BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Telaah Pustaka

1. SUPERVISI KEPERAWATAN

a. Definisi Supervisi Keperawatan

Supervisi berasal dari kata *super* (bahasa latin yang berarti diatas) dan *videre* (bahsa latin yang berarti melihat). Bila dilihat dari asal kata aslinya supervisi berarti "melihat dari atas". Pengertian supervisi secara umum adalah melakukan pengamatan secara langsung dan berkala oleh "atasan" terhadap pekerjaan yang dilakukan "bawahan" untuk kemudian bila ditemukan masalah, segera diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Suarli dan Bahtiar, 2009)

Dalam bidang keperawatan supervisi mempunyai pengertian yang sangat luas, yaitu meliputi segala bantuan dari pemimpin/penanggung jawab kepada perawat yang ditujukan untuk perkembangan para perawat dan staf lainnya dalam mencapai tujuan asuhan keperawatan kegiatan supervisi semacam ini merupakan dorongan bimbingan dan kesempatan bagi pertumbuhan dan perkembangan keahlian dan kecakapan para perawat (Suyanto, 2008). Supervisi terhadap kinerja perawat pelaksana dalam pendokumentasian asuhan keperawatan dapat

dilakukan dengan memberikan bimbingan, pengarahan, observasi dan pemberian motivasi serta evaluasi terhadap pendokumentasian tiap-tiap tahap proses keperawatan. Pelaksanaan dan kesesuaian dengan standar merupakan variabel yang harus disupervisi (Wiyana, 2008).

b. 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. Supervisi keperawatan dilaksanakan oleh personil atau bagian yang bertangguung jawab antara lain (Suyanto, 2008):

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 (Suarli dan Bahtiar, 2009).

2) Pengawas perawatan (supervisor)

Ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungisional (UPF) mempunyai pengawas yang bertanggungjawab 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 efesien. 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 asuahan keperawatan.

c. Sasaran Supervisi Keperawatan

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, 2009)

Sasaran yang harus dicapai dalam pelaksanaan supervisi antara lain: pelaksanaan tugas keperawatan, penggunaan alat yang efektif dan ekonomis,sistem dan prosedur yang tidak menyimpang, pembagian tugas dan wewenang, penyimpangan/penyeleengan kekuasaan, kedudukan dan keuangan (Suyanto, 2008).

d. Kompetensi Supervisor Keperawatan

Tanggung jawab utama seorang supervisor adalah mencapai hasil sebaik mungkin dengan mengkoordinasikan sistem kerjanya. Para supervisor mengkoordinasikan pekerjaan karyawan dengan mengarahkan, melancarkan, membimbingan, memotivasi, dan mengendalikan (Dharma, 2003). Seorang supervisor dalam menjalankan tugasnya sehari-hari harus memiliki kemampuan dalam (Suyanto, 2008):

- Memberikan pengarahan dan petunjuk yang jelas, sehingga dapat dimengerti oleh staf dan pelaksana keperawatan.
- Memberikan saran, nasehat dan bantuan kepada staf dan pelaksanan keperawatan.

- Memberikan motivasi untuk meningkatkan semangat kerja kepada staf dan pelaksanan keperawatan.
- 4) Mampu memahami proses kelompok (dinamika kelompok).
- Memberikan latihan dan bimbingan yang diperlukan oleh staf dan pelaksana keperawatan.
- 6) Melakukan penilaian terhadap penampilan kinerja perawat.
- Mengadakan pengawasan agar asuhan keperawatan yang diberikan lebih baik.

e. Tehnik Supervisi keperawatan

Supervisi keperawatan merupakan suatu proses pemberian sumber-sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaiakan tugas dalam rangka pencapaian tujuan yang telah ditetapkan. Dengan supervisi memungkinkan seorang manajer keperawatan dapat menemukan berbagai kendala yang dihadapi dalam pelaksanaan asuahan keperawatan di ruang yang bersangkutan melalui analisis secara komprehensif bersama-sama dengan anggota perawat secara efektif dan efesien. 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.

