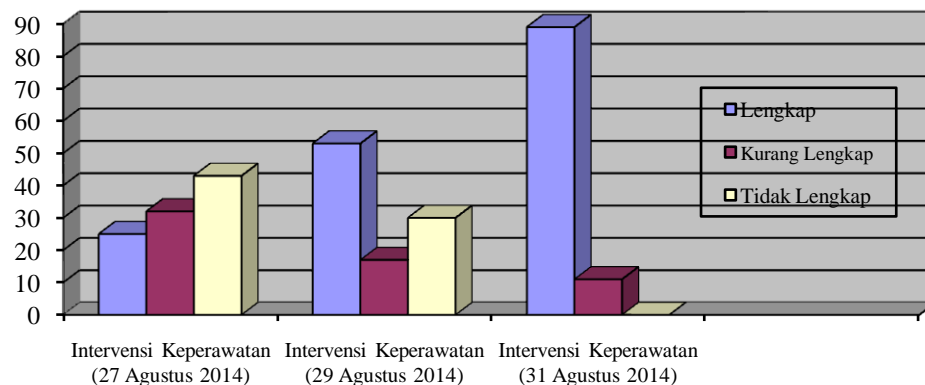


Gambar 4.3 Hasil Kelengkapan Diagnosa Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.3 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin diagnosa keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak

50%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 90%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis seluruhnya lengkap yaitu 100%.

### Intervensi Keperawatan

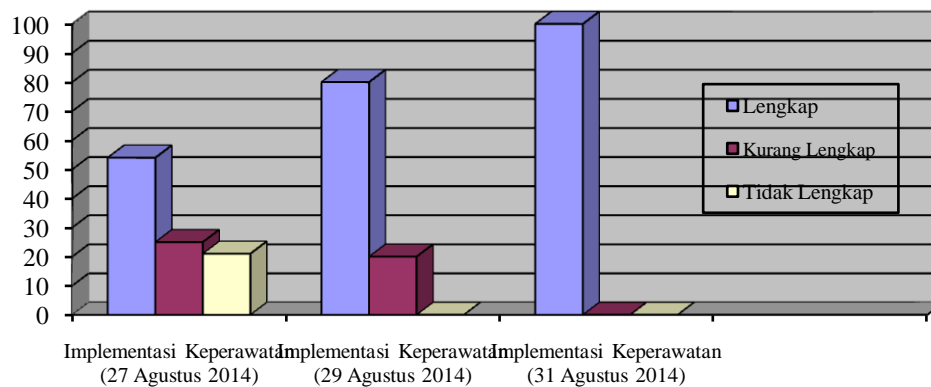


Gambar 4.4 Hasil Kelengkapan Intervensi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.4 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin intervensi keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak

25%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 53%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis yang lengkap sebanyak 89%.

### Implementasi Keperawatan

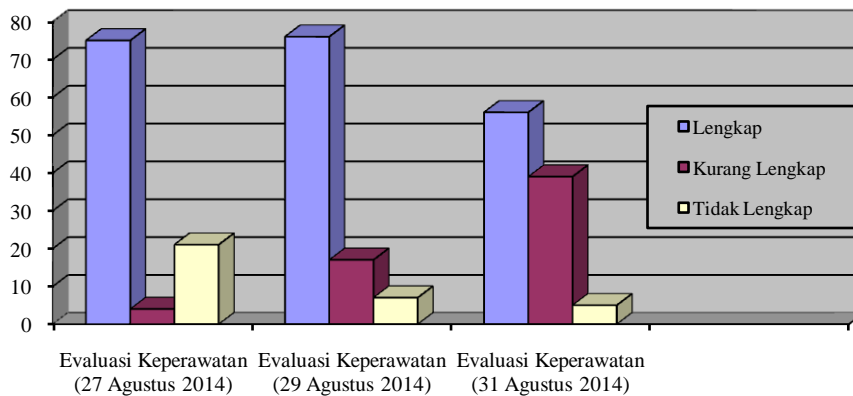


Gambar 4.5 Hasil Kelengkapan Implementasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.5 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin implementasi keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak

53%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 80%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis seluruhnya lengkap yaitu 100%.

### Evaluasi Keperawatan



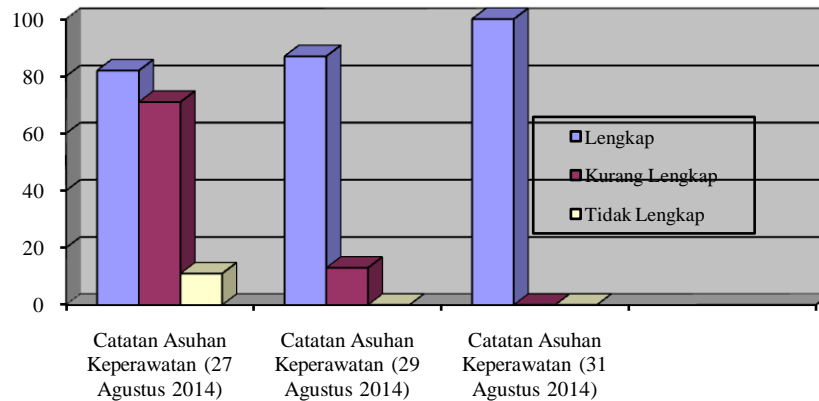
Gambar 4.6 Hasil Kelengkapan Evaluasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Kodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.6 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin evaluasi keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang lengkap sebanyak

75%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 77%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis yang lengkap sebanyak 56%.



