

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Supervisi Keperawatan

1. Definisi Supervisi Keperawatan

Supervisi keperawatan dapat diartikan sebagai satu proses pemberian berbagai sumber yang dibutuhkan perawat untuk menyelesaikan tugas-tugas dalam mencapai tujuan organisasi (Nursalam, 2014). Menurut Suyanto (2009), dalam bidang keperawatan, supervisi meliputi segala bantuan dari pemimpin/penanggung jawab kepada perawat yang ditujukan untuk perkembangan para perawat dan staf lainnya.

2. Pelaksana Supervisi Keperawatan

Seorang supervisor memiliki tugas mengorientasikan, melatih, dan memberikan pengarahan kepada staf dan perawat pelaksana dalam pelaksanaan tugas. Supervisi keperawatan dapat dilaksanakan oleh

personil atau bagian yang bertanggung jawab, antara lain (Suyanto, 2009) :

a. Kepala Ruang

Kepala ruangan mengawasi perawat pelaksana dalam memberikan asuhan keperawatan baik secara langsung maupun tidak langsung. Kepala ruang bertanggung jawab untuk melakukan supervisi pelayanan keperawatan yang diberikan pada pasien di ruang perawatan yang dipimpinnya.

b. Pengawas Keperawatan

Pengawas perawatan bertanggung jawab mengawasi jalannya pelayanan keperawatan di ruang perawatan dan unit pelayanan yang berada di bawah unit pelaksana fungsional (UPF).

c. Kepala Bidang Keperawatan

Melalui para pengawas keperawatan, kepala bidang keperawatan memiliki tanggung jawab untuk

melakukan supervisi secara langsung maupun tidak langsung.

3. Sasaran Supervisi Keperawatan

Sasaran dari supervisi keperawatan dapat berupa pekerjaan yang dilakukan atau bawahan yang melakukan pekerjaan. Jika sasaran supervisi berupa pekerjaan yang dilakukan, disebut supervisi langsung. Jika sasaran supervisi berupa bawahan yang melakukan pekerjaan, disebut supervisi tidak langsung. Dengan meningkatnya kinerja yang dilakukan oleh bawahan, maka sasaran supervisi sudah sesuai dengan tujuan dari supervisi itu sendiri (Suarli & Bahtiar, 2010).

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

4. Kompetensi Supervisor Keperawatan

Menurut Dharma (2003), supervisor memiliki tanggung jawab untuk mengkoordinasikan sistem kerjanya sebaik mungkin dengan mengarahkan, melancarkan, membimbing, memotivasi, dan mengendalikan. Menurut Suyanto (2009), supervisor harus memiliki kemampuan sebagai berikut :

- a. Memberikan petunjuk dan pengarahan yang jelas sehingga dapat dimengerti oleh perawat pelaksana dan staf.
- b. Memberi saran, nasihat, dan bantuan kepada perawat pelaksana dan staf.
- c. Memberikan motivasi dengan meningkatkan semangat kerja kepada perawat pelaksana dan staf.
- d. Memahami dinamika kelompok.
- e. Memberikan bimbingan dan latihan kepada para perawat pelaksana dan staf.
- f. Menilai kinerja perawat.

g. Mengawasi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan sehingga asuhan yang diberikan menjadi lebih baik.

5. Teknik Supervisi Keperawatan

Seorang manajer keperawatan dapat menemukan kendala dalam melakukan kegiatan keperawatan di ruang yang bersangkutan dengan cara menganalisis secara komprehensif dengan para anggota perawat secara efektif dan efisien. Fokus dan tujuan utama dalam pelaksanaan kegiatan supervisi bukan untuk mencari kesalahan atau penyimpangan, akan tetapi berfokus pada kualitas dan mutu pelayanan keperawatan (Arwani, 2006). Berikut ini teknik supervisi yang dapat dilaksanakan secara langsung maupun tak langsung :

a. Teknik Supervisi Secara Langsung

Supervisor tidak melakukan perintah melalui pengarahan dan pemberian petunjuk dengan cara terlibat dalam kegiatan langsung yang sedang dilaksanakan

(Bittel, 1989). Secara langsung supervisi dapat dilakukan secara efektif dengan cara :

- 1) Memberikan pengarahan secara lengkap dan mudah dipahami.
- 2) Memilih kata atau kalimat yang tepat.
- 3) Berbicara secara jelas dan tidak terlalu cepat.
- 4) Memberikan arahan secara logis.
- 5) Menghindari terlalu banyak pemberian arahan pada satu waktu tertentu.
- 6) Memastikan bahwa arahan tersebut dilaksanakan atau perlu tindak lanjut.

b. Teknik Supervisi Secara Tidak Langsung

Pada teknik ini, dapat terjadi kesenjangan fakta dikarenakan supervisor tidak hadir untuk melihat secara langsung di lapangan. Supervisi ini dilakukan melalui laporan baik tertulis maupun lisan (Bittel, 1989).

