

Hubungan antara Beban Kerja dan Pendidikan Perawat dengan Kualitas Dokumentasi Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta Tahun 2001.

Silvana Evi Linda

Jurusan Keperawatan

ABSTRAK

Beban kerja keperawatan adalah seluruh tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat, dimana tindakan ini sangat dipengaruhi oleh tingkat ketergantungan dan jumlah klien. Semakin banyak tindakan atau prosedur kepada klien, maka semakin berat pula beban kerja perawat dan hal ini akan mempengaruhi hasil kerja mereka. Salah satu hasil kerja perawat dapat dilihat dari kualitas dokumentasi yang dihasilkan.

Beban kerja perawat dapat diukur dengan pendekatan time-and-motion yaitu mengobservasi langsung waktu yang dipergunakan perawat dalam menyelesaikan seluruh kegiatan asuhan keperawatan dalam satu shift. Sedangkan kualitas dokumentasi dapat diukur dengan menilai kualitas dokumentasi/catatan yang dibuat oleh setiap perawat. Penelitian ini merupakan analisis asosiasi dengan rancangan cross sectional yang bertujuan untuk melihat hubungan beban kerja perawat dengan kualitas dokumentasi keperawatan pada setiap shift.

Penelitian dilakukan di RS Pelabuhan Jakarta dengan jumlah sampel sebanyak 25 perawat atau 75 observasi (25 perawat X 3 shift). Instrumen pengumpulan data beban kerja dirancang dengan mendeskripsikan tindakan keperawatan, sedangkan instrumen kualitas dokumentasi dimodifikasi dari instrumen Dep.Kes RI Hasil Uji korelasi pearson menunjukkan pendidikan perawat berhubungan secara signifikan dengan kualitas dokumentasi pada shift malam. Sedangkan hubungan beban kerja Perawat dengan kualitas dokumentasi berhubungan secara signifikan hanya pada shift pagi. Saran yang dianjurkan adalah agar penelitian lebih lanjut dilakukan dengan sampel yang lebih besar serta menggunakan hasil penelitian ini untuk pembenahan pelayanan keperawatan khususnya yang terkait dengan pendokumentasian dan pengaturan beban kerja perawat guna menghasilkan pelayanan yang berkualitas.

PENDAHULUAN

A.Latar Belakang

Era globalisasi dan perkembangan ilmu pengetahuan serta teknologi pada saat ini memungkinkan arus informasi dari satu negara ke negara lain semakin deras. Akibatnya masyarakat dengan mudah dapat mengakses sumber informasi sesuai kebutuhannya. Semakin banyak informasi yang didapat, masyarakat menjadi lebih selektif dan kritis terhadap produk/jasa yang dipergunakan. Era globalisasi juga membawa persaingan bebas (pasar bebas) disegala bidang, termasuk bidang kesehatan khususnya keperawatan. Rumah sakit - rumah sakit banyak didirikan dengan berorientasi

pada keuntungan (*profit oriented*) yang mengedepankan terjaminnya kualitas dan kepuasan klien. Bagi RS atau praktisi keperawatan yang tidak mampu memberikan pelayanan terbaik, akan kalah dalam persaingan dan akhirnya tidak dapat tetap "*survive*". (Dep. Kes, 1999). Adanya tuntutan masyarakat terhadap kualitas pelayanan kesehatan mendapat respon dari lembaga-lembaga swadaya masyarakat dan pemerintah. Bentuk nyata kepedulian tersebut adalah dengan diberlakukannya Undang-Undang Perlindungan Konsumen no.8 tahun 2000.

Undang-Undang tersebut menuntut memberi pelayanan kesehatan untuk tidak merugikan klien. Artinya pelayanan kesehatan harus berkualitas atau terstandarisasi. Bagi RS atau praktisi keperawatan yang memberikan pelayanan tidak berkualitas atau dibawah standar akan dapat merugikan klien dan akhirnya mendapat tuntutan atau keluhan dari pengguna jasa pelayanan kesehatan (Swansburg & Swansburg,1999).

Menurut Giebing dan Marr (1994), untuk mengukur kualitas pelayanan keperawatan dengan menggunakan pendekatan sistem. Pendekatan sistem ini meliputi masukan (*input*), proses dan hasil akhir (*outcome*). Indikator/kriteria setiap komponen sistem harus terukur. Komponen input antara lain jumlah perawat, jumlah klien, ketergantungan klien, panjangnya shift dan kesinambungan perawatan. Adapun komponen proses antara lain interaksi perawat dengan klien dalam pelayanan yang meliputi pengkajian, perencanaan, intervensi, dokumentasi dan evaluasi, sedangkan kriteria *outcome* antara lain, *Bed Occupancy Rate* (BOR), *Turn Over Interval* (TOI), *Length of Stay* (LOS), komplikasi dan kepuasan klien. Ketiga komponen input, proses dan hasil (*outcome*) tersebut adalah komponen yang saling mempengaruhi dan saling menunjang. Semakin tinggi kualitas *input*, akan semakin tinggi kualitas prosesnya dan pada akhirnya kualitas *outcome* juga semakin tinggi (Azwar, 1996).

Dalam komponen *input*, jumlah perawat, ketergantungan klien dan panjangnya shift sangat menentukan beban kerja di unit pelayanan keperawatan (Marquis & Huston, 2000). Beban kerja di suatu unit pelayanan keperawatan adalah seluruh tindakan yang dilakukan oleh perawat selama 24 jam. Beban kerja juga merujuk pada fungsi dua elemen yaitu jumlah klien dan prosedur tindakan. Banyaknya tindakan atau prosedur keperawatan sangat dipengaruhi oleh tingkat ketergantungan klien. Semakin tinggi tingkat ketergantungan klien, semakin banyak pula prosedur tindakan keperawatan yang dilakukan dan semakin tinggi pula

beban kerja di unit tersebut (Marquis & Huston, 2000).

Tindakan prosedural keperawatan di rumah sakit (RS), banyak dilakukan pada Shift pagi, sehingga beban kerja pada shift pagi lebih berat dibanding dengan shift sore dan malam hari. Hal ini didukung dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Cardona, Tappen, Terill et al. (1997) bahwa tindakan keperawatan 70% dilakukan di shift pagi. Selanjutnya Sumitra (2000) menemukan adanya kelebihan beban kerja sebesar 7,8 *indeks* pada shift pagi dan 1,5 *indeks* pada shift sore. Sebaliknya pada shift malam beban kerja perawat kekurangan 3,5 *indeks*. Meskipun pada shift pagi beban kerja perawat lebih berat, namun perawat lebih banyak memilih dinas pagi dibanding shift sore dan malam. Hal ini diperkuat dengan penelitian yang dilakukan oleh Humam (1997) bahwa hanya 10% perawat yang senang dinas malam selanjutnya 70% perawat yang tidak menyenangi dinas malam dengan alasan takut terganggu kesehatan dan *internal rotation*.

Ilyas (2000) mengemukakan, beban kerja yang tinggi pada seseorang dapat menurunkan prestasi kerjanya. Melihat faktor beban kerja dapat mempengaruhi prestasi kerja atau performance, maka unit-unit keperawatan perlu mengkaji tingkat beban kerja perawat di unitnya untuk menyesuaikan daya beban perawat dengan banyaknya tindakan di setiap shift. Selain itu, hasil kajian atau studi tentang beban kerja tersebut dapat dijadikan pertimbangan manajemen RS dalam memberikan imbalan dan mendisain ulang pelayanan keperawatan yang efisien dan efektif (Swansburg & Swansburg, 2000, Gillies, 1989).

Seperti yang dikemukakan oleh Ilyas (2000), bahwa beban kerja yang tinggi dapat mempengaruhi kualitas hasil kerja (*performance*) perawat. Hasil kinerja perawat dapat dilihat dari kualitas pendokumentasian yang dilakukan, dengan demikian tingginya beban kerja perawat dapat berpengaruh terhadap kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan yang dibuat oleh setiap perawat.

Selain itu kinerja seseorang dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan yang didapat (Green, 1980). Dengan demikian, kualitas dokumentasi yang merupakan salah satu hasil kinerja perawat, dapat dipengaruhi oleh tingkat pengetahuan perawat itu sendiri.

Hasil penelitian tentang kualitas dokumentasi yang dilakukan oleh Sumitra (2000) menunjukkan adanya kaitan antara disain kerja dengan kualitas pendokumentasian. Kualitas dokumentasi akan meningkat 47,12% bila disain pekerjaan dirancang dengan baik. Data ini mempunyai makna bahwa kalau disain kerja termasuk salah satunya pembagian tugas dan keseimbangan daya emban perawat dengan beban kerja yang harus dilakukan baik, akan menghasilkan kualitas hasil kerja (dokumentasi) yang baik pula.

Untuk menyesuaikan daya emban perawat guna menghasilkan kinerja yang tinggi, dapat menganalisis beban kerja dengan pendekatan *time and motion*. Pendekatan ini bertujuan untuk menghitung waktu yang digunakan dalam tindakan keperawatan yang langsung kepada klien maupun yang tidak langsung dalam periode (shift) tertentu.

Hasil Analisis *time and motion* ini dapat dipergunakan oleh manajemen RS dalam mengefektifkan dan mengefisiensikan kinerja perawat dalam pelayanan keperawatan yang mengacu pada kesesuaian tuntutan kebutuhan dan perkembangan masyarakat (Murray & Dicroce, 1997).