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 dilaksanakn atau perlu tindak lanjut. Supervisi lansung 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.
- 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, diagnose 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) 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 pelaksanaan dokumentasi sesuai dengan standar dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan rumah sakit yaitu form A dari Depkes.
- d. Memberikan penilaian atas dokumentasi yang disupervisi dengan memberikan tanda bila ada yang masih kurang dan berikan cacatan tertulis pada perawat yang mendokumentasikan.
- e. Memberikan catatan pada lembar dokumentasi yang tidak lengkap atau sesuai standar.

f. Prinsip Supervisi Keperawatan

Agar seorang manajer keperawatan mampu melakukan kegiatan supervisi secara benar, harus mengetahui dasar dan prinsip-prinsip supervisi. Prinsip-prinsip tersebut harus memenuhi syarat antara lain didasarkan atas hubungan professional dan bukan hubungan pribadi, kegiatan harus direncanakan secara matang, bersifat edukatif, memberikan perasaan aman pada perawat pelaksana dan harus mampu membentuk suasana kerja yang demokratis. Prinsip lain yang harus dipenuhi dalam kegiatan supervisi adalah harus dilakukan secara objektif dan mampu memacu terjadinya penilaian diri (self evaluation), bersifat progresif, inovatif, fleksibel, dapat mengembangkan potensi atau kelebihan masing-masing orang yang terlibat, bersifat kreatif dan konstruktif dalam mengembangkan diri disesuaikan dengan

kebutuhan, dan supervisi harus dapat meningkatkan kinerja bawahan dalam upaya meningkatkan kualitas asuhan keperawatan (Arwani, 2006).

Ada beberapa prinsip supervisi yang dilakukan dibidang keperawatan (Nursallam, 2007) antara lain: 1) Supervisi dilakukan sesuai dengan struktur organisasi, 2) Supervisi menggunakan pengetahuan dasar manajemen, keterampilan hubungan antar manusia dan kemempuan menerapkan prinsip manajemen dan kepemimpinan, 3) Fungsi supervisi diuraikan dengan jelas, terorganisasi dan dinyatakan melalui petunjuk, peraturan urian tugas dan standar, 4) Supervisi merupakan proses kerja sama yang demokratis antara supervisor dan perawat pelaksana. 5) Supervisi merupakan visi, misi, falsafah, tujuan dan rencana yang spesifik, 6) Supervisi menciptakan lingkungan yang kondusif, komunikasi efektif, kreatifitas dan motivasi, 7) Supervisi mempunyai tujuan yang berhasil dan berdaya guna dalam pelayanan keperawatan yang memberi kepuasan klien, perawat dan manajer.

g. Kegiatan Rutin Supervisor

Untuk dapat mengkoordinasikan sistem kerja secara efektif, para supervisor harus melakukan dua jenis kegiatan, yaitu kegiatan tugas dan kegiatan supervisi. Kegiatan tugas adalah kegiatan yang melibatkan supervisor dalam pelaksanaan lansung suatu pekerjaan. Kegiatan supervisi adalah kegiatan yang mengkoodinasikan

pekerjaan yang dilkukan orang lain. Supervisor yang efektif menekankan kegiatan supervisi (Dharma, 2003). Kegiatan dalam supervisi adalah sebagai berikut (Wiyana, 2008):

Persiapan.

Kegiatan kepala ruangan (supervisor) meliputi: Menyusun jadwal supervisi, Menyiapkan materi supervisi (format supervisi, pedoman pendokumentasian, Mensosialisasikan rencana supervisi kepada perawat pelaksana

2) Pelaksanaan supervisi.

Kegiatan kepala ruangan (supervisor) pada tahap pelaksanaan supervisi meliputi : 1) Mengucapkan salam pada perawat yang disupervisi, 2) Membuat kontrak waktu supervisi pendokumentasian dilaksanakan. 3) Bersama perawat mengidentifikasi pelaksanaan pendokumentasian untuk masingmasing tahap, 4) Mendiskusikan pencapaian yang telah diperoleh perawat dalam pedokumentasian asuhan keperawatan, 4) Mendiskusikan pencapaian yang harus ditingkatkan pada masingmasing tahap,5) Memberikan bimbingan/arahan pendokumentasian asuhan keperawatan, 6) Mencatat hasil supervisi.