6. Prinsip Supervisi Keperawatan

Nursalam (2007) menyebutkan ada beberapa prinsip supervisi yang dapat dilakukan di bidang keperawatan, yaitu:

- a. Supervisi harus dilakukan sesuai struktur organisasi yang ada.
- b. Supervisi harus memiliki pengetahuan dasar berupa manajemen, keterampilan hubungan antar manusia, dan kemampuan dalam menerapkan prinsip kepemimpinan dan manajemen.
- c. Supervisi memiliki fungsi yang diuraikan secara jelas, terorganisasi, dan dinyatakan melalui petunjuk, peraturan uraian tugas, dan standar.
- d. Supervisor dan perawat pelaksana merupakan proses kerja sama yang demokratis.
- e. Supervisi memiliki visi, misi, falsafah, tujuan dan rencana yang spesifik.
- f. Supervisi dapat menciptakan lingkungan secara kondusif, komunikasi efektif, kreativitas, dan motivasi.

- g. Supervisi memiliki tujuan yang berhasil dan berdaya guna dalam pelayanan keperawatan sehingga dapat memberikan kepuasan pada klien, perawat, dan manajer.

7. Kegiatan Rutin Supervisor

Menurut Dharma (2003), supervisor dapat melakukan dua jenis kegiatan, yaitu kegiatan supervisi yang berarti supervisor mengkoordinasikan pekerjaan yang dilakukan orang lain dan kegiatan tugas yang berarti supervisor terlibat secara langsung dalam suatu pekerjaan. Supervisor dapat secara efektif melakukan kegiatan supervisi dengan cara (Wiyana, 2008):

a. Persiapan

- 1) Membentuk jadwal supervisi.
- 2) Mempersiapkan materi supervisi.
- 3) Sosialisasi rencana kegiatan supervisi kepada perawat pelaksana.

b. Pelaksanaan Supervisi

- 1) Memberikan salam pada perawat yang disupervisi.
- 2) Membentuk kontrak waktu supervisi.

- 3) Mengidentifikasi hal-hal yang didisupervisi.
- 4) Mendiskusikan pencapaian yang harus ditingkatkan.
- 5) Memberikan bimbingan/arahan.
- 6) Mencatat hasil supervisi.

c. Evaluasi

- 1) Menilai respon perawat terhadap materi yang baru saja diarahkan.
- 2) Memberikan reinforcement pada perawat.
- 3) Menyampaikan rencana tindak lanjut supervisi

8. Model Supervisi Keperawatan

Suyanto (2009), memaparkan beberapa model supervisi keperawatan yang dapat diterapkan, antara lain :

a. Model Konvensional

Supervisi keperawatan model konvensional dilakukan melalui inspeksi langsung untuk menemukan masalah dan kesalahan dalam pemberian asuhan keperawatan. Supervisi model ini dilakukan untuk mengoreksi kesalahan dan memata-matai staf dalam mengerjakan tugas. Pada model konvensional ini,

pekerjaan yang dilakukan perawat pelaksana hanya dilihat sisi negatifnya saja, sehingga sering kali tidak adil.

b. Model Ilmiah

Supervisi keperawatan model ilmiah dilakukan dengan pendekatan yang sudah direncanakan, tidak hanya mencari kesalahan atau masalah saja. Supervisi model ini melihat data secara objektif sehingga dapat diberikan umpan balik dan bimbingan secara berkesinambungan, sesuai prosedur, instrumentif, dan standar supervisi yang baku.

c. Model Klinis

Supervisi keperawatan model ini dapat meningkatkan kinerja perawat pelaksana dalam melakukan asuhan keperawatan dengan cara membantu perawat pelaksana dalam mengembangkan profesionalisme. Secara sistemis, supervisi model klinis tersebut dapat dilakukan melalui pengamatan pelayanan

keperawatan yang diberikan perawat pelaksana yang dibandingkan dengan standar keperawatan.

d. Model Artistik

Supervisi model artistik membuat supervisor dapat lebih mudah diterima oleh perawat pelaksana yang disupervisi karena kegiatan supervisi dilakukan dengan pendekatan personal untuk menciptakan rasa aman. Supervisi model ini mempermudah proses supervisi dengan menciptakan hubungan saling percaya antara supervisor dan perawat pelaksana yang disupervisi.