Terkait dengan pengaturan dinas (*shift*) Gray dan Kron (1987), memberikan alternatif pengaturan dinas bahwa lamanya dinas dalam satu shift dapat delapan jam/hari selama lima hari dalam satu minggu (libur dua hari). Dapat juga 10 jam/hari selama tiga atau empat hari dalam satu minggu. Di beberapa negara maju sistem penjualannya sangat fleksibel (Swansburg & Swansburg 1999). Sistem fleksibel ini sangat memberikan kepuasan pada perawat karena mereka dapat menyesuaikan kebutuhan waktu atau aktifitas lainnya. Prinsip pengaturan ini pada dasarnya, tetap mempertahankan kesinambungan

asuhan perawatan tanpa mengabaikan kualitas keperawatan.

Faktor penting dalam kesinambungan tersebut adalah pendokumentasian. Dokumentasi merupakan catatan yang dibuat perawat yang berisi kegiatan tindakan perawatan dan perkembangan kondisi klien. Fungsi dokumentasi selain sebagai media komunikasi perawat dalam tim, juga berfungsi untuk pertanggung jawaban / tanggung gugat (legal aspect) bagi perawat. Kelengkapan dan ketepatan dokumentasi sangat menentukan kualitas pendokumentasian itu sendiri (Iyer & Camp. 1995). Banyaknya dokumentasi perawatan terhadap klien, tergantung lamanya hari rawat dan tindakan perawatan terhadap klien tersebut.

Mengingat kedudukan pendokumentasian keperawatan sangat penting dalam pelayanan kesehatan khususnya keperawatan, maka pendokumentasian perlu dikaji lebih dalam khususnya faktor-faktor yang dapat mempengaruhinya kualitas dokumentasi.

Rumah sakit Pelabuhan adalah rumah sakit yang menjadi rujukan bagi RS di wilayah Jakarta Utara. Dengan demikian, RS Pelabuhan Jakarta mempunyai konsekuensi logis untuk memberikan pelayanan kesehatan khususnya keperawatan yang mempunyai nilai lebih atau berkualitas dibanding RS lainnya di Jakarta Utara. Untuk menghasilkan pelayanan keperawatan yang berkualitas, pengelolaan sumber daya keperawatan menjadi sangat penting agar seluruh sumber daya tersebut dapat berfungsi optimal.

Kapasitas tempat tidur di RS Pelabuhan Jakarta sebanyak 165 tempat tidur dengan pelayanan kesehatan dari yang umum sampai kesubspecialis. Jumlah pengguna tempat tidur pada tahun 2000 mengalami kenaikan. *Bed Occupancy Rate* pada tahun 1999 adalah 54,62% dan tahun 2000 naik menjadi 57,84 %. Jumlah tenaga perawat pada tahun 2000 adalah 135 perawat dengan 40% nya berpendidikan DIII Keperawatan dan 60% berpendidikan SPK/SPR. Delapan puluh orang perawat bekerja di enam ruang rawat inap. Mengacu pada Standar jumlah perawat di RS

tipe C+ yang ditentukan oleh Dep.Kes, rasio jumlah perawat dengan tempat tidur adalah satu setengah sampai dua dibanding satu tempat tidur kalau merujuk pada standar tersebut, maka jumlah perawat yang diperlukan RS Pelabuhan sebagai rumah sakit tipe C+, dengan BOR 57,84% maka jumlah perawatnya berkisar antara 160 – 190 perawat. Dari perbedaan tersebut ada kemungkinan beban kerja perawat di RS tersebut cukup tinggi. Dampak dari kondisi tersebut dapat menurunkan motivasi dan kinerja mereka dan hal ini sesuai dengan teori yang dikemukakan Ilyas (2000) bahwa beban kerja perawat yang tinggi akan mempengaruhi kinerja perawat.

Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu hasil kinerja perawat selama memberikan asuhan. Dokumentasi di RS Pelabuhan yang teridentifikasi baru mencapai 70 %. Angka ini menunjukkan kuantitas dokumentasi belum menunjukkan kualitas. Kualitas dokumentasi yang teridentifikasi dari observasi awal, menunjukkan adanya ketidaklengkapan dokumentasi keperawatan yang ditulis perawat. Indikator pelayanan kesehatan lainnya adalah lama hari rawat pada tahun 1999 yaitu lima hari, naik menjadi enam hari pada tahun 2000. Sedangkan angka kematian kasar (*Gross Death Rate-GDR*) mengalami peningkatan dari 0,033% pada tahun 1999 meningkat menjadi 0.334 % pada tahun 2000 (Laporan tahunan RS Pelabuhan, 2000).

Dari indikator-indikator pelayanan kesehatan yang ada, peningkatan BOR RS yang dimodifikasi dari instrumen penilaian dokumentasi dari Departemen Kesehatan.

B.Lokasi dan Waktu Penelitian.

Lokasi penelitian dilakukan di ruang rawat inap Bougenvil dan Cempaka (unit rawat inap bedah dalam) RS. Pelabuhan Jakarta. Alasan pemilihan lokasi ini adalah karena RS pelabuhan merupakan RS pusat rujukan di Wilayah Jakarta Utara yang sesuai dengan visi RS Pelabuhan yang diemban yaitu mengedepankan kualitas pelayanan yang diberikan.

Pelabuhan mengindikasikan adanya peningkatan beban kerja sedangkan peningkatan LOS dan GDR merefleksikan penurunan kualitas pelayanan yang diberikan. Untuk mengetahui faktor yang berpengaruh terhadap penurunan kualitas pelayanan kesehatan dan upaya peningkatan kualitas pelayanan yang telah dilakukan perlu dilakukan studi. Studi tersebut salah satunya adalah analisis beban kerja perawat dan faktor-faktor yang mempengaruhi. Melalui studi ini pula dapat memberikan masukan bagi manajemen RS guna mendisain ulang pelayanan yang efektif dan efisien

METODE PENELITIAN

A.Disain Penelitian

Ini merupakan jenis penelitian analisis asosiasi dengan disain Cross Sectional. Data beban kerja diambil dengan mengobservasi langsung kegiatan /aktivitas yang dilakukan oleh perawat pelaksana selama dinas (satu shift) dan dicatat waktu yang diperlukan dalam menyelesaikan kegiatan tersebut. Pendekatan pengukuran variabel independen beban kerja dengan time and motion dan instrumen yang digunakan adalah lembar observasi kegiatan yang dibuat oleh Hendrickson, et.al (1980) dan dimodifikasi dengan intervensi keperawatan yang dibuat oleh Koziar dan Wilkson (1995). Sedangkan data tentang kualitas dokumentasi dan tingkat pendidikan diambil dengan instrumen kuesioner (respon perawat) secara bersamaan

Pemilihan ruang rawat Bougenvil dan Cempaka sebagai lokasi penelitian dengan alasan bahwa

- 1). Ruang Bougenvil salah satu ruangan yang tenaga perawatnya sebagian besar berpendidikan DIII Keperawatan sedangkan ruangan Cempaka sebagian besar berpendidikan SPK,
- 2). Kedua ruangan tersebut merupakan ruangan untuk perawatan kelas III mempunyai karakteristik yang berbeda. Penelitian dilakukan mulai bulan Juni sampai dengan

bulan Juli. Setting pada saat dilakukan penelitian jumlah tempat tidur di dua unit rawat inap bedah dalam berjumlah 70.

C. Populasi Dan Sampel.

1. Populasi Seluruh perawat yang dinas di ruang dua rawat inap RS Pelabuhan .

2. Sampel Pada saat pengumpulan data ternyata satu orang mengundurkan diri dan tiga perawat hanya mendapatkan shift pagi saja. Sehingga sampel akhir yang dapat di observasi untuk pengumpulan data sejumlah 25 perawat.

D. Instrumen

Berdasarkan kerangka konsep pada penjelasan Bab sebelumnya, bahwa variabel yang akan diteliti adalah variabel beban kerja pada setiap shift (variabel independen dan variabel kualitas pendokumentasian keperawatan (variabel dependen) dengan pendekatan time-and-motion instrumen yang dipergunakan untuk pengumpulan datanya juga meliputi dua variabel tersebut).

Untuk instrumen observasi beban kerja perawat pada setiap shift sama.

1. *Instrumen Beban Kerja Setiap Shift*
Instrumen observasi beban kerja di adopsi dari instrumen yang dibuat oleh Hendrickson dan Kovner (1990) yang dimodifikasi dengan implementasi dari Kozier (1995). Instrumen beban kerja berlaku sama pada setiap shift dinas perawat.

Dalam instrumen observasi beban kerja ini terdapat dua hal :

adalah sebagai berikut :

a. Pendekatan kepada pihak menejerial RS Pelabuhan (Direktur, Ka. Bidang Perawatan, Kasi dan kepala Ruangan Bougenvil dan Cempaka dengan tujuan untuk menjelaskan tujuan, manfaat dan area penelitian.

b. Memberikan kode tertentu pada klien dan perawat yang akan dijadikan sumber data.

c. Menentukan observer pengumpul data, yaitu mahasiswa DIII Keperawatan Bina Insan

a. Jenis kegiatan/aktifitas perawat langsung dan tidak langsung.

b. Waktu kegiatan yaitu waktu mulai kegiatan dilaksanakan dan waktu berakhirnya kegiatan tersebut. Instrumen ini berisi 29 item kegiatan yang diobservasi selama tiga shift dalam 24 jam. Tindakan tersebut meliputi 1). tindakan keperawatan yang langsung ke klien 2). tindakan keperawatan tidak langsung ke klien. Tindakan keperawatan langsung diukur dengan item observasi nomor satu sampai dengan nomor 22. Sub variabel tindakan keperawatan tidak langsung diukur dengan item observasi nomor 23 sampai dengan nomor 29. Masing masing instrumen terlampir pada lampiran satu dan dua.