3) Evaluasi.

Kegiatan kepala ruangan (supervisor) pada tahap evaluasi meliputi: 1) Menilai respon perawat terhadap pendokumentasian yang baru saja diarahkan, 2) Memberikan *reinforcement* pada perawat, 3) Menyampaikan rencana tindak lanjut supervisi.

h. Model-model Supervisi Keperawatan

Selain cara supervisi yang telah diuraikan, beberapa model supervisi dapat diterapkan dalam kegiatan supervisi antara lain (Suyanto, 2008):

1) Model konvensional

Model supervisi dilakukan melalui inspeksi langsung untuk menemukan masalah dan kesalahan dalam pemberian asuahan keperawatan. Supervisi dilakukan untuk mengoreksi kesalahan dan memata-matai staf dalam mengerjakan tugas. Model ini sering tidak adil karena hanya melihat sisi negatif dari pelaksanaan pekerjaan yang dilakukan para perawat pelaksana sehingga sulit terungkap sisi positif, hal-hal yang baik ataupun keberhasilan yang telah dilakukan

2) Model ilmiah

Supervisi dilakukan dengan pendekatan yang sudah direncanakan sehingga tidak hanya mencari kealahan atau masalah saja. Oleh karena itu supervisi yang dilakukan dengan model ini memilki karasteristik sebagai berikut yaitu, dilakukan secara berkesinambungan, dilakukan dengan prosedur,

instrument dan standar supervisi yang baku, menggunakan data yang objektif sehingga dapat diberikan umpan balik dan bimbingan.

Model klinis

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

4) Model artistic

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

2. DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

a. Definisi Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis

keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (H.zaidin ali, 2002).

Selanjutnya Kozier et al. (2008) mendefinisikan dokumentasi asuhan keperawatan sebagai dokumen formal dan legal yang menjadi bukti dari tindakan keperawatan yang dilakukan kepada pasien melalui pendekatan proses keperawatan yang mencakup pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Dokumentasi asuhan keperawatan yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dari rekam medik yang dilakukan secara benar dan diisi dengan lengkap mempunyai beberapa tujuan dan manfaat bagi pasien, perawat maupun institusi pemberi pelayanan kesehatan. Tujuan dari dokumentasi asuhan keperawatan menurut S.Suarli dan Bahtiar (2009):

- a) Komunikasi; alat komunikasi antar tim agar kesinambungan pelayanan kesehatan yang diberikan dapat dicapai, dan tidak terjadi tumpang tindih dalam memberikan pelayanan dan pemulangan.
- b) Pendidikan; informasi tentang gejala-gejala penyakit, diagnosis, tindakan keperawatan, respon klien, dan evaluasi tindakan keperawatan, sehingga dapat menjadi media belajar bagi anggota tim keperawatan, siswa/mahasiswa keperawatan, dan tim kesehatan lainya.

- c) Mengalokasikan dana berharga untuk dapat merencanakan tindakan yang tepat sesuai dengan dana yang tersedia.
- d) Evaluasi; merupakan dasar untuk melakukan evaluasi terhadap hasil impementasi asuhan keperawatan, menjamin kelanjutan asuhan keperawatan bagi klien, dan menilai prestasi kerja staf keperawatan.
- e) Jaminan mutu; memberi jaminan kepada masyarakat akan mutu pelayanan keperawatan yang diberikan.
- f) Dokumen yang sah; merupakan bukti nyata yang dapat digunakan bila didapatkan penyimpangan atau apabila diperlukan di pengadilan.
- g) Penelitian; catatan klien merupakan sumber data yang berharga yang dapat digunakan untuk penelitian.

Jadi, secara umum catatan pasien digunakan untuk memantau mutu pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dan kompetensi (kemampuan dalam keterampilan) tenaga perawat yang memberikan pelayanan tersebut.