### Catatan Asuhan Keperawatan



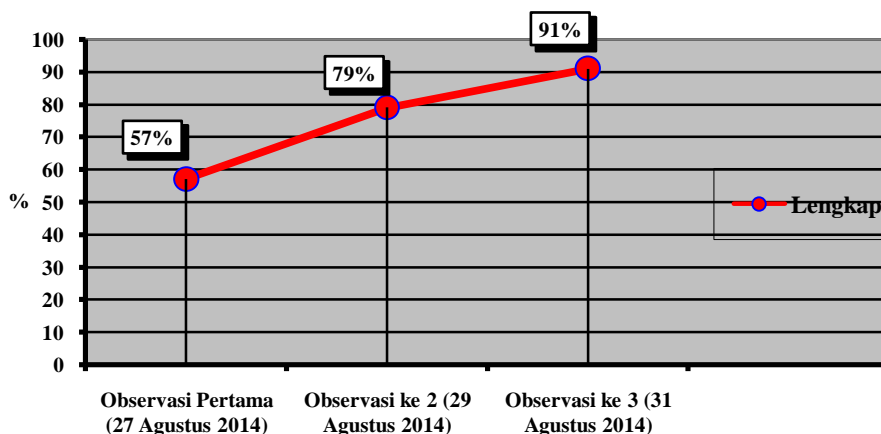
Gambar 4.7 Hasil Kelengkapan Catatan Asuhan Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.7 menunjukkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada poin catatan asuhan keperawatan tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis yang

lengkap sebanyak 82%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis yang lengkap sebanyak 87%, pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis seluruhnya lengkap yaitu 100%.

### 2. Evaluasi Penerapan Supervisi Kepala Ruangan Dalam Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan Di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang

Setelah dilaksanakan supervisi dokumentasi keperawatan sebanyak 2 kali didapatkan evaluasi kelengkapan dokumentasi keperawatan di ruang shofa marwah RS Siti Khodijah Sepanjang selama 3 kali observasi didapatkan hasil sebagai berikut :



Gambar 4.8 Hasil Evaluasi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27-31 Agustus 2014.

Berdasarkan gambar 4.8 menunjukkan bahwa evaluasi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 57%, pada tanggal 29

Agustus 2014 dari 30 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 79%, dan pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis pasien hampir seluruhnya lengkap yaitu sebanyak 91%.

## **PEMBAHASAN**

### **1. Identifikasi Penerapan Supervisi Kepala Ruangan Dalam Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang**

Dari hasil observasi didapatkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 57%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 79%, dan pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis pasien hampir seluruhnya lengkap yaitu sebanyak 91%.

Dari hasil tersebut jika diuraikan ketidaklengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang shofa marwah RS Siti Khodijah Sepanjang diantaranya yaitu pada poin pengkajian keperawatan tentang data pasien yang dikaji sejak klien masuk sampai pulang rata-rata tidak dilakukan, pada poin diagnosa keperawatan tentang perumusan diagnosa aktual/resiko/ potensial rata-rata tidak dilakukan karena diagnosa keperawatan yang diangkat dari setiap pasien masuk hanya 1

diagnosa keperawatan yang prioritas sehingga yang diangkat hanya diagnosa aktualnya saja sedangkan diagnosa potensial dan diagnosa resiko jarang diangkat, pada poin intervensi keperawatan tentang penyusunan intervensi menurut urutan prioritas rata-rata tidak dilakukan karena jika hanya 1 diagnosa keperawatan maka intervensi keperawatan tidak bisa disusun menurut urutan prioritas dan juga ada sebagian rencana intervensi keperawatan yang tidak mencantumkan keterlibatan klien/keluarga, pada poin implementasi keperawatan rata-rata sebagian tidak mengacu pada rencana asuhan keperawatan, pada poin evaluasi keperawatan sebagian besar sudah lengkap, dan pada poin catatan asuhan keperawatan ada sebagian perawat tidak mencantumkan nama lengkap serta paraf setelah melakukan tindakan keperawatan ke pasien.

Dokumentasi keperawatan yang tidak lengkap disebabkan karena adanya format asuhan keperawatan yang tidak diisi lengkap, sumber daya manusia yang kurang memadai, standard operasional rumah sakit yang tidak dilaksanakan, faktor keuntungan bagi

perawat, dan terakhir adalah motivasi perawat yang kurang dalam melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan (Hidayat, 2008).

Menurut Linggardini (2010) pengetahuan perawat akan mempengaruhi kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di ruangan.

Pengetahuan perawat bisa diperbaiki dengan adanya supervisi dan pembinaan tentang dokumentasi keperawatan, tetapi supervisi dan pembinaan tentang pendokumentasian asuhan keperawatan di ruangan yang dilakukan penelitian oleh peneliti jarang dilakukan sehingga hal ini memungkinkan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan menjadi tidak lengkap.

## **2. Evaluasi Penerapan Supervisi Kepala Ruangan dalam Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang**

Dari hasil observasi didapatkan bahwa kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada tanggal 27 Agustus 2014 dari 28 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 57%, pada tanggal 29 Agustus 2014 dari 30 rekam medis pasien sebagian besar lengkap yaitu sebanyak 79%, dan pada tanggal 31 Agustus 2014 dari 18 rekam medis pasien hampir seluruhnya lengkap yaitu sebanyak 91%.

Kelengkapan dokumentasi keperawatan diatas ada perubahan dari tidak lengkap menjadi lengkap setelah dilakukan tindakan supervisi dokumentasi keperawatan selama 2 kali yang jarak antara supervisi yang pertama dan kedua adalah 1 hari. Pelaksanaan supervisi keperawatan dilakukan sesuai prosedur dengan memaksimalkan peran kepala ruangan dan perawat primer/ ketua tim. Tindakan supervisi tidak langsung yang dilaksanakan oleh kepala ruangan meliputi: persiapan materi yang akan dilaksanakan yaitu supervisi dokumentasi keperawatan, kemudian mengambil rekam medis pasien yang akan diperiksa kelengkapannya, memeriksa kelengkapan dokumentasi sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan rumah sakit yaitu form A dari Depkes RI 1995, memberikan penilaian atas dokumentasi yang disupervisi dengan memberikan tanda bila ada yang masih kurang dan memberikan catatan tertulis pada perawat yang mendokumentasikan, kemudian memberikan catatan kecil pada lembar dokumentasi yang tidak lengkap atau tidak sesuai standar, pada catatan kecil tersebut mengandung unsur penilaian, memberikan *feedback*, memberikan *reinforcement* dan *follow up* perbaikan sehingga semua perawat yang mengisi dokumentasi asuhan keperawatan mengetahui dimana letak kesalahan/kekurangannya dalam pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dan sekaligus

mengetahui bagaimana cara memperbaiki ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan tersebut supaya dokumentasi keperawatan menjadi lengkap.