2. *Instrumen Kualitas Dokumentasi Keperawatan*
Instrumen pengumpulan data kualitas dokumentasi keperawatan dengan menggunakan instrumen dari Dep kes 1999 yang dimodifikasi dengan tujuh kriteria hasil dokumentasi dari Iyer dan Camp (1995) kedalam lembar observasi

E. Prosedur Pengumpulan Data

1. Beban Kerja.

Pengumpulan data beban kerja perawat dilakukan dengan observasi langsung pada kegiatan perawat dalam tiga shift (Pagi jam 07.00 s/d 14.00, Sore jam 14.00 s/d 21.00 dan malam jam 21.00 s/d 07.00). Setelah Instrumen observasi time and motion disiapkan, maka kegiatan selanjutnya peneliti

Semester akhir. Rasio yang diperlukan dalam penelitian ini adalah satu observer mengobservasi dua perawat (1 : 2).

d. Melatih observer pengumpul data yang sekaligus memberikan kesempatan observer dalam menelaah instrumen observasi.

e. Pembagian tugas observer untuk melakukan observasi sesuai dengan shift dan ruangan.

f. Melaksanakan pengumpulan data dengan instrumen yang telah disediakan. Satu

observer melakukan observasi terhadap 2 perawat selama satu shift penuh. Setiap kegiatan yang dilakukan perawat dicatat waktu mulainya dan berakhirnya. Setelah observasi selesai waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh kegiatan dalam satu shift dijumlahkan.

g. Hasil observasi pada setiap shift, berupa waktu yang diperlukan setiap perawat untuk memberikan asuhan keperawatan dijumlahkan.

b. Data Tingkat Pendidikan Data tingkat pendidikan diambil dengan wawancara kepala ruangan dan studi dokumentasi di Ruangan tempat kerja perawat.

c. Data Kualitas Dokumentasi

1). Data diambil secara langsung dari catatan perawat yang dibuat perawat pelaksana yang diobservasi pada file Rekam Medis klien.

2). Pengambilan datanya dilakukan dengan cara menilai menggunakan lembar penilaian dokumentasi.

3). Sebelum dinilai, dokumen disesuaikan dengan kode dan shift dinas perawat yang menjadi subyek penelitian.

F. Pengolahan Data Dan Teknik Analisis

1. Pengolahan data.

a. Editing

Melakukan pemeriksaan ulang kelengkapan, kesalahan dalam melakukan pencatatan selama observasi.

pada lima tingkatan yang dikemukakan Phanuef (1984). Tingkatan tersebut didapat dengan cara jumlah skor yang didapat dibagi dalam lima interval. Akhirnya didapatkan lima tingkatan kualitas yaitu :

a. Kualitas dokumentasi sangat buruk (Unsafty)

b. Kualitas Dokumentasi buruk (poor)

c. Kualitas Dokumentasi sedang (incomplete)

b. Koding

Koding dilakukan dengan mengkonversi data kedalam angka guna mempermudah pengolahan data dalam komputer.

2. Penetapan Score

a. Skore Beban Kerja.

Skor pengukuran beban kerja perawat pada setiap shift di unit rawat inap bedah dalam RS Pelabuhan dengan cara menjumlahkan waktu yang diperlukan untuk menyelesaikan seluruh kegiatan tersebut selama satu shift. Perhitungan ini menghasilkan lamanya waktu kegiatan dalam menit (jam) selama perawat dinas dalam satu shift.

b. Skore Tingkat Pendidikan.

Skor tingkat pendidikan diberikan sesuai dengan jenis pendidikan 1 = SPK dan 2= DIII Keperawatan

c. Skore Dokumentasi.

Skor dokumentasi keperawatan setiap tahapan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan, dan evaluasi) mempunyai nilai tertinggi enam dan terendah nol, Sedangkan nilai tertinggi pada tahap pencatatan adalah enam dan terendah nol. Dengan demikian skor yang didapat setiap dokumen yaitu skor setiap tahapan ditambah dengan skor syarat pencatatan. Bila dokumen berisikan lebih dari satu tahapan, maka skornya adalah jumlah skor item seluruh tahapan dibagi tahapan yang seharusnya didokumentasikan. Untuk mendapatkan gambaran tingkat kualitas dokumentasi keperawatan dapat mengacu

d. Kualitas Dokumentasi baik (good)

e. Kualitas Dokumentasi sangat baik (Excellent)

Untuk kepentingan uji statistik beban kerja perawat dengan kualitas dokumentasi, peneliti menggunakan data rasio. Dengan demikian, data (skor penjumlahan) yang didapatkan pada setiap variabel yang berupa data nomerik dapat langsung diuji.

3. Teknik Analisis Data

Untuk menganalisis data yang telah di edit menggunakan program versi SPSS sebagai berikut :

a. Analisis Univariat

Analisis univariat dilakukan untuk melihat tampilan distribusi data frekuensi data dari variabel beban kerja maupun variabel kualitas dokumentasi.

b. Analisis Bivariat

Uji ini untuk melihat korelasi antara variabel beban kerja dan variabel kualitas dokumentasi. Mengingat datanya adalah numerik (rasio) maka ujiannya adalah *pearson product moment* dengan alpha, 0,05 (tingkat kesalahan yang dapat ditoleransi atau tingkat kepercayaannya 95 %). Khusus analisis bivariat untuk mengetahui tingkat pendidikan dengan kualitas dokumentasi dilakukan uji t (independent sample test).

G. Etika Penelitian.

1. Sebelum peneliti mengambil data di rumah sakit, maka peneliti meminta izin secara tertulis kepada RS Pelabuhan.
2. Setelah mendapat izin, peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan area penelitian.
3. Meminta responden untuk menandatangani persetujuan subyek penelitian.

HASIL PENELITIAN

Berikut ini akan disajikan hasil penelitian yang diawali dengan gambaran umum RS bidang/bagian/kepala instalasi dan Penanggung Jawab. Fasilitas yang tersedia adalah rawat jalan, rawat inap, gawat darurat, HCU, HD, Kamar Operasi, Kamar Bersalin, Kamar Bayi, anak, Rehab Medik, dan penunjang lainnya. Kapasitas tempat tidur yang tersedia adalah 165 tempat tidur yang terdapat pada 8 ruangan. Ruang rawat melayani kelas tiga sampai dengan VIP dengan 5 tempat tidur. Adapun jumlah perawat seluruhnya adalah 135 perawat dengan rincian 58 lulusan DIII, 49 SPK dan 24 bidan,

Pelabuhan Jakarta kemudian hasil analisis univariat dan bivariat.

A. Gambaran Umum Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta.

Rumah Sakit Pelabuhan Jakarta pada awalnya adalah berasal dari Port Health Centre (PHC) dan mulai dibangun tahun 1970 yang selesai pada bulan Agustus 1971. Tanggal 21 Agustus 1971 diresmikan oleh Direktur Jenderal Perhubungan Laut dan selanjutnya pengelolaannya diserahkan pada Badan Pengusahaan Pelabuhan Tanjung Priok. Pada tahun 1976 dikembangkan dan pada 20 Mei 1978 diresmikan dengan nama Rumah Sakit Pelabuhan Tanjung Priok. Akibat perubahan perusahaan Pelabuhan berubah menjadi Perum pada tahun 1984, RS pelabuhan berubah nama menjadi "RUMAH SAKIT TUGU" dibawah Perum Pelabuhan II. Perkembangan tersebut terus berjalan hingga tahun 1999 RS Tugu menjadi anak perusahaan PT (Persero) Pelabuhan Indonesia II dalam bentuk Perseroan terbatas (PT Rumah Sakit Pelabuhan).

Visi RS Pelabuhan Jakarta adalah menjadi RS mandiri dan RS pusat rujukan di Jakarta Utara. Struktur organisasi Rumah Sakit mengacu pada Keputusan Direksi PT Rumah Sakit Pelabuhan Nomor HK.56/1/1/PT.RSP-99 tertanggal 10 Mei 1999. Pada pasal 7 mengatakan bahwa struktur organisasi PT Rumah Sakit, yaitu para wakil dengan tiga tingkat dibawah kepala RS. Ketiga tingkat di bawah Kepala RS tersebut adalah Wakil kepala/Ketua komite medik, kepala

PK 3. Indikator pelayanan kesehatan yang meliputi BOR, TOI, LOS dll adalah sebagai berikut. BOR pada tahun 2000 57.84 %, LOS tahun 2000 6 hari TOI tahun 2000 adalah 4 sedangkan GDR adalah 0.334 pada tahun 2000." Indikator-indikator tersebut berfluktuasi tiap tahunnya namun perubahan tersebut tidak begitu tajam.