Perawat yang bertugas dipelayanan rumah sakit baik pemerintah maupun negeri, harus melaksanakan standar asuhan keperawatan yang ada dirumah sakit. Hal ini disahkan berdasarkan SK Dirjen Pelayanan Medik Nomor: YM.00.03.2.6.7637 tahun 1997, sebagai berikut: Standar 1) Pengkajian keperawatan, Standar 2) Diagnosa keperawatan, Standar 3) Perencanaan keperawatan, Standar

4) Intervensi keperawatan, Standar 5) Evaluasi keperawatan, Standar 6) Catatan Asuhan keperawatan. Standar asuhan keperawatan di rumah sakit mengacu pada teori kebutuhan dasar manusia yang dikemukakan Henderson yang terdiri dari 14 kebutuhan dasar manusia, yaitu: Memenuhi kebutuhan oksigen, memenuhi kebutuhan nutrisi keseimbangan cairan dan elektrolit, memenuhi kebutuhan eliminasi, keamanan, kebutuhan kebersihan dan kenyamanan, kebutuhan istrahat dan tidur, gerak dan kegiatan jasmani, kebutuhan spiritual, emosional, komunikasi, mencegah dan mengatasi reaksi fisiologis, memenuhi kebutuhan pengobatan dan membantu proses penyembuhan, memenuhi kebutuhan penyuluhan serta memenuhi kebutuhan rehabilitasi.

Adapun manfaat dari catatan asuhan keperawatan adalah seperti tertuang dalam Permenkes no 269/Menkes/Per/III/2008 tentang rekam medis yaitu pemanfaatan rekam medis dapat dipakai sebagai pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien, alat bukti dalam proses penegakan hukum, disiplin dan etika kedokteran, keperluan pendidikan dan penelitian, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan dan dapat digunakan sebagai data statistik kesehatan.

Asuhan keperawatan yang telah dilakukan/dilaksanakan harus terdokumentasi dengan baik, karena dokumentasi merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawat. Kualitas asuhan keperawatan tergantung dari akuntabilitas

perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan serta pengaruhnya pada pasien sebagai metode saintifik yang memerlukan tindakan secara nyata disertai dokumentasinya. Dokumentasi keperawatan adalah sistem pencatatan sekaligus pelaporan semua hasil kegiatan asuhan keperawatan sehingga terwujud data yang lengkap, nyata, dan tercatat bukan hanya tingkat kesakitan dari pasien tetapi, jenis, kualitas dan kuantitas dalam memenuhi kebutuhan pasien (Fisbach, 1991).

b. Proses Pendokumentasi Asuhan Keperawatan

1) Dokumentasi pengkajian keperawatan

Pengkajian keperawatan adalah mengumpulkan data yang berhubungandengan kondisi pasien dan mengidentifikasi masalah dan kebutuhan pasien (Eggland,1994). Tujuan pengkajian adalah mengumpulkan data secara menyeluruh untuk menegakan diagnosa keperawatan dan rencana keperawatan yang efektif dalam perawatan pasien. Dalam melakukan pengkajian setiap institusi berbeda, namun ada dua komponen penting yang harus selalu ada yaitu data dasar riwayat perawatan dan pengkajian fisik pasien. Bentuk data diatas dibedakan dalam data objektif dan subjektif. Format pengkajian tipenya bervariasi dan bentuk yang berbeda-beda dikarenakan terdapatnya lingkungan yang spesifik (misalnya ICU, IGD) yang memerlukan pengkajian khusus. Format pengkajian umumnya ditampilkan dalam bentuk

model sistem tubuh (Persistem Tubuh), model Gordon (Gordon's Functional Health Pattern) yang mana model ini pengelompokan pengkajian berdasarkan fungsi kesehatan, dan ada lagi model Nanda's Human Response Pattern yang pada pengelompokan data pengkajian berdasarkan respon manusia.