Penelitian yang dilakukan Etlindawati (2012) mengemukakan bahwa tindakan supervisi dokumentasi keperawatan sangat berpengaruh pada kelengkapan dokumentasi keperawatan apalagi supervisi tersebut mempunyai sistem kelanjutan yang artinya tidak hanya 1 kali supervisi dokumentasi keperawatan yang dilakukan tetapi lebih dari 1 kali supervisi dokumentasi keperawatan sehingga bisa membuat dokumentasi keperawatan menjadi lengkap. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Rostiani, dkk (2012) yang meneliti pengaruh variabel komunikasi dan supervisi kepala ruangan terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan, dari hasil penelitian tersebut Rostiani mengemukakan bahwa variabel yang paling berpengaruh terhadap kelengkapan dokumentasi keperawatan adalah supervisi dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh kepala ruangan.

Menurut penelitian yang dilakukan Linggardini (2010) menyatakan bahwa perawat yang mendapatkan supervisi dan pembinaan secara teratur berpeluang 9,333 kali untuk menyusun dokumentasi proses keperawatan lebih baik dibandingkan dengan perawat yang tidak mendapatkan supervisi dan pembinaan setelah

dikontrol dari lama kerja dan tehnik supervisi yang digunakan.

Menurut penelitian yang dilakukan Ardika (2012) menyatakan bahwa pengetahuan perawat sangat berpengaruh terhadap kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Hal ini sesuai dengan Agung Pribadi yang mengemukakan bahwa perawat yang berpengetahuan rendah memiliki resiko 6,280 kali lebih besar untuk melakukan pengisian dokumentasi yang tidak lengkap (Ardika, 2012).

Tujuan supervisi adalah memberikan bantuan kepada bawahan secara langsung, sehingga bawahan memiliki bekal yang cukup untuk dapat melaksanakan tugas atau pekerjaan dengan hasil yang baik (WHO, 2009).

Dari hasil penelitian yang dilakukan peneliti dan di dukung oleh beberapa teori diatas dapat disimpulkan bahwa supervisi dokumentasi keperawatan sangat bagus digunakan untuk memperbaiki dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di ruangan sehingga dengan adanya supervisi dokumentasi keperawatan oleh kepala ruangan bisa membantu perawat dalam mendapatkan bekal pengetahuan yang cukup untuk dapat melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan dengan baik. Hal ini bisa dibuktikan dari hasil penelitian yang dilakukan oleh peneliti yaitu terjadinya perubahan hasil dokumentasi asuhan keperawatan dari tidak lengkap menjadi lengkap hanya dengan 2 kali supervisi

keperawatan yang jarak antara supervisi pertama dan supervisi kedua adalah 1 hari dan didukung dengan memaksimalkan faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi keperawatan diantaranya adalah bekal pengetahuan yang cukup tentang

## **KESIMPULAN DAN SARAN**

### **Kesimpulan**

1. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang shofa marwah RS Siti Khodijah Sepanjang pada tanggal 27 Agustus 2014 yaitu sebanyak 57%, pada tanggal 29 Agustus 2014 yaitu sebanyak 79%, dan pada tanggal 31 Agustus 2014 yaitu sebanyak 91%.
2. Kelengkapan dokumentasi keperawatan terjadi perubahan dari tidak lengkap menjadi lengkap setelah dilakukan supervisi keperawatan sebanyak 2 kali dengan jarak antara supervisi pertama dan supervisi kedua adalah 1 hari.

### **Saran**

1. Bagi perawat Supervisi dokumentasi keperawatan diharapkan dijadikan intervensi keperawatan untuk memperoleh bekal pengetahuan tentang tatacara

pengisian dokumentasi asuhan keperawatan dan motivasi perawat yang besar untuk dapat melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan sehingga dokumentasi asuhan keperawatan yang ada di ruangan menjadi lengkap.

- pengisian dokumentasi asuhan keperawatan yang benar.
2. Bagi Ruangan Diharapkan ruangan merencanakan dan membuat jadwal pelaksanaan supervisi dokumentasi keperawatan yang jelas, menggunakan instrumen kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan oleh rumah sakit, dan mengadakan pembinaan pada perawat tentang cara pengisian dokumentasi asuhan keperawatan sesuai standard asuhan keperawatan.
3. Bagi peneliti selanjutnya Penelitian tentang pengaruh supervisi dokumentasi keperawatan terhadap kinerja perawat dalam melengkapi dokumentasi asuhan keperawatan dikemudian hari perlu dikembangkan sehingga dapat menambah keilmuan terutama dibidang manajemen keperawatan.

## **DAFTAR PUSTAKA**

Ardika, Ryco Giftyan. 2012. *Hubungan Antara Pengetahuan Perawat Tentang Rekam Medis Dengan Kelengkapan*

*Pengisian Catatan Keperawatan*. Skripsi Arwani & Heru Supriyanto. 2006. *Manajemen Bangsal Keperawatan*, Jakarta, EGC

- Dewi, Rostiani. 2012. *Supervisi Kepala Ruang Berdasarkan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan*. Skripsi RSUD Banyumas Jawa Tengah. Tesis.
- Departemen Kesehatan RI. 1995. *Instrumen evaluasi penerapan standart asuhan keperawatan di Rumah Sakit*. Direktorat Yanmedik & Keperawatan. Jakarta. Depkes RI.
- Etlidawati. 2012. *Hubungan Strategi Supervisi Kepala Ruang Denganmotivasi Perawat Dalam Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Rumah Sakit Daerah Pariaman*. Tesis.
- Hidayat, AAA. 2007. *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC
- \_\_\_\_\_ (2010) *Metode Penelitian Kesehatan Paradikma Kwantitatif, Health Book*
- Hubber, D. 2006. *Leadrrship Nursing Care Management*, Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Linggardini, Kris. 2010. *Hubungan supervisi dengan pendokumentasian yangdipersepsikan perawat pelaksana di instalasi rawat inap*
- Notoatmodjo. 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta: rineka Cipta.
- Nursalam. 2008. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan Pedoman Skripsi, Tesis, dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika
- \_\_\_\_\_. 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*. Edisi 2. Jakarta: Salemba Medika.
- \_\_\_\_\_. 2011. *Manajemen Keperawatan : Aplikasi Dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta : Salemba Medika.
- \_\_\_\_\_. 2011. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu keperawatan, Edisi 2*. Selemba Medika.
- \_\_\_\_\_. 2012. *Manajemen Perawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Edisi 3. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter & Perry. 2008. *Buku ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses dan*

*Praktik*. Edisi 4. Jakarta:  
EGC.