B. Hasil Penelitian.

1. Analisis Univariat

a. *Karakteristik Perawat Pelaksana (n = 25)*
 Karakteristik responder (perawat pelaksana) penelitian terdiri dari usia, jenis kelamin, pendidikan dan pengalaman kerja. Tujuan dari analisis univariat terhadap karakteristik responden adalah untuk mengetahui gambaran umum responden yang menjadi subyek penelitian. Hasil analisis univariat didapatkan usia responden berkisar antara 21 sampai dengan 48 tahun dengan merata 28,56 tahun.

Sebagian besar perawat (68 %) berusia di atas 25 tahun. Jenis kelamin responden sebagian besar (88.0 %) adalah perempuan, sedangkan tingkat pendidikan responden sebanyak 56.0 % berpendidikan DIII keperawatan (AKPER). Lama kerja responden mempunyai kisaran satu tahun sampai dengan 30 tahun dengan rata rata 8.64 tahun.

Untuk lebih rincinya hasil analisis univariat terhadap karakteristik responden disajikan dalam tabel 5.1. berikut ini.

Tabel 5.1

Distribusi Frekuensi Karakteristik Perawat Pelaksana di RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001 (n=25).

No	Karakteristik	f	%
1.	Usia (kisaran 21-48 tahun, Mean = 28.56, Median = 24, SD = 8.31)		
	= < 24 tahun	8	32
	>25 tahun	17	68
2.	Pengalaman kerja (kisaran 1 - 30 tahun, Mean = 8.64, Median = 3.0, SD = 9.9)		
	= < 3 tahun	14	56
	>4 Tahun	11	44
3.	Jenis kelamin		
	Laki-laki	3	12
	Perempuan	22	88
4.	Pendidikan		
	SPK	11	44
	D III Keperawatan	14	56

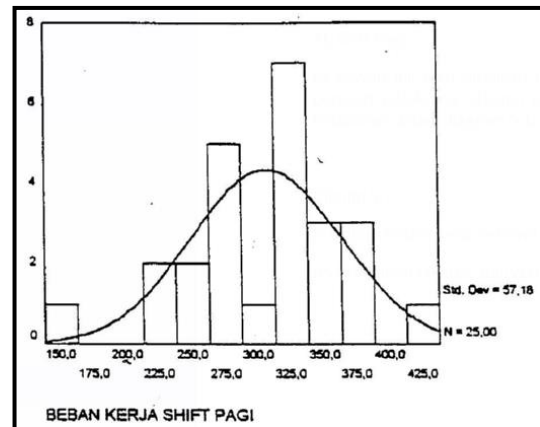
besar (48 %) perawat dengan beban kerja 275 menit dan 325 menit. Beban kerja perawat

b. *Distribusi Beban Kerja Responden*

1). Shift Pagi

Di bawah ini akan disajikan distribusi beban kerja (Tindakan langsung maupun tidak langsung) perawat pelaksana sebagai responden dari dua ruang rawat inap Bougenvil dan Cempaka RS Pelabuhan dalam diagram 5.1.

Diagram 5.1



Distribusi Beban Kerja Perawat Pada Shift Pagi di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001

yang paling tinggi (425 menit) hanya didapatkan pada dua perawat (8 %) sedangkan beban kerja terendah (150 menit) hanya satu orang perawat (4 %).

a.) Tindakan Langsung Keperawatan.

Diagram 5.2

Distribusi Tindakan Langsung Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001.

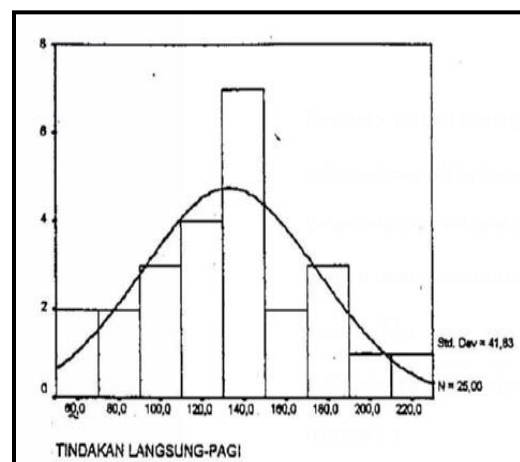
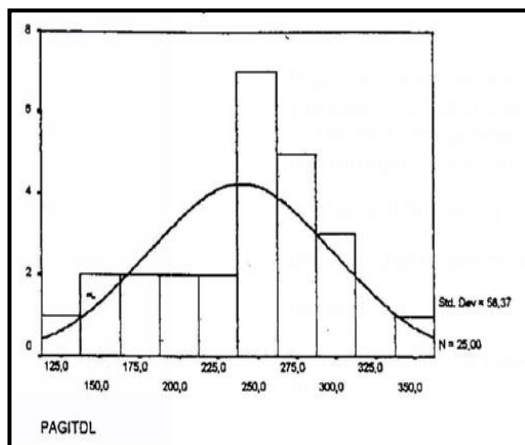


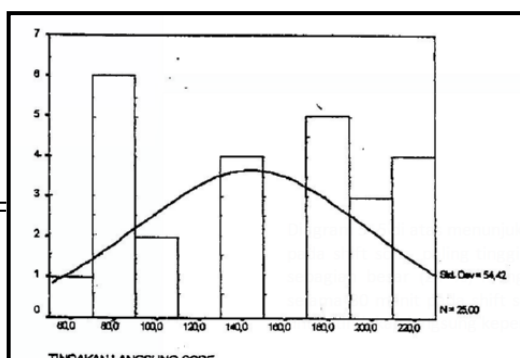
Diagram di atas menampilkan bahwa data berdistribusi normal. Tindakan langsung keperawatan yang paling banyak adalah yang menggunakan waktunya selama 140 menit atau dengan kisaran 120 – 140 menit. Artinya sebagian besar perawat (28 %) menggunakan waktu untuk melakukan tindakan langsung keperawatan selama 140 menit pada shift pagi.

b). Tindakan Tidak Langsung
 Dibawah ini diagram yang menjelaskan tentang tindakan tidak langsung pada klien.

Diagram 5.3
Distribusi Tindakan Tidak Langsung Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001



a).Tindakan Langsung Keperawatan
Diagram 5.5
Distribusi Tindakan Langsung Keperawatan Pada Shift Sore di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001



Distribusi data yang terlihat pada diagram 5.3 menunjukkan, data berdistribusi normal. Tindakan keperawatan tidak langsung yang dilakukan oleh perawat, sebagian besar (28 %) berada pada kisaran 250 hingga 275 menit. Artinya sebagian besar perawat menghabiskan waktu untuk melakukan tindakan keperawatan tidak langsung selama 250 menit.

2). Shift Sore

Diagram 5.4
Distribusi Beban Kerja Perawat Pada Shift Sore di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001

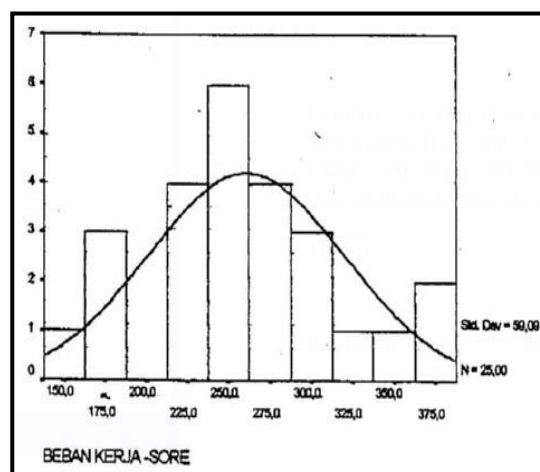


Diagram 5.4 menampilkan bahwa data berdistribusi normal dengan standar deviasi 59.09. Beban kerja perawat pada shift sore terlihat bahwa sebanyak 14 perawat (28 %) menghabiskan waktu berkisar 225 hingga 275 menit. Waktu paling banyak yang dihabiskan perawat untuk tindakan keperawatan adalah 375 menit atau 8 % dari total perawat.

Diagram 5.5 di atas menunjukkan bahwa data berdistribusi normal. Tindakan langsung keperawatan pada shift sore, paling tinggi frekuensinya adalah perawat dengan beban kerja 86 menit Artinya sebagian besar (24 %) menggunakan waktu untuk melakukan tindakan langsung keperawatan selama 80 menit pada shift sore. Perawat dengan beban kerja paling tinggi menghabiskan waktu untuk tindakan langsung keperawatan selama 220 menit pada shift sore.

b). Tindakan tidak Langsung

Diagram 5.6
Distribusi Tindakan Tidak Langsung
Keperawatan Pada Shift Sore di Ruang Rawat
Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001

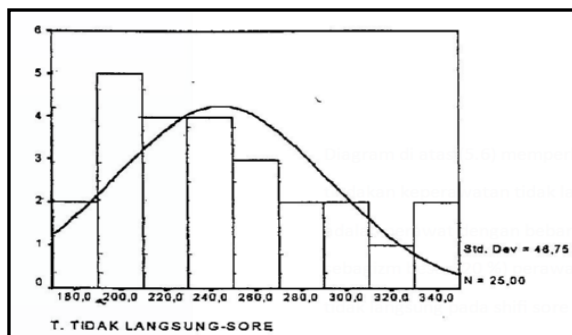


Diagram di atas (5.6) memperlihatkan bahwa Perawat yang melakukan tindakan keperawatan tidak langsung pada shift sore paling tinggi frekuensinya adalah perawat dengan beban kerja 200 menit atau kisaran 180 - 240. Artinya sebagian besar (20 %) perawat menghabiskan waktu untuk melakukan tindakan tidak langsung pada shift sore selama 200 menit. Perawat dengan beban kerja paling tinggi, menghabiskan waktu untuk tindakan tidak langsung keperawatan selama 340 menit dengan fikuensi 2 orang (8 %).