Sedangkan berdasarkan waktu pemakaiannya, format pengkajian adalah Initial Assessment Form atau Nurs Admition Form (Format pengkajian awal) yaitu format pengkajian keperawatan awal yang digunakan saat pertama sekali pasien masuk. Format ini biasanya berbentuk ceklis dan isian singkat (Untuk masalah status kesehatan lalu dan kini). Selain itu ada Format Reassessment yaitu format pengkajian harian atau lanjutan yang bersifat kontinue.

2) Dokumentasi diagnosa keperawatan

Menurut Eggland tahun 1994, dokumentasi diagnose keperawatan pada dasarnya adalah merupakan pengambilan keputusan klinik oleh perawat, dalam pengambilan keputusan tersebut seorang perawat membutuhkan pengetahuan dan keterampilan. Keputusan yang diambil mengenai diagnose aktual, diagnose resiko tinggi, prioritas keperawatan dan intervensi yang efektif.

3) Dokumentasi perencanaan keperawatan

Menurut Eggland tahun 1994, Perencanaan adalah kerangka (daftar) atau rancangan intervensi yang komprehensif untuk mencapai kriteria hasil dengan kerangka waktu yang ditentukan. Komponen dari rencana keperawatan meliputi diagnosa, kriteria hasil (tujuan) dan intervensi, sedangkan tipe tipe perencanaan keperawatan adalah:

- a) Traditional Narative Care Plan (Perencanan keperawatan Naratif Tradisional), bentuk formatnya terbuka, pengisian oleh perawat berdasarkan texbook, protaf atau buku standar.
- b) Standarized Care Plan (Perencanaan Keperawatan Standar), bentuk formatnya ceklist, efisien dan membantu perawat yang baru (belum ada pengalaman), membantu program peningkatan mutu pelayanan, kerugiannya dapat menyebabkan deporsonalisasi, individualisasi terlalaikan.

4) Dokumentasi pelaksanaan (Implementasi/Tindakan)

Intervensi keperawatan adalah sekumpulan rangkaian tindakan atau aktivitas keperawatan, intervensi keperawatan yang dilakukan selanjutnya didokumentasikan dalam catatan klinik yang dibuat perawat, yang biasanya disebut dengan catatan perawat (Eggland, 1994). Dengan pendokumentasian intervensi dan kritria hasil yang baik dapat memberikan kontribusi pada evaluasi dengan tercapainya tujuan keperawatan, penentuan perkembangan

pasien secara langsung, kesempatan berkomunikasi bagi semua staf.

Implementasi juga menentukan pemberi pelayanan dalam rangka proteksi legal, penentuan biaya yang dibutuhkan pasien dan dengan data yang baik dapat digunakan dalam riset.

5) Dokumentasi evaluasi

Evaluasi keperawatan adalah menilai keefektipan tindakan dan mengidentifikasi kemajuan pasien terhadap tujuan pencapaian. Pernyataan dalam evaluasi dapat berupa evaluasi formatif yang merefleksikan observasi perawat dan analisis terhadap pasien pada respon langsung intervensi keperawatan. Secara evaluasi sumatif merefleksikan rekafitulasi dan sinopsis observasi serta analisis mengenai status kesehatan pasien terhadap waktu (Nursalam, 2001).

3. KEPALA RUANG

1) Definisi kepala ruang

Buku uraian tugas bagi tenaga keperawatan yang diterbitkan Dirjen pelayanan medik DepKes RI (2002), menyebutkan bahwa kepala ruangan adalah seorang tenaga keperawatan yang diberi tanggung jawab dan wewenang dalam mengatur dan mengendalikan kegiatan pelaksanaan keperawatan di ruang rawat. Menurut Gillies, (1994) ada 4 tingkatan pola manajemen keperawatan yang masingmasing mempunyai peràn saling berkaitan:

- a. Level top manajer atau executive dapat juga disebut sebagai perwakilan dari perawat.
- b. Level administrator merupakan middle manajer (manajer tingkat menengah).
- Level divisional director yang memimpin beberapa unit dalam satu divisi.
- d. First line manajer merupakan manajer kepala kerawatan atau penanggung jawab ruang keperawatan.