*Aplikasi*. Yogyakarta.  
Graha Ilmu

- Pribadi, A. 2009. *Analisis Pengaruh Pengetahuan, Motivasi Dan Persepsi Perawat Tentang Supervisi Kepala Ruang Terhadap Pendokumentasian Pelaksanaan asuhan Keperawatan Di RSUD Kelet Japara, Jawa Tengah*. Tesis
- Sayanto. 2009. *Mengenal Kepemimpinan dan Manajemen Keperawatan di Rumah Sakit*. Yogyakarta. Mitra Cendikia Press.
- Setiadi. 2012. *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan keperawatan, Teori dan*
- Suarli, S dan Bahtiar, Y. 2010. *Manajemen Keperawatan dengan pendekatan praktis*. Penerbit Erlangga. Jakarta.
- Wiyana, M. 2008. *Pengaruh Pelatihan Supervisi dan Komunikasi pada kepala ruangan terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan di Rumah Sakit dr Soendono Madiun*. Tesis Program Studi pascasarjana fakultas ilmu keperawatan UI. Tidak dipublikasikan.

Hasil Observasi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Shofa  
Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 27 Agustus 2014.

1. Pengkajian Keperawatan

Statistics

		Mendokumentasikan data yang dikaji	Data dikelompokkan	Data dikaji sejak klien masuk sampai pulang	Data dirumuskan berdasarkan pola fungsi kehidupan	Jumlah
N	Valid	28	28	28	28	28
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		.86	.57	.07	.89	1.57
Median		1.00	1.00	.00	1.00	1.00
Mode		1	1	0	1	1
Std. Deviation		.356	.504	.262	.315	.742
Variance		.127	.254	.069	.099	.550
Range		1	1	1	1	2
Sum		24	16	2	25	44

Mendokumentasikan data yang dikaji

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	4	14.3	14.3	14.3
	ada	24	85.7	85.7	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Data dikelompokkan (Bio, psiko, sosio, spiritual)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	12	42.9	42.9	42.9
	ada	16	57.1	57.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Data dikaji sejak klien masuk sampai pulang

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	26	92.9	92.9	92.9
	ada	2	7.1	7.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Data dirumuskan berdasarkan pola fungsi kehidupan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	3	10.7	10.7	10.7
	ada	25	89.3	89.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

Jumlah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	16	57.1	57.1	57.1
	Kurang Lengkap	8	28.6	28.6	85.7
	Tidak Lengkap	4	14.3	14.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	



## 2. Diagnosa Keperawatan

### Statistics

		Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah	Diagnosa keperawatan mencerminkan PES	Merumuskan diagnosa aktual/ resiko/ potensial	Jumlah
N	Valid	28	28	28	28
	Missing	0	0	0	0
Mean		.82	.79	.54	1.75
Median		1.00	1.00	1.00	1.50
Mode		1	1	1	1
Std. Deviation		.390	.418	.508	.844
Variance		.152	.175	.258	.713
Range		1	1	1	2
Sum		23	22	15	49

#### Diagnosa keperawatan berdasarkan masalah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	5	17.9	17.9	17.9
	ada	23	82.1	82.1	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

#### Diagnosa keperawatan mencerminkan PES

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	6	21.4	21.4	21.4
	ada	22	78.6	78.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

#### Merumuskan diagnosa aktual/ resiko/ potensial

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	13	46.4	46.4	46.4
	ada	15	53.6	53.6	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

#### Jumlah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	14	50.0	50.0	50.0
	Kurang lengkap	7	25.0	25.0	75.0
	Tidak lengkap	7	25.0	25.0	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

## 3. Intervensi Keperawatan

### Statistics

		Berdasarkan diagnosa keperawatan	Disusun menurut urutan prioritas	Rumusan tujuan mengandung komponen klien	Rencana intervensi mengacu pada tujuan	Rencana intervensi menggunakanke terlibatanklien atau keluarga	Rencana intervensi menggambarkan kerjasamadengan tim kesehatan	Jumlah
N	Valid	28	28	28	28	28	28	28
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		.86	.43	.00	.46	.54	.68	2.18
Median		1.00	.00	.00	.00	1.00	1.00	2.00
Mode		1	0	0	0	1	1	3
Std. Deviation		.356	.504	.000	.508	.508	.476	.819
Variance		.127	.254	.000	.258	.258	.226	.671
Range		1	1	0	1	1	1	2
Sum		24	12	0	13	15	19	61

**Berdasarkan diagnosa keperawatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	4	14.3	14.3	14.3
Ada	24	85.7	85.7	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Disusun menurut urutan prioritas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	16	57.1	57.1	57.1
Ada	12	42.9	42.9	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Rumusan tujuan mengandung komponen klien**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	28	100.0	100.0	100.0

**Rencana intervensi mengacu pada tujuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	15	53.6	53.6	53.6
Ada	13	46.4	46.4	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Rencana intervensi menggunakan keterlibatan klien atau keluarga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	13	46.4	46.4	46.4
ada	15	53.6	53.6	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Rencana intervensi menggambarkan kerjasama dengan tim kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	9	32.1	32.1	32.1
ada	19	67.9	67.9	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Jumlah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lengkap	7	25.0	25.0	25.0
Kurang Lengkap	9	32.1	32.1	57.1
Tidak Lengkap	12	42.9	42.9	100.0
Total	28	100.0	100.0	

4. Implementasi Keperawatan

**Statistics**

	Implementasi dilaksanakan mengacu pada rencana askep	Perawat mengobservasi respon klien terhadap implementasi keperawatan	Revisi implementasi berdasarkan hasil evaluasi	Semua implementasi didokumentasikan dengan ringkas dan jelas	Jumlah
N Valid	28	28	28	28	28
Missing	0	0	0	0	0
Mean	.18	.93	.50	.75	1.68
Median	.00	1.00	.50	1.00	1.00
Mode	0	1	0 <sup>a</sup>	1	1
Std. Deviation	.390	.262	.509	.441	.819