Waktu tindakan langsung keperawatan yang terlihat pada diagram 5.8. diatas menunjukkan bahwa frekuensi paling banyak adalah perawat yang melakukan tindakan keperawatan langsung dengan jumlah waktu 175 menit (28 %),Sedangkan waktu untuk tindakan langsung keperawatan paling rendah adalah 25 menit yang hanya ditemukan pada satu perawat (4 %) dari 25 perawat.

3). Shift Malam.

Diagram 5.7
Distribusi Beban Kerja Perawat Pada Shift
Malam di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan
Jakarta, Juni 2001

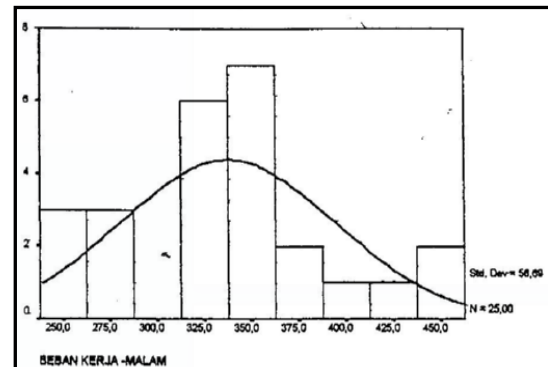
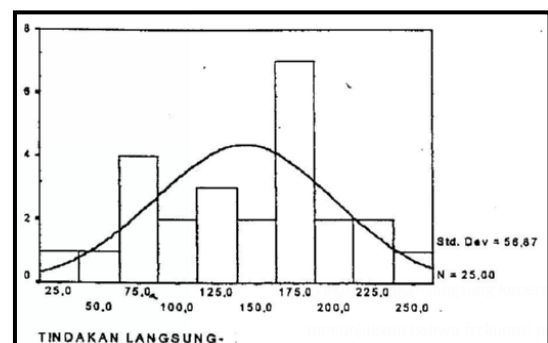


Diagram 5.7 tentang beban kerja pada shift malam dapat ditemukan bahwa, beban kerja perawat paling besar (48 %) perawat dengan beban kerja 325 menit dan 350 menit. Beban kerja perawat yang paling tinggi (450 menit) hanya didapatkan pada dua perawat (8 %), sedangkan beban kerja terendah (250 menit) didapatkan 6 perawat (24 %).

a). Tindakan Langsung

Diagram 5.8
Distribusi Tindakan Langsung Keperawatan
Pada Shift Malam di Ruang Rawat Inap RS
Pelabuhan Jakarta, Juni 2001



b). Tindakan Keperawatan Tidak Langsung.

Diagram 5.9
Distribusi Tindakan Tidak Langsung
Keperawatan Pada Shift Malam di Ruang
Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001

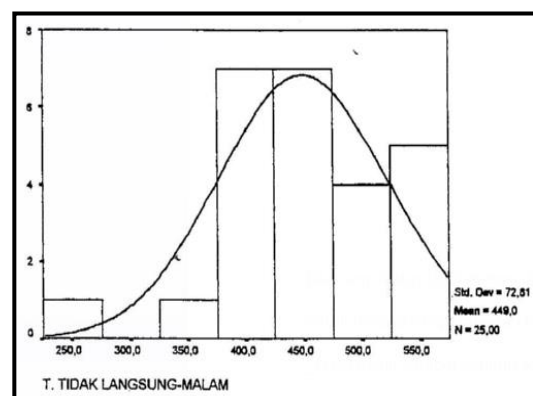


Diagram di atas (5.9) menunjukkan bahwa Perawat yang menghabiskan waktu untuk tindakan keperawatan tidak langsung pada shift malam dengan kisaran 400 menit sampai dengan 450 menit dengan frekuensi 48 %. Perawat yang paling sedikit waktunya untuk tindakan keperawatan tidak langsung adalah 250 menit dengan frekuensi 1 orang (4 %).

c. Kualitas Dokumentasi.

Untuk mendapat tingkatan kualitas dokumentasi keperawatan, maka nilai total yang didapat setiap responden dibagi dalam 5 tingkatan sesuai dengan rujukan tingkat kualitas dari Phaneuf (1994). dimana < 3 adalah sangat buruk (unsafety), 2) 3 - 5 adalah buruk (poor), 3) 6 - 8 adalah kurang (incomplete), 4) 9 — 11 adalah baik (good), 5) >= 11 adalah sangat baik (Excellent).

Tabel 5.2
Kualitas Dokumentasi Pada Setiap Shift Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001 (n=25)

Variabel Kualitas Dokumentasi	F	%
1. Shift Pagi		
• < 3 (sangat rendah)	-	-
• 3 - 5 (Rendah)	7	28
• 6 - 8 (Kurang)	17	68
• 9 - 10 (Baik)	1	4
• >=11	-	-
1. Shift Sore		
• < 3 (sangat rendah)	-	-
• 3 - 5 (Rendah)	6	24
• 6 - 8 (Kurang)	16	64
• 9 - 10 (Baik)	3	12
• >=11	-	-
2. Shift Malam		
• < 3 (sangat rendah)	-	-
• 3 - 5 (Rendah)	6	24
• 6 - 8 (Kurang)	17	68
• 9 - 10 (Baik)	1	4
• >=11	-	-

mempunyai indek beban kerja paling tinggi (indeks maksimal) dengan jumlah menit 453.00-5 menit dan angka ini lebih tinggi dibanding dengan nilai maksimal shift pagi dan sore. Selain itu waktu pribadi yang digunakan perawat reratanya pada shift pagi 83.96, sore 108.00 dan malam 261.58 menit. Sedangkan menurut ILO waktu pribadi adalah

Tabel 5.2 di atas menunjukkan bahwa sebagian besar (64 — 68 %) perawat berdasarkan kualitas dokumentasi yang telah mereka buat dalam ketiga shift berada dalam kategori kurang dan hanya sebagian kecil yang berada pada kisaran baik. Dari ketiga shift ditemukan kualitas dokumentasi baik antara 4 -12% .Untuk kualitas dokumentasi sangat buruk dan excellent tidak ditemukan.

d. Diskripsi Beban Kerja Tiap Shift

Di bawah ini disajikan hasil analisis univariat yang berupa nilai statistik diskripsi (Central Tendency).

Tabel 5.3
Beban Kerja Perawat dan waktu pribadi perawat Pada Setiap shift di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001 (n=25)

No	V. Beban tiap Shift	Minimal	Maksimal	Mean	Median	St.Dev
1.	• Shift Pagi	150.00	425.00	306.2	314.00	62.74
	• Waktu Pribadi	25.00	180.00	83.96	77.00	40.84
2.	• Shift Sore	175.00	375.00	279.79	270.00	50.55
	• Waktu Pribadi	56.00	192.00	108.00	109.00	38.77
3.	• Shift Malam	250.00	450.00	337.21	337.50	57.92
	• Waktu Pribadi	147.00	360.00	261.58	257.50	56.93

Tabel 5.3 di atas menunjukkan bahwa variabel beban kerja pada setiap shift masih dalam kisaran data berdistribusi normal. Beban kerja perawat pada shift malam mempunyai rerata 337.21 atau lebih tinggi dibanding shift sore dan shift pagi. Selain itu pada shift malam juga

9 -15 % dari seluruh jam dinas (Pagi dan sore 1 jam dan malam 1. 5 jam.

e. Diskripsi. kualitas. Dokumentasi, Keperawatan

Tabel 5.4.
Kualitas Dokumentasi Keperawatan Pada Setiap Shift di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001 (n=25)

No	V. Kualitas Dokumentasi / Shift	Minimal	Maksi Mal	Mean	Median	St.Dev
1.	Shift Pagi	2.10	9.70	5.83	6.00	1.46
2.	Shift Sore	4.26	8.25	6.26	6.30	1.27

Kualitas Dokumentasi	t	Sig. (2tailed)	Mean Defferent	Std. Error	Lower	Upper
Shift Pagi	.224	.825	.128	.569	1.307	1.052
Shift Sore	.699	.492	.357	.511	.700	1.414
Shift Malam	2.583	.017*	1.283	.497	2.313	.254

Tabel 5.4 di atas menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi yang dihasilkan perawat khususnya pada shift pagi maksimal 9.70 atau 74.6 % dari nilai keseluruhan yang harus dicapai perawat (12 point). Untuk Shift sore mempunyai rerata lebih baik dibanding dengan rerata shift pagi dan malam, dimana rerata shift sore adalah 6.26.

2. Analisis Bivariat

a. Uji Pearson dan t

Analisis bivariat dilakukan untuk mengetahui hubungan variabel independen dengan variabel dependen. Analisis bivariat ini menggunakan uji korelasi Pearson dan uji t. Hasil analisis dari variabel pendidikan dan beban kerja dengan variabel kualitas dokumentasi keperawatan tersebut disajikan dalam tabel 5.5. dibawah ini.