Sedangkan menurut Gaffar (1999), pada institusi pelayanan keperawatan, peran perawat sebagai pengelola atau manajer dibedakan atas tiga tingkatan yaitu tingkat atas (top manager), tingkat menengah (middle manager) dan tingkat dasar/bawah (superficial manager). Sebegai pengelola tingkat atas adalah kepala bidang perawatan dan tingkat menengah adalah kepala seksi keperawatan dan penyelia (supervisor). Sedangkan pengelola tingkat dasar adalah perawat yang menjabat kepala ruangan.

Kepala ruang sebagai *first line manajer* harus mampu menjamin bahwa pelayanan yang diberikan oleh pelaksana perawatan adalah pelayanan yang aman, dan mementingkan kenyamanan pasien, sehingga keberadaannya sangat diperlukan bagi terciptanya keteraturan dalam ruangan yang ia pimpin.

2) Persyaratan kepala ruang

Persyaratan sebagai kepala ruang perawatan adalah pendidikan minimal ahli madya keperawatan, pernah mengikuti kursus atau pelatihan manajemen pelayanan keperawatan ruangan atau bangsal, pengalaman kerja sebagai perawat pelaksana 3-5 tahunh, kondisi sehat jasmani dan rohani, yang tugasnya meliputi meliputi perencanaan, pergerakandan pelaksanaan, pelaksanaan fungsi pengawasan, pengendalian dan penilaian. Kepala ruang juga mempengaruhi peningkatan kinerja dan kepuasan tenaga keperawatan (Depkes RI, 1999).

Kepala ruang mempunyai kesempatan yang sarat berhubungan dengan orang lain, seperti teman sejawat, pasien, keluarga pasien dan lain- lain. Dalam banyak hal pekerjaan kepala ruang ini sangat fluktuatif, yang mana kadang-kadang sangat menantang, dan pada suatu waktu yang lain menekan bahkan membosankan. Ketidakseragaman keadaan pekerjaan yang dihadapi membutuhkan pengelolaan emosi yang trampil dan plastis, dengan demikian setiap konflik yang muncul tidak menurunkan produktifitas kerja tetapi menjadi motivasi untuk timbulnya ide-ide baru yang inovatif (Wimbarti, 1999).

3) Peran Kepala Ruangan

Adapun tanggung jawab kepala ruangan menurut Gillies (1994) adalah peran kepala ruangan harus lebih peka terhadap anggaran rumah sakit dan kualitas pelayanan keperawatan,

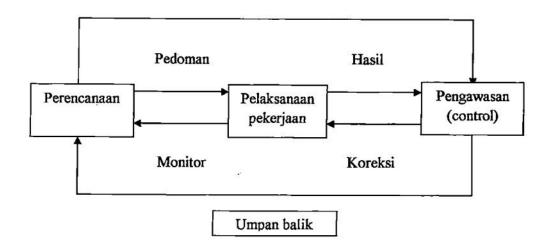
bertanggung jawab terhadap hasil dari pelayanan keperawatan yang berkwalitas, dan menghindari terjadinya kebosanan perawat serta menghindari kemungkinan terjadinya saling melempar kesalahan. Kepala ruangan disebuah ruangan keperawatan, perlu melakukan kegiatan koordinasi kegiatan unit yang menjadi tanggung jawabnya dan melakukan kegiatan evaluasi kegiatan penampilan kerja staf dalam upaya mempertahankan kualitas pelayanan pemberian asuhan keperawatan. Berbagai metode pemberian asuhan keperawatan dapat dipilih disesuaikan dengan kondisi dan jumlah pasien, dan kategori pendidikan serta pengalaman staf di unit yang bersangkutan (Arwani, 2005).