Variance	.152	.069	.259	.194	.671
Range	1	1	1	1	2
Sum	5	26	14	21	47

**Implementasi dilaksanakan mengacu pada rencana askep**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	23	82.1	82.1	82.1
ada	5	17.9	17.9	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Perawat mengobservasi respon klien terhadap implementasi keperawatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	2	7.1	7.1	7.1
ada	26	92.9	92.9	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Revisi implementasi berdasarkan hasil evaluasi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	14	50.0	50.0	50.0
ada	14	50.0	50.0	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Semua implementasi didokumentasikan dengan ringkas dan jelas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	7	25.0	25.0	25.0
ada	21	75.0	75.0	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Jumlah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lengkap	15	53.6	53.6	53.6
Kurang Lengkap	7	25.0	25.0	78.6
Tidak Lengkap	6	21.4	21.4	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**5. Evaluasi Keperawatan**

**Statistics**

	Evaluasi mengacu pada tujuan	Hasil evaluasi didokumentasikan	Jumlah
N Valid	28	28	28
Missing	0	0	0
Mean	.79	.75	1.46
Median	1.00	1.00	1.00
Mode	1	1	1
Std. Deviation	.418	.441	.838

Variance	.175	.194	.702
Range	1	1	2
Sum	22	21	41

**Evaluasi mengacu pada tujuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	6	21.4	21.4	21.4
ada	22	78.6	78.6	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Hasil evaluasi didokumentasikan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	7	25.0	25.0	25.0
ada	21	75.0	75.0	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Jumlah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lengkap	21	75.0	75.0	75.0
Kurang lengkap	1	3.6	3.6	78.6
Tidak lengkap	6	21.4	21.4	100.0
Total	28	100.0	100.0	

6. Catatan Asuhan Keperawatan

**Statistics**

		Menulis pada format yang baku	Pendokumentasian sesuai intervensi yang dilaksanakan	Pendokumentasian ditulis dengan jelas	Setiap melakukan intervensi mencantumkan paraf dan nama dengan jelas	Catatan keperawatan disimpan sesuai ketentuan yang berlaku	Jumlah
N	Valid	28	28	28	28	28	28
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		.89	.61	.68	.79	.89	1.29
Median		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mode		1	1	1	1	1	1
Std. Deviation		.315	.497	.476	.418	.315	.659
Variance		.099	.247	.226	.175	.099	.434
Range		1	1	1	1	1	2
Sum		25	17	19	22	25	36

**Menulis pada format yang baku**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	3	10.7	10.7	10.7
ada	25	89.3	89.3	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Pendokumentasian sesuai intervensi yang dilaksanakan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	11	39.3	39.3	39.3
Ada	17	60.7	60.7	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Pendokumentasian ditulis dengan jelas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	9	32.1	32.1	32.1
ada	19	67.9	67.9	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Setiap melakukan intervensi mencantumkan paraf dan nama dengan jelas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	6	21.4	21.4	21.4
ada	22	78.6	78.6	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Catatan keperawatan disimpan sesuai ketentuan yang berlaku**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	3	10.7	10.7	10.7
ada	25	89.3	89.3	100.0
Total	28	100.0	100.0	

**Jumlah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lengkap	23	82.1	82.1	82.1
Kurang lengkap	2	7.1	7.1	89.3
Tidak lengkap	3	10.7	10.7	100.0
Total	28	100.0	100.0	

Hasil Observasi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 29 Agustus 2014.

1. Pengkajian Keperawatan

Statistics

	Mendokumentasikan datayangdikaji	Datadikelompokkan	Datadikajisejaklien masuksampaipulang	Datadirumuskanberdasarkanpolafungsikehidupan	Jumlah
N Valid	30	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0	0
Mean	1.00	.87	.00	1.00	1.13
Median	1.00	1.00	.00	1.00	1.00
Mode	1	1	0	1	1
Std. Deviation	.000	.346	.000	.000	.346
Variance	.000	.120	.000	.000	.120
Sum	30	26	0	30	34

Mendokumentasikan datayangdikaji

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	30	100.0	100.0	100.0

Datadikelompokkan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	4	13.3	13.3	13.3
ada	26	86.7	86.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

Datadikajisejaklienmasuksampaipulang

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	30	100.0	100.0	100.0

Datadirumuskanberdasarkanpolafungsikehidupan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	30	100.0	100.0	100.0

Jumlah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lengkap	26	86.7	86.7	86.7
Kurang Lengkap	4	13.3	13.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

2. Dokumentasi Keperawatan

Statistics

	Diagnosakeperawatanberdasarkanmasalah	DiagnosakeperawatanmencerminkanPES	Merumuskandiagnosa aktualresikopotensial	Jumlah
N Valid	30	30	30	30
Missing	0	0	0	0
Mean	.90	.90	.90	1.20
Median	1.00	1.00	1.00	1.00
Mode	1	1	1	1
Std. Deviation	.305	.305	.305	.610
Variance	.093	.093	.093	.372
Range	1	1	1	2
Sum	27	27	27	36

**Diagnosakeperawatanberdasarkanmasalah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	3	10.0	10.0	10.0
	ada	27	90.0	90.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**DiagnosakeperawatanmencerminkanPES**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	3	10.0	10.0	10.0
	ada	27	90.0	90.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**Merumusandiagnosaaktualresikopotensial**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	3	10.0	10.0	10.0
	ada	27	90.0	90.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**Jumlah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	27	90.0	90.0	90.0
	Tidak lengkap	3	10.0	10.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

### 3. Intervensi Keperawatan

**Statistics**

		Berdasarkan diagnosakeperawatan	Disusunmenurut urutanprioritas	Rumusantujuan mengandungko mponenklien	Rencanakaninterve nsimengacupada tujuan	Rencanakaninterv ensimengguna kanketerlibata nklienataukel uarga	Rencanakaninterve nsimenggambar kankerjasamade ngantimkesehat an	Jumlah
N	Valid	30	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		.87	.73	.80	.87	.73	.73	1.77
Median		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mode		1	1	1	1	1	1	1
Std. Deviation		.346	.450	.407	.346	.450	.450	.898
Variance		.120	.202	.166	.120	.202	.202	.806
Range		1	1	1	1	1	1	2
Sum		26	22	24	26	22	22	53