1). Perbedaan Tingkat Pendidikan perawat terhadap kualitas dokumentasi keperawatan (n = 25) Tabel 5.5 dibawah ini menunjukkan bahwa uji bivariat terhadap tingkat pendidikan dengan kualitas dokumentasi pada setiap shift ditemukan adanya perbedaan secara signifikan hanya pada shift malam. Adapun nilai t dari uji tersebut adalah -2.554 dengan p value 0.018 (p<0.05). Artinya tingkat pendidikan perawat mempunyai perbedaan yang signifikan terhadap kualitas dokumentasi keperawatan yang dibuat oleh perawat khususnya pada shift malam. Selanjutnya Dari analisis asosiasi terhadap variabel beban kerja dengan kualitas dokumentasi keperawatan pada tabel 5.6 didapatkan bahwa, hanya beban kerja shift pagi yang mempunyai hubungan signifikan terhadap kualitas dokumentasi. Hasil uji tersebut didapatkan nilai r = -.436 dengan p value 0.028, sedangkan hasil analisis asosiasi terhadap beban kerja dengan kualitas

untuk shift pagi dan sore tidak ada perbedaan yang signifikan.

Tabel 5.5

Hubungan Kualitas Dokumentasi dengan Tingkat Pendidikan Perawat Pada Setiap Shift Di Ruang Rawat Inap RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001 (n=25)

2). Hubungan antara Beban Kerja dengan Kualitas Dokumentasi Keperawatan pada Setiap Shift

Tabel 5.6

Hubungan Antara Kualitas Dokumentasi dengan Beban Kerja Perawat Pada Setiap Shift di RS Pelabuhan Jakarta, Juni 2001 (n=25)

V. Independen	V. Dependen (Kualitas Dokumentasi)			Keterangan
	PAGI	SORE	MALAM	
Beban Kerja Pagi	r = -.436 p = .028*			Uji Pearson
Beban Kerja Sore		r = -.022 p = .928		Uji Pearson
Beban Kerja Malam			r = -.011 p = 0.959	Uji Pearson

dokumentasi pada shift sore dan malam menunjukkan hasil yang tidak signifikan dengan p value lebih besar dari 0.05.

PEMBAHASAN

Peneliti melakukan analisis variabel pada seluruh variabel, baik variabel independen tingkat pendidikan maupun variabel beban kerja setiap shift (pagi, sore dan malam) serta

variabel dependen kualitas dokumentasi keperawatan pada setiap shift.

A. Keterbatasan Penelitian

1. Sampel (Bias Sample)

Penelitian ini menggunakan sampel sejumlah 25 perawat pelaksana (seluruh perawat) di dua ruang rawat Bougenvil dan Cempaka dimana dua ruang rawat tersebut merawat klien kasus penyakit dalam dan bedah. Mengingat jumlah sampelnya kecil, maka hasil penelitian ini tidak dapat digunakan pada Rumah Sakit serupa lainnya.

2. Kualitas Data.

Mengingat data kualitas dokumentasi keperawatan diperoleh dengan mengobservasi dokumen yang dibuat oleh perawat setelah perawat yang bersangkutan selesai dinas, maka ada kemungkinan catatan yang dibuat tidak sesuai dengan faktanya. Artinya kegiatan perawat yang telah dilakukan tidak tercatat atau bahkan catatan yang berisi tindakan keperawatan tidak dilakukan. Dengan demikian kejujuran para perawat sangat memegang peran penting dalam memberikan data yang valid dan faktual. Untuk itu pertama kali sebelum data dikumpulkan peneliti menjelaskan tujuan, manfaat dan pentingnya kejujuran agar hasilnya benar-benar menggambarkan kondisi yang sebenarnya.

3. Hasil Penelitian.

Rumah sakit Pelabuhan Jakarta adalah rumah sakit yang mempunyai karakteristik berbeda dengan RS lainnya di Jakarta. Mengingat penelitian dilakukan di ruang rawat inap dewasa bedah dan penyakit dalam yang mempunyai karakteristik berbeda dengan ruang rawat lainnya, maka hasil penelitian ini juga sangat terbatas dalam memberikan solusi bagi rumah sakit atau ruang rawat lainnya kecuali RS tersebut mempunyai karakteristik sama dengan subyek maupun tempat penelitian.

menjamin seseorang mempunyai kualitas hasil kerja yang baik hal ini tergantung pada pada personal sendiri kecuali yang bersangkutan mampu belajar dari pengalaman untuk menyelesaikan masalah.

2. Lama Kerja.

Lama kerja perawat yang menjadi responden berkisar antara 1 sampai 30 tahun dengan rerata 8.64 tahun Masa kerja yang

4. Analisis Variabel

Mengingat analisis terhadap hasil penelitian tidak memungkinkan untuk sampai multivariat, hal ini disebabkan karena peneliti menekankan pada hubungan antara beban kerja dan pendidikan dengan kualitas dokumentasi pada setiap shift, maka penelitian ini tidak menemukan variabel yang paling signifikan hubungannya dengan kualitas dokumentasi.

B. Pembahasan Hasil Analisis Univariat

Pada pembahasan hasil analisis univariat ini pertama akan dibahas tentang demografi perawat (karakteristik perawat), yang meliputi : usia, tingkat pendidikan, pengalaman kerja dan jenis kelamin.

1. Usia.

Hasil analisis pada sejumlah 25 perawat yang menjadi subyek penelitian, menggambarkan bahwa usia perawat pelaksana mempunyai minimal 21 tahun dengan rerata usia 28.56 tahun dan standar deviasinya adalah 8.31 tahun. Usia terbanyak responden (perawat) berada diatas 25 tahun (68 %). Gambaran distribusi usia ini menunjukkan bahwa usia perawat pelaksana di ruang rawat inap sebagian besar dalam usia produktif. Usia produktif ini menurut Siagian (1999) bahwa semakin lama usia seseorang, ia semakin cenderung menunjukkan kematangan jiwa atau kedewasaan dan lebih rasional dalam bertindak. Dengan demikian semakin banyak usia produktif (dewasa) maka semakin baik bagi produktifitas RS. Peneliti berasumsi bahwa usia seseorang juga mempengaruhi kebijaksanaannya dalam bertindak mengambil keputusan atau melakukan tindakan agar hasil kerjanya sesuai dengan tujuan yang telah ditetapkan. Akhirnya hasil kerja mereka juga semakin berkualitas, karena semakin banyak pengalamannya dalam melakukan suatu pekerjaan. Namun demikian, usia juga tidak mempunyai frekuensi tinggi adalah lama kerja kurang dari 3 tahun (56 %). Adapun masa kerja perawat yang lebih dari 4 tahun sebanyak 11 perawat (44 %). Perawat dengan masa kerja minimal 3 tahun mempunyai sisi positifnya bagi pelayanan keperawatan di RS, karena dengan pengalaman kerja yang cukup berdampak positif dalam menghadapi klien dan pemberian asuhan keperawatan. Hal ini

sesuai dengan apa yang dikemukakan oleh Green (1980), bahwa kualitas kerja dapat Hersey dan Blanchard (1986) juga sependapat bahwa pengalaman kerja yang diperoleh dapat mempengaruhi kemampuannya, sehingga kualitas kerjanya meningkat.

3. Jenis Kelamin.

Hasil analisis univariat terhadap jenis kelamin menggambarkan jumlah perawat pelaksana yang berjenis kelamin perempuan jauh lebih besar (88 %) dibandingkan dengan pria. Perbedaan proporsi ini memang lazim terjadi pada profesi keperawatan karena minat perempuan untuk menjadi perawat lebih besar dari pada laki-laki. Selain ini sifat pekerjaan keperawatan sering diidentikkan dengan sifat keibuan dari seorang wanita.

4. Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan keperawatan perawat yang menjadi responden (n=25), didapatkan sebagian besar (56 %) berpendidikan DIII keperawatan (AKPER). Menurut Green (1980), bahwa tingkat pendidikan ada kaitannya dengan perilaku kerja mereka. Mengingat hasil penelitian menemukan adanya proporsi yang lebih besar berpendidikan DIII keperawatan, maka hal ini dapat mempengaruhi kinerja di ruangan tersebut. Hasil penelitian Mc. Closkey dan McCan yang dikutip oleh Gillies (1994) menemukan bahwa pendidikan yang lebih tinggi juga memiliki kemampuan kerja yang lebih baik. Kesimpulannya adalah dengan banyak tenaga perawat yang berpendidikan tinggi akan meningkatkan kualitas hasil kerja di suatu ruangan. Peneliti juga mempunyai asumsi yang sama berdasarkan pengalaman berada di lingkungan pelayanan keperawatan, dimana dengan tingkat pendidikan yang memadai maka cara berfikir dalam memecahkan masalahnya pun akan lebih sistematis, ilmiah dan komprehensif karena mempunyai kualitas kepribadian seseorang sehingga semakin tinggi pendidikan seseorang maka semakin besar keinginan mengaplikasikan pengetahuan dan ketrampilan. Seluruh uraian tersebut sejalan dengan hasil analisis penelitian tentang hubungan pendidikan dengan kualitas dokumentasi keperawatan.