4) Fungsi Kepala Ruangan

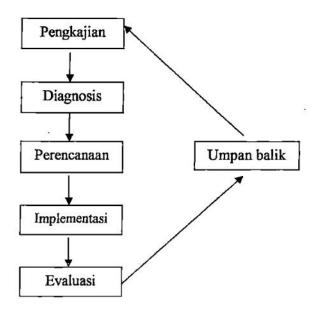
Adapun fungsi kepala ruangan menurut Marquis dan Houston (2000) sebagai berikut: 1) Perencanaan : dimulai dengan penerapan filosofi, tujuan, sasaran, kebijaksanaan, dan peraturan-peraturan : membuat perencanaan jangka pendek dan jangka panjang untuk mencapai visi, misi, dan tujuan, organisasi, menetapkan biayabiaya untuk setiap kegiatan serta merencanakan dan pengelola rencana perubahan. 2) Pengorganisasian: meliputi pembentukan struktur untuk melaksanakan perencanaan, menetapkan metode pemberian asuhan keperawatan kepada pasien yang paling tepat, mengelompokkan kegiatan untuk mencapai tujuan unit serta melakukan peran dan fungsi dalam organisasi dan menggunakan power serta wewengan

dengan tepat. 3) Ketenagaan: pengaturan ketegagaan dimulai dari rekruetmen, interview, mencari, dan orientasi dari staf baru, penjadwalan, pengembangan staf, dan sosialisasi staf. 4) Pengarahan: mencangkup tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti motivasi untuk semangat, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi, dan memfasilitasi kolaborasi. 5) Pengawasan meliputi penampilan kerja, pengawasan umum, pengawasan etika aspek legal, dan pengawasan professional. Seorang manajer dalam mengerjakan kelima fungsinya tersebut sehari-sehari akan bergerak dalam berbagai bidang penjualan, pembelian, produksi, keuangan, personalia dan lain-lain.

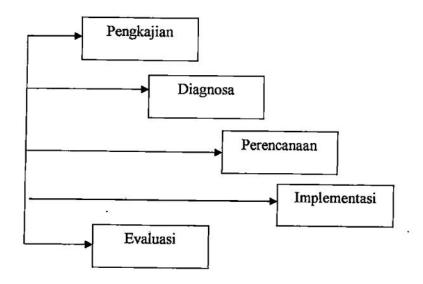
B. Kerangka Teori



Gambar 1.1: Kerangka teori supervisi (S.Suarli dan Bahtiar ,2009)



Gambar 1.2: Kerangka teori dokumentasi asuhan keperawatan (Deswani, 2009).



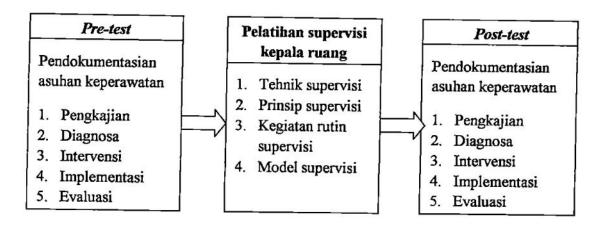
Gambar 1.3: kerangka teori pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan (Nursalam, 2009)

C. Landasan teori

- Berdasarkan tinjauan kepustakaan yang telah dijelaskan di atas, diketahui bahwa supervise merupakan salah satu proses untuk mengetahui apakah pelaksanaan kegiatan atau pekerjaan sesuai dengan rencana, pedoman, ketentuan, kebijakan, tujuan, dan sasaran yang sudah ditentukan sebelumnya (Suarli dan Bahtiar, 2009).
- Proses keperawatan terdiri dari lima tahap, yaitu : pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi. Setiap tahap dari proses keperawatan saling terkait dan ketergantungan satu sama lain (Deswani, 2009).
- Pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan merupakan pencatatan yang dilakukan terhadap setiap pelaksanaan asuhan keperawatan yang terdiri dari pengkajian, diagnosa, perencanaan,

tindakan, evaluasi dan catatan keperawatan dinilai melalui rekam medik pasien (Nursalam, 2009).

D. Kerangka Konsep



Gambar 1.4 : Kerangka konsep efektivitas penerapan supervisi kepala ruang terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan

E. Hipotesis

Ho: "Supervisi kepala ruang tidak efektif dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul".

Ha: "Supervisi kepala ruang efektif dalam pelaksanaan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap Rumah Sakit PKU Muhammadiyah Bantul"