**Berdasarkandiagnosakeperawatan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	4	13.3	13.3	13.3
	ada	26	86.7	86.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**Disusunmenuruturutanprioritas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	8	26.7	26.7	26.7
	ada	22	73.3	73.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**Rumusantujuanmengandungkomponenklien**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	6	20.0	20.0	20.0
	ada	24	80.0	80.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

**Rencana intervensi mengacu pada tujuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	4	13.3	13.3	13.3
ada	26	86.7	86.7	100.0
Total	30	100.0	100.0	

**Rencana intervensi menggunakan keterlibatan klien atau keluarga**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	8	26.7	26.7	26.7
Ada	22	73.3	73.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

**Rencana intervensi menggambar kanker jasad dengan tim kesehatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	8	26.7	26.7	26.7
Ada	22	73.3	73.3	100.0
Total	30	100.0	100.0	

**Jumlah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lengkap	16	53.3	53.3	53.3
Kurang Lengkap	5	16.7	16.7	70.0
Tidak Lengkap	9	30.0	30.0	100.0
Total	30	100.0	100.0	

**4. Implementasi Keperawatan**

**Statistics**

	Implementasi dilaksanakan mengacu pada rencana askep	Perawat mengobservasi respon klien terhadap implementasi keperawatan	Revisi implementasi berdasarkan hasil evaluasi	Semua implementasi didokumentasikan dengan ringkas dan jelas	Jumlah
N Valid	30	30	30	30	30
Missing	1	1	1	1	1
Mean	1.00	.80	.40	1.00	1.20
Median	1.00	1.00	.00	1.00	1.00
Mode	1	1	0	1	1
Std. Deviation	.000	.407	.498	.000	.407
Variance	.000	.166	.248	.000	.166
Range	0	1	1	0	1
Sum	30	24	12	30	36

**Implementasi dilaksanakan mengacu pada rencana askep**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	30	96.8	100.0	100.0
Missing System	1	3.2		
Total	31	100.0		

**Perawat mengobservasi respon klien terhadap implementasi keperawatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	6	19.4	20.0	20.0
ada	24	77.4	80.0	100.0
Total	30	96.8	100.0	
Missing System	1	3.2		
Total	31	100.0		

**Revisi implementasi berdasarkan hasil evaluasi**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	18	58.1	60.0	60.0
Ada	12	38.7	40.0	100.0



Total		30	96.8	100.0
Missing	System	1	3.2	
Total		31	100.0	

**Semua implementasi didokumentasikan dengan ringkas dan jelas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	30	96.8	100.0	100.0
Missing	System	1	3.2		
Total		31	100.0		

**Jumlah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	24	77.4	80.0	80.0
	Kurang Lengkap	6	19.4	20.0	100.0
	Total	30	96.8	100.0	
Missing	System	1	3.2		
Total		31	100.0		

## 5. Evaluasi Keperawatan

**Statistics**

		Evaluasi mengacu pada tujuan	Hasil evaluasi didokumentasikan	Jumlah
N	Valid	30	30	30
	Missing	0	0	0
Mean		.83	.87	1.30
Median		1.00	1.00	1.00
Mode		1	1	1
Std. Deviation		.379	.346	.596
Variance		.144	.120	.355
Range		1	1	2
Sum		25	26	39

**Evaluasi mengacu pada tujuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	5	16.7	16.7	16.7
	ada	25	83.3	83.3	100.0
Total		30	100.0	100.0	

**Hasil evaluasi didokumentasikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	4	13.3	13.3	13.3
	ada	26	86.7	86.7	100.0
Total		30	100.0	100.0	

**Jumlah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	23	76.7	76.7	76.7
	Kurang lengkap	5	16.7	16.7	93.3
	Tidak lengkap	2	6.7	6.7	100.0
Total		30	100.0	100.0	

## 6. Catatan Asuhan Keperawatan

### Statistics

		Menulispadaform matyangbaku	Pendokumentasi ansesuaiiinterven siyangdilaksana kan	Pendokumentasian ditulisdenganjelas	Setiapmelakukan ntervensimencantu mkanparafdannam adenganjelas	Catatankeperaw atandisimpanses uaitentuanyan gberlaku	Jumlah
N	Valid	30	30	30	30	30	30
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		1.00	.80	.77	.93	1.00	1.13
Median		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mode		1	1	1	1	1	1
Std. Deviation		.000	.407	.430	.254	.000	.346
Variance		.000	.166	.185	.064	.000	.120
Range		0	1	1	1	0	1
Sum		30	24	23	28	30	34

#### Menulispadaformmatyangbaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ada	30	100.0	100.0	100.0

#### Pendokumentasiansesuaiintervensiyangdilaksanakan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	6	20.0	20.0	20.0
	Ada	24	80.0	80.0	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

#### Pendokumentasianditulisdenganjelas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	7	23.3	23.3	23.3
	ada	23	76.7	76.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

#### Setiapmelakukanintervensimencantumkanparafdannamadenganjelas

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	2	6.7	6.7	6.7
	ada	28	93.3	93.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

#### Catatankeperawatandisimpansesuaiiketentuanyangberlaku

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	30	100.0	100.0	100.0

#### Jumlah

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	26	86.7	86.7	86.7
	Kurang lengkap	4	13.3	13.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Hasil Observasi Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Shofa  
Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo tanggal 31 Agustus 2014.