2. Hubungan Kualitas Dokumentasi dengan Beban Kerja Perawat pada Shift Pagi.

dipengaruhi oleh faktor *predisposing* yaitu pengalaman kerja. Selain itu konseptual dan teori yang cukup yang selanjutnya akan berdampak pada kualitas kerja yang dihasilkan.

C. Analisis Bivariat.

1. Hubungan Kualitas Dokumentasi dengan Tingkat Pendidikan Pada Setiap Shift.

Hubungan tingkat pendidikan perawat terhadap kualitas dokumentasi keperawatan pada shift malam secara statistik bermakna dimana *p value* 0.018 atau lebih kecil dari 0.05. Perbedaan latar belakang pendidikan (tingkat pendidikan) akan berdampak pula pada kompetensi yang dimiliki. Perbedaan kompetensi ini akan mengakibatkan perbedaan pelayanan atau kinerja mereka. Semakin banyak waktu yang diberikan untuk menyelesaikan suatu tugas, maka akan semakin baik pula kualitas hasil yang dihasilkan dibanding dengan waktu yang diberikan terlalu singkat. Hal ini sesuai dengan hasil analisis variabel tingkat pendidikan dengan kualitas dokumentasi tersebut dimana tingkat pendidikan mempunyai hubungan yang signifikan dengan kualitas dokumentasi pada shift malam karena pada malam hari waktu untuk melakukan dokumentasi lebih lama dibanding shift sore dan pagi namun demikian bila kita merujuk hasil analisis univariat maka kualitas dokumentasi pada shift sore mempunyai nilai rerata lebih baik dibanding rerata pada shift pagi dan malam. Selain itu, seseorang yang telah mempunyai tingkat pendidikan tinggi akan lebih profesional dan kompeten, artinya pada saat mereka dinas malam akan mempunyai waktu yang cukup untuk membuat dokumentasi dengan baik. Anggraini (1998) dan Siagian (1999) menyebutkan bahwa pendidikan merupakan pengalaman belajar yang berfungsi mengembangkan kemampuan dari Hasil analisis bivariat terhadap hubungan variabel beban kerja dengan kualitas dokumentasi keperawatan pada shift pagi. Tanda negatif pada awal nilai *r* menunjukkan bahwa, hubungan tersebut bersifat negatif artinya

semakin tinggi beban kerja perawat semakin rendah kualitas dokumentasi yang dibuat oleh perawat. Menurut Ilyas (2000), mengatakan bahwa, semakin tinggi beban kerja seseorang akan menurunkan kualitas hasil kerja (kinerja) mereka. Dengan demikian hasil penelitian ini sejalan dengan pandangan dari beberapa ahli tersebut. Hasil analisis univariat tentang tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung menunjukkan bahwa, tindakan keperawatan tidak langsung mempunyai proporsi yang lebih banyak, dengan demikian waktu yang tersedia untuk kegiatan pendokumentasian cukup banyak agar menghasilkan dokumentasi yang berkualitas, namun demikian ternyata hasilnya tidak demikian. Peneliti berasumsi bahwa meskipun waktu untuk tindakan keperawatan langsung sedikit, namun kualitas dokumentasi masih kurang baik, hal ini disebabkan oleh kemampuan perawat dalam melakukan dokumentasi keperawatan tidak memadai, sehingga faktor kualitas dokumentasi sangat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan (profesionalisme). Gillies (1994) mengemukakan bahwa perawat yang mempunyai pendidikan lebih tinggi akan memiliki kemampuan kerja yang baik pula. Hal ini pula sejalan dengan pendapat Gibson (1980) yang menyatakan bahwa faktor kemampuan (pengetahuan) lebih banyak berperan terhadap kinerja seseorang. Artinya, kualitas dokumentasi keperawatan lebih banyak berhubungan dengan kemampuan (kompetensi) perawat dalam membuat dokumentasi. Sekali lagi, nampaknya faktor kompetensi perawat lebih dominan. Terkait dengan kebutuhan klien dengan penyakit dalam dan bedah terhadap asuhan perawatan dengan rata-rata kebutuhannya adalah 3.5 jam perpasien dalam 24 jam (Tappen dalam Ilyas, 2000), maka waktu yang diperlukan 20 istirahat mencukupi atau sesuai acuan ILO (1996) yaitu 9 – 15 % dari jam dinas Dengan waktu pribadi yang mencukupi, seharusnya ada dampaknya terhadap kualitas kerja khususnya pendokumentasian, karena perawat cukup beristirahat, namun ternyata tidak demikian. Asumsi peneliti sesuai dengan pengalaman selama menjalankan tugas pendokumentasian, bahwa semakin cukup

pasien terhadap kebutuhan asuhan keperawatan adalah 3.5 jam X 20 pasien/ruangan = 70 jam/24 jam. Seperti pada tinjauan kepustakaan disebutkan bahwa sebagian besar (60 - 70 %) tindakan pelayanan keperawatan banyak dilakukan di pagi hari, maka minimal waktu yang diperlukan adalah $60/100 \times 70 \text{ jam} = 42 \text{ Jam}$. Untuk menyelesaikan kegiatan pada shift pagi tersebut diperlukan perawat 7 - 8 perawat, sedangkan pada saat ini yang dinas pagi berkisar 3 -4 perawat. Melihat hal ini maka beban kerja dinas pagi jauh lebih tinggi, hal akan berdampak pada hasil dokumentasi yang dihasilkan, apalagi kompetensi perawat dalam pendokumentasian belum memadai, maka semakin turunkah kualitas dokumentasi tersebut

3. Hubungan Kualitas Dokumentasi dengan Beban Kerja Perawat pada Shift Sore

Dari hasil analisis hubungan terhadap variabel di atas, ditemukan nilai $r = -.022$ dengan p value .928. Artinya hubungan antara beban kerja dengan kualitas dokumentasi keperawatan pada shift sore tidak signifikan. Hasil analisis ini menunjukkan bahwa kualitas dokumentasi keperawatan lebih dipengaruhi oleh kemampuan perawat dalam pendokumentasian. Hal ini diperkuat dengan hasil analisis univariat terhadap tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung dimana waktu yang digunakan perawat dalam kegiatan tidak langsung jauh lebih banyak dibanding dengan waktu yang digunakan untuk kegiatan langsung kepada klien. Mencermati hasil analisis univariat tentang waktu yang dipergunakan untuk kepentingan pribadi (makan, minum dan istirahat) rata-rata sebesar 108.15 menit (satu setengah jam lebih) bahkan ada yang sampai 192 menit (tiga jam lebih), dengan demikian waktu

waktu yang tersedia kualitas dokumentasi semakin baik. Disisi lain, pendekatan pendokumentasian keperawatan yang digunakan adalah dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (Iyer & Camp, 1995). Pendekatan proses keperawatan dapat diterapkan bila perawat mempunyai tingkat pendidikan yang tinggi dengan daya analisis yang tinggi pula. Dengan

demikian, kondisi tersebut memungkinkan kualitas dokumentasi yang dihasilkan oleh perawat tergantung tingkat pendidikan atau kompetensinya. Selain itu hasil penelitian Sumitro (2000) tentang pelaksanaan dokumentasi sangat dipengaruhi oleh disain kerja, dengan demikian kualitas dokumentasi tidak berhubungan dengan beban kerja pada sore hari, akan tetapi lebih dekat berhubungan dengan bagaimana mengatur suatu pekerjaan di ruang rawat tersebut. Lebih jauh Jasmarizal (2000) mengemukakan dalam penelitiannya, bahwa ketepatan dan kelengkapan dokumentasi berhubungan dengan karakteristik perawat. Hal ini mengindikasikan bahwa, meskipun beban kerja perawat di suatu ruangan ringan, namun perawat tersebut tidak menggunakan waktu senggangnya untuk melakukan kegiatan pendokumentasian dengan baik dan lengkap dengan demikian beban kerja shift sore tidak berpengaruh pada kualitas dokumentasi.

4. Hubungan Kualitas Dokumentasi dengan Beban Kerja Perawat pada Shift Malam. Hubungan beban kerja perawat pada shift malam dengan kualitas dokumentasi keperawatan pada shift malam didapatkan nilai $x = -.011$ dan p value 0.959 dengan demikian hubungan kedua variabel tersebut tidak signifikan. Artinya bahwa, beban kerja perawat yang rendah pada malam hari tidak mempengaruhi kualitas dokumentasi yang dihasilkan oleh perawat. Hal ini terjadi karena pada saat dinas malam semua kebiasaan normal dan "rotasi internal" terganggu. akibatnya kinerjanya menurun Giumam, 1996). Masih menurut Humam, perawat yang menyukai dinas malam hanya 10 % dengan alasan kesehatan terganggu dan kebiasaan normal terganggu, dengan demikian perawat yang dinas malam cenderung kinerjanya Namun hal ini nampaknya tidak sejalan dengan hasil penelitian ini. Hal ini dapat disebabkan oleh kemampuan Perawat untuk membuat dokumentasi yang berkualitas belum memadai. Gibson (1991), mengemukakan bahwa variabel kemampuan dan keterampilan mempengaruhi perilaku kerja seseorang. Berdasarkan pendapat tersebut dapat diasumsikan bahwa perawat-perawat