1. Pengkajian Keperawatan

Statistics

		mendokumentasikan datayangdikaji	datadikelompokkan	datayangdikaji	masalahdirumuskan	jumlah
N	Valid	18	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0	0
Mean		1.00	1.00	.00	1.00	1.00
Median		1.00	1.00	.00	1.00	1.00
Mode		1	1	0	1	1
Std. Deviation		.000	.000	.000	.000	.000
Variance		.000	.000	.000	.000	.000
Sum		18	18	0	18	18

mendokumentasikan datayangdikaji

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

datadikelompokkan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

datayangdikaji

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	18	100.0	100.0	100.0

masalahdirumuskan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

jumlah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid lengkap	18	100.0	100.0	100.0

2. Diagnosa Keperawatan

Statistics

		Diagnosaberdasarkan masalah	diagnosamencermink anpepes	merumuskandiagnos a	jumlah
N	Valid	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0
Mean		1.00	1.00	1.00	1.00
Median		1.00	1.00	1.00	1.00
Mode		1	1	1	1
Std. Deviation		.000	.000	.000	.000
Sum		18	18	18	18

diagnosaberdasarkanmasalah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

diagnosamencerminkanpepes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

merumuskandiagnosa

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

**jumlah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid lengkap	18	100.0	100.0	100.0

**3. Intervensi Keperawatan**

**Statistics**

		berdasarkandiagnosa	disusunmenurut prioritas	rumusantujuan mengandungkomponen	rencanaintervensi mengacupadatujuan	rencanaintervensi menggunakan keterlibatan	rencanaintervensi menggambar kanker jasama	jumlah
N	Valid	18	18	18	18	18	18	18
	Missing	0	0	0	0	0	0	0
Mean		1.00	.11	.94	.89	1.00	1.00	1.11
Median		1.00	.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mode		1	0	1	1	1	1	1
Std. Deviation		.000	.323	.236	.323	.000	.000	.323
Variance		.000	.105	.056	.105	.000	.000	.105
Range		0	1	1	1	0	0	1
Sum		18	2	17	16	18	18	20

**berdasarkandiagnosa**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

**disusunmenurutprioritas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	16	88.9	88.9	88.9
ada	2	11.1	11.1	100.0
Total	18	100.0	100.0	

**rumusantujuanmengandungkomponen**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	1	5.6	5.6	5.6
ada	17	94.4	94.4	100.0
Total	18	100.0	100.0	

**rencanaintervensi mengacupadatujuan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	2	11.1	11.1	11.1
ada	16	88.9	88.9	100.0
Total	18	100.0	100.0	

**rencanaintervensi menggunakan keterlibatan**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

**rencanaintervensi menggambar kanker jasama**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	100.0	100.0	100.0

**jumlah**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid lengkap	16	88.9	88.9	88.9
kurang lengkap	2	11.1	11.1	100.0
Total	18	100.0	100.0	

#### 4. Implementasi Keperawatan

##### Statistics

	Implementasi dilaksanakan mengacu pada rencana askep	Perawat mengobservasi respon klien terhadap implementasi keperawatan	Revisi implementasi berdasarkan hasil evaluasi	Semua implementasi didokumentasikan dengan ringkas dan jelas	Jumlah
N	Valid	18	18	18	18
	Missing	10	10	10	10
Mean		.33	1.00	1.00	1.00
Median		.00	1.00	1.00	1.00
Mode		0	1	1	1
Std. Deviation		.485	.000	.000	.000
Sum		6	18	18	18

##### Implementasi dilaksanakan mengacu pada rencana askep

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid tidak ada	12	42.9	66.7	66.7
Ada	6	21.4	33.3	100.0
Total	18	64.3	100.0	
Missing System	10	35.7		
Total	28	100.0		

##### Perawat mengobservasi respon klien terhadap implementasi keperawatan

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ada	18	64.3	100.0	100.0
Missing System	10	35.7		
Total	28	100.0		

##### Revisi implementasi berdasarkan hasil evaluasi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	18	64.3	100.0	100.0
Missing System	10	35.7		
Total	28	100.0		

##### Semua implementasi didokumentasikan dengan ringkas dan jelas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Ada	18	64.3	100.0	100.0
Missing System	10	35.7		
Total	28	100.0		

##### Jumlah

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Lengkap	18	64.3	100.0	100.0
Missing System	10	35.7		
Total	28	100.0		

#### 5. Evaluasi Keperawatan

##### Statistics

	Evaluasi mengacu pada tujuan	Hasil evaluasi didokumentasikan	Jumlah
N	Valid	18	18
	Missing	10	10
Mean		.72	1.50
Median		1.00	1.00
Mode		1	1
Std. Deviation		.461	.618
Sum		13	27

**Evaluasi mengacu pada tujuan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	5	17.9	27.8	27.8
	ada	13	46.4	72.2	100.0
	Total	18	64.3	100.0	
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

**Hasil evaluasi di dokumentasikan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	tidak ada	4	14.3	22.2	22.2
	ada	14	50.0	77.8	100.0
	Total	18	64.3	100.0	
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

**Jumlah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	10	35.7	55.6	55.6
	Kurang lengkap	7	25.0	38.9	94.4
	Tidak lengkap	1	3.6	5.6	100.0
	Total	18	64.3	100.0	
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

**6. Catatan Asuhan Keperawatan**

**Statistics**

		Menulis pada format yang baku	Pendokumentasian sesuai intervensi yang dilaksanakan	Pendokumentasi anditulis dengan jelas	Setiap melakukan intervensi mencantumkan paraf dan nama dengan jelas	Catatan keperawatan disimpan sesuai ketentuan yang berlaku	Jumlah
N	Valid	18	18	18	18	18	18
	Missing	10	10	10	10	10	10
Mean		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Median		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Mode		1	1	1	1	1	1
Std. Deviation		.000	.000	.000	.000	.000	.000
Sum		18	18	18	18	18	18

**Menulis pada format yang baku**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ada	18	64.3	100.0	100.0
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

**Pendokumentasian sesuai intervensi yang dilaksanakan**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	18	64.3	100.0	100.0
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

**Pendokumentasianditulisdenganjelas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	18	64.3	100.0	100.0
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

**Setiapmelakukanintervensimencantumkanparafdannamadenganjelas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	18	64.3	100.0	100.0
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

**Catatankeperawatandisimpansesuaiketentuanyangberlaku**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ada	18	64.3	100.0	100.0
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

**Jumlah**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Lengkap	18	64.3	100.0	100.0
Missing	System	10	35.7		
Total		28	100.0		

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Yani Nurul Anshori

Judul KTI : Studi Kasus Penerapan Supervisi Kepala Ruangan dalam Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan di Ruang Shofa Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo.