menurun. Selain itu, penyebab dari kualitas dokumentasi yang rendah adalah belum dipakainya dokumentasi keperawatan sebagai pertimbangan untuk menentukan imbalan jasa keperawatan. Menurut Kozier dan Wilkinson (1995) bahwa dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai alat atau bantuan guna menerima pembayaran, dengan demikian beban kerja pada shift malam kemungkinan tidak berpengaruh terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Penentuan sistem shift, dapat juga mempengaruhi kinerja perawat. Menurut Swansburg dan Swansburg (1999) mengemukakan bahwa sistem rotasi yang fleksibel akan dapat meningkatkan motivasi perawat. Kita mengetahui bersama bahwa dengan motivasi yang tinggi akan berdampak pula pada kinerja perawat. Bila sistem ini dapat diterapkan di RS Pelabuhan tentu saja akan mempunyai dampak yang positif pula, namun untuk melaksanakannya diperlukan jumlah dan kualitas tenaga perawat yang memadai. Merujuk pada hasil analisis univariat terhadap waktu untuk tindakan keperawatan langsung dan tidak langsung, didapatkan bahwa waktu untuk tindakan keperawatan tidak langsung lebih banyak dibanding dengan waktu yang dipergunakan untuk tindakan keperawatan langsung kepada klien. Menurut asumsi peneliti bahwa dengan banyak waktu untuk kegiatan tidak langsung akan mempengaruhi kualitas dokumentasi yang dihasilkan. Menurut Hendrickson (1980) mengemukakan bahwa, tindakan keperawatan salah satunya adalah pendokumentasian keperawatan, dengan demikian semakin banyak waktu yang dipergunakan untuk kegiatan tidak langsung, maka semakin banyak pula peluangnya untuk membuat dokumentasi yang berkualitas.

yang menjadi subyek penelitian kompetensi dalam membuat dokumentasi yang berkualitas belum memadai, meskipun waktu yang tersedia cukup, namun kualitas dokumentasi yang dihasilkan belum optimal.

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab terakhir ini disajikan kesimpulan-kesimpulan hasil penelitian dan saran-saran

atau rekomendasi yang berkaitan dengan hasil penelitian.

A. Kesimpulan

1. Beban kerja pada shift pagi mempunyai rerata 305.96 menit atau 5.05 jam baik tindakan langsung keperawatan maupun tidak langsung. Sedangkan frekuensi perawat banyak menggunakan waktu untuk tindakan keperawatan pada kisaran 300 -350 menit artinya sebagian besar perawat menggunakan waktunya 5-6 jam dalam satu shift dinas. Beban kerja berat (lebih dari 5 jam) pada shift pagi ditemukan pada 16 orang (64 %).

2. Beban kerja pada shift sore mempunyai rerata 260.40 menit atau empat jam 20 menit dengan minimal waktu untuk tindakan keperawatan selama 148 menit dan maksimal 387 menit dari seluruh jam dinas satu shift (14.00 ~ 21.00). Sedangkan perawat dengan beban kerja berat dan ringan hampir berimbang jumlahnya yaitu 12 (48 %) perawat dengan beban kerja ringan dan 13 (52 %) perawat dengan beban kerja berat.

3. Beban kerja pada shift malam mempunyai rerata 337.21 menit baik tindakan langsung keperawatan maupun tidak langsung. Beban kerja shift malam mempunyai rerata lebih tinggi dibanding dengan rerata shift pagi dan sore. Prosentase perawat dengan beban kerja berat dan ringan sama dengan shift sore yaitu 12 (48%) dengan beban kerja ringan dan 13 orang (52 %) perawat dengan beban kerja berat.

4. Kualitas dokumentasi keperawatan yang dihasilkan perawat pada setiap shift sebagian besar (64 — 68 %) dalam tingkatan kurang. Kualitas dokumentasi shift pagi dan shift malam sama yaitu 68 % berada pada tingkatan kurang, sedangkan shift sore 64 % berada pada tingkatan kurang. Hanya sebagian kecil (4 —12 %) yang berada pada tingkatan baik pada setiap shiftnya.

5. Ada hubungan yang signifikan antara tingkat pendidikan dengan kualitas dokumentasi keperawatan pada shift malam, sedangkan pada shift pagi dan sore tidak berhubungan secara signifikan.

6. Ketiga variabel beban kerja shift pagi, sore dan malam hari hanya beban kerja pada shift pagi yang berhubungan secara signifikan dengan kualitas dokumentasi keperawatan.

B. Saran

Berdasarkan kesimpulan-kesimpulan yang telah dikemukakan di atas maka peneliti menganjurkan beberapa saran sebagai berikut:

1. Pengaturan shift dinas perlu mempertimbangkan komposisi perawat dari aspek tingkat pendidikan atau kemampuan memberikan asuhan keperawatan.

2. Adanya hubungan negatif antara beban kerja pagi dengan kualitas dokumentasi, maka perlu dilakukan penataan ulang beban kerja perawat yang disesuaikan dengan jumlah perawat dan klien serta tingkat ketergantungan klien

3. Diperlukan peningkatan kompetensi perawat melalui pendidikan tambahan formal maupun pelatihan yang terkait dengan pendokumentasian keperawatan.

4. Dapat dipertimbangkan hasil dokumentasi sebagai salah satu point dalam memberikan jasa pelayanan dan promosi perawat.

5. Perlu dilakukan penelitian sejenis dengan jumlah sampel yang lebih besar dan melakukan analisis variabel sampai ke multivariat agar hasil penelitiannya digunakan sebagai solusi peningkatan kualitas pelayanan keperawatan. Khususnya kualitas dokumentasi keperawatan yang cukup reliable dan valid bagi RS-RS lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

Azwar. A. (1996). *Menjaga mutu pelayanan kesehatan*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan.

Cardona : P.8 Tappen RM & Tertill M et.al (1997). Nursing staff time allocation in long-term care. A work sampling study. *The Journal of Nursing Administration*. 27 (2) 28- 36.

Chagnon. MA. (1979). A patient classification system by level of nursing care Requirement. *Nursing Research*. 27 (2) 107-113

- Dep Kes, (1999). *Indonesia sehat 2010 : Visi baru, Misi Kebijakan dan Strategi Pembangunan Kes.* Jakarta: Dep. Kes
- Dep Kes, (1999). *Pedoman akreditasi rumah sakit.* Jakarta : Dep. Kes
- Douglass. L. (1984). *The effective nurse leader and manager.* Second Edition. Toronto : L The CV. Mousby Company.
- Gibson, J.L. , Ivancevich dan Donnelly (1987). *Organisasi dan manajemen Perilaku, Perilaku, Struktur, Proses.* Jakarta: Erlangga
- Green L.W. (1980). *Perencanaan pendidikan kesehatan; Sebuah pendekatan diagnostik .* Diterjemahkan oleh Zarfiel T, Zulazmi dan Sudarti K. Proyek Pengembangan FKM UI.
- Giebing. H & Marr. H. (1994). *Quality assurance in nursing concept, Methods and case studies.* Ediburg: Campions Press Limited
- Gillies. G.A. (1994). *Nursing management a system approach.* Third Edition. Philadelphia: WB. Saunders Company.
- Gray A. & Kron. T (1987). *The management of patient care putting leadership skills to work.* Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Hendrickson. G & Doddato TM & Kovner CT. (1990) How do nurses use the time ? *Journal Nurses Administration.* 20 (3). 31 — 37.
- Humam C (1996). *A Shift in time. Nursing standard.* 38 (10) 23 — 24.
- ILO (1986), *Penelitian kerja dan produktifitas,* Cetakan ke-2. Jakarta: Penerbit Erlangga.
- Ilyas. Y. (2000). *Perencanaan SDM rumah sakit teori, metode dan formula.* Jakarta 1 Universitas Indonesia.
- Iyer P.W. & Camp. N.H. (1995). *Nursing documentation a nursing process approach.* St. Louis : Mosby.
- Kozier & Wilkinson (1995). *Fundamentals of nursing concepts, process and practice.* Fifth Edition California : Addison Wesley.
- Loveridge. CE. & Cumming S.H. (1996). *Nursing management in the new paradigm.* Maryland : An Aspen Publication.
- Marquis. B. & Huston C.J (12000) *Leadership roles and management function in nursing.* Theory and Application. Third edition, Philadelphia : Lippin cott company.
- Murray. M.E.G. & Dicroce. HR. (1997). *Leadership and management in nursing,* Stanford : Appeton & Lange.
- Pahneuf, MC (1976). *The Nursing audit -self regulation in nursing practice.* New York. Appleton century — croffts

Polit. D & Hungler, B (1999). *Nursing research. principles and methode*. Philadelphia : Lippineotf company.

Pozgar. NS & Pozgar. GD. (1996). *Legal aspect of health care administration*. Maryland. New Iersey : A Simon & Schuster Company.

PPNI. (1999) *Keperawatan dan praktik keperawatan*. Jakarta.

Rumah Sakit Pelabuhan.(2000). *Laporan tahunan RS. Pelabuhan. Jakarta* : RS Pelabuhan

Schemle J A. (1996). *Quality management in nursing and health care*. New York : Delmer Publisher.

Siagian S.P. (2000), *Manajemen sumber daya manusia*. Jakarta: Bumi Aksara.

Swanburg & Swasnburg (1999) *Introductory management and leadership for nurse*. Second Edition. Toronto Canada : Jones and Barflett Publisher. Inc.

.