Nama Pembimbing : 1. Nur Mukarromah, S.KM,. M.Kes.  
2. Ratna Agustin, S.Kep,Ns,. M.Kep.

No	Hari, Tanggal	Hasil Konsultasi	Tanda Tangan	Pembimbing
1	01/ 08/ 2014	Konsul Judul & ACC Judul		Nur Mukarromah, S.KM,. M.Kes.
2	13/ 08/ 2014	Konsul Judul & ACC Judul		Ratna Agustin, S.Kep,Ns,. M.Kep.
3	04/ 08/ 2014	Konsul BAB 1		Nur Mukarromah, S.KM,. M.Kes.
4	07/ 08/ 2014	Konsul BAB 1,2, Dan 3		Nur Mukarromah, S.KM,. M.Kes.
5	14/ 08/ 2014	ACC BAB 1, 2, Dan 3		Nur Mukarromah, S.KM,. M.Kes.
6	15/ 08/ 2014	Konsul BAB 1, 2, Dan 3		Ratna Agustin, S.Kep,Ns,. M.Kep.
7	18/ 08/ 2014	ACC BAB 1, 2, Dan 3		Ratna Agustin, S.Kep,Ns,. M.Kep.
8	21/ 08/ 2014	ACC penelitian pembimbing 1		Nur Mukarromah, S.KM,. M.Kes.
9	22/ 08/ 2014	ACC penelitian pembimbing 2		Ratna Agustin, S.Kep,Ns,. M.Kep.
10	02/ 09/ 2014	Konsul BAB 4 dan 5		Nur Mukarromah, S.KM,. M.Kes.
11	04/ 09/ 2014	Konsul revisi BAB 4 dan 5		Nur Mukarromah, S.KM,. M.Kes.



12	10/ 09/ 2014	ACC BAB 4 dan 5		Nur Mukarromah, S.KM., M.Kes.
13	10/ 09/ 2014	ACC ujian pembimbing 1		Nur Mukarromah, S.KM., M.Kes.
14	08/ 09/ 2014	Konsul BAB 4 dan 5		Ratna Agustin, S.Kep,Ns., M.Kep.
15	10/ 09/ 2014	Konsul revisi BAB 4 dan 5		Ratna Agustin, S.Kep,Ns., M.Kep.
16	12/ 09/ 2014	ACC BAB 4 dan 5		Ratna Agustin, S.Kep,Ns., M.Kep.
17	12/ 09/ 2014	ACC ujian pembimbing 2		Ratna Agustin, S.Kep,Ns., M.Kep.
18	18/ 09/ 2014	Konsul revisi BAB 1-5 dan ACC BAB 1-5 oleh pembimbing 2		Ratna Agustin, S.Kep,Ns., M.Kep.
19	19/ 09/ 2014	Konsul revisi BAB 1-5 dan ACC BAB 1-5 oleh pembimbing 1		Nur Mukarromah, S.KM., M.Kes.
20	19/ 09/ 2014	Konsul revisi BAB 1-5 dan ACC BAB 1-5 oleh penguji		Puji Rahayu, S.Kep,Ns., M.Kep.

## **SATUAN ACARA KEGIATAN (SAK) SUPERVISI DOKUMENTASI KEPERAWATAN**

### **I. TUJUAN INSTRUKSIONAL UMUM (TIU)**

Setelah melaksanakan kegiatan supervisi dokumentasi keperawatan diharapkan dokumentasi keperawatan lengkap

### **II. TUJUAN INSTRUKSIONAL KHUSUS (TIK)**

Setelah dilakukan kegiatan supervisi dokumentasi keperawatan di ruang marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo diharapkan :

- a. Perawat mengetahui cara pengisian dokumentasi keperawatan secara benar
- b. Perawat mau mengisi lembar dokumentasi keperawatan secara lengkap
- c. Perawat mampu mengisi lembar dokumentasi keperawatan secara lengkap

### **III. Manfaat**

- a. Bagi Perawat

Dapat menambah ilmu pengetahuan tentang cara pengisian dokumentasi keperawatan dengan baik dan benar dan dapat mengisi dokumentasi keperawatan secara lengkap

- b. Bagi Ruangan

Untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan di ruangan

### **IV. Strategi Pelaksanaan**

- a. Kegiatan : Supervisi Dokumentasi Keperawatan
- b. Media dan Alat : Rekam Medis Pasien
- c. Tempat : Di Ruang Marwah RS Siti Khodijah Sepanjang Sidoarjo
- d. Waktu kegiatan : 60 menit

No	Waktu	Tahap	Kegiatan	Supervisor
1	-	Pra interaksi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mempersiapkan materi yang akan disupervisi dan segala kelengkapan alat dan instrumen yang akan digunakan dalam supervisi</li> </ul>	-
2	10 menit	Orientasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengambil dokumen asuhan keperawatan</li> <li>• Memilih dokumen asuhan keperawatan.</li> </ul>	Memilih dokumen askep yang akan disupervisi
3	30 menit	Kerja	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memeriksa kelengkapan dokumentasi sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan rumah sakit yaitu form A dari Depkes.</li> <li>• Memberikan penilaian atas dokumentasi yang di supervisi dengan memberikan tanda bila ada yang masih kurang dan berikan catatan tertulis pada perawat yang mendokumentasikan.</li> </ul>	Memeriksa kelengkapan dokumentasi askep kemudian menilainya
4	20 menit	Terminasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Memberikan catatan pada lembar dokumentasi yang tidak lengkap atau sesuai standar.</li> </ul>	Memberikan <i>feedback</i> berupa catatan kecil

## V. Kriteria hasil

1. Evaluasi struktur
  - a. Tempat dan alat tersedia sesuai perencanaan.
  - b. Peran dan tugas Kepala Ruangan sesuai dengan perencanaan.
2. Evaluasi proses
  - a. Rekam medis yang dinilai kelengkapannya sebanyak > 10 rekam medis
3. Evaluasi Hasil
  - a. Perawat mengetahui cara pengisian dokumentasi keperawatan secara benar
  - b. Perawat mau mengisi lembar dokumentasi keperawatan secara lengkap
  - c. Perawat mampu mengisi lembar dokumentasi keperawatan secara lengkap
  - d. Dokumentasi asuhan keperawatan lengkap