B. Keselamatan Pasien (*Patient Safety*)

1. Definisi

Menurut undang-undang nomor 44 (2009) tentang rumah sakit, Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah proses dalam suatu rumah sakit yang memberikan pelayanan pasien yang lebih aman. Termasuk di dalamnya asesmen risiko, identifikasi, dan manajemen risiko terhadap pasien, kemampuan untuk belajar dan menindaklanjuti insiden, dan menerapkan solusi untuk mengurangi serta

meminimalisir timbulnya risiko. Dalam buku pedoman pelaporan insiden keselamatan pasien (KKP-RS, 2015), Keselamatan pasien (*patient safety*) adalah pasien bebas dari *harm*/ cedera yang tidak seharusnya terjadi atau bebas dari *harm* yang potensial akan terjadi (penyakit, cedera fisik/ sosial/ psikologis, cacat, kematian dll), terkait dengan pelayanan kesehatan. Sedangkan keselamatan pasien rumah sakit adalah suatu sistem dimana rumah sakit membuat asuhan pasien lebih aman. Sistem tersebut diharapkan dapat mencegah terjadinya cedera yang disebabkan oleh kesalahan akibat melaksanakan suatu tindakan atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan.

2. Tujuan

Menurut (Depkes, 2008), tujuan dibentuknya panduan keselamatan pasien rumah sakit adalah:

- a. Terciptanya budaya keselamatan pasien di rumah sakit.
- b. Meningkatnya akuntabilitas rumah sakit terhadap pasien dan masyarakat.

- c. Menurunnya kejadian tidak diharapkan (KTD) di rumah sakit.
- d. Terlaksananya program-program pencegahan sehingga tidak terjadi pengulangan kejadian tidak diharapkan.

3. Indikator

Depkes RI (2008) dalam buku panduan nasional keselamatan pasien rumah sakit membuat tujuh standar keselamatan pasien, yaitu :

a. Hak Pasien

Pasien dan keluarganya mempunyai hak untuk mendapatkan informasi tentang rencana dan hasil pelayanan termasuk kemungkinan terjadinya Kejadian Tidak Diharapkan.

b. Mendidik pasien dan keluarga

Rumah sakit harus mendidik pasien dan keluarganya tentang kewajiban dan tanggung jawab pasien dalam asuhan pasien.

c. Keselamatan pasien dan kesinambungan pelayanan

Rumah sakit menjamin kesinambungan pelayanan dan menjamin koordinasi antar tenaga dan antar unit pelayanan.

d. Penggunaan metoda-metoda peningkatan kinerja untuk melakukan evaluasi dan program peningkatan keselamatan pasien

Rumah sakit harus mendesign proses baru atau memperbaiki proses yang ada, memonitor dan mengevaluasi kinerja melalui pengumpulan data, menganalisis secara intensif Kejadian Tidak Diharapkan, dan melakukan perubahan untuk meningkatkan kinerja serta keselamatan pasien.

e. Peran kepemimpinan dalam meningkatkan keselamatan pasien

Pimpinan menjamin berlangsungnya program proaktif untuk identifikasi risiko keselamatan pasien dan program menekan atau mengurangi Kejadian Tidak Diharapkan.

f. Mendidik staf tentang keselamatan pasien

Rumah sakit memiliki proses pendidikan, pelatihan dan orientasi untuk setiap jabatan mencakup keterkaitan jabatan dengan keselamatan pasien secara jelas.

g. Komunikasi merupakan kunci bagi staf untuk mencapai keselamatan pasien

Rumah sakit merencanakan dan mendesain proses manajemen informasi keselamatan pasien untuk memenuhi kebutuhan informasi internal dan eksternal.

Untuk menanggulangi masalah keselamatan pasien, WHO *Collaborating Centre for Patient Safety* (2007), menyatakan bahwa terdapat sembilan solusi keselamatan pasien rumah sakit, yaitu :

- a. Perhatikan nama obat, rupa dan ucapan mirip
- b. Pastikan Identifikasi Pasien
- c. Komunikasi secara benar saat serah terima/pengoperan pasien
- d. Pastikan akurasi pemberian obat pada pengalihan pelayanan

- e. Hindari salah kateter dari salah sambung selang
- f. Gunakan alat injeksi sekali pakai
- g. Tingkatkan kebersihan tangan untuk pencegahan infeksi nosokomial.

Mengacu pada *Nine Life-Saving Patient Safety Solutions* dari *WHO Patient Safety* (2007), Komite Keselamatan Pasien Rumah Sakit PERSI (KKPRS PERSI), dan dari *Joint Commission International* (JCI), Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS, 2012) membentuk 6 Sasaran Keselamatan Pasien (SKP) merupakan syarat untuk diterapkan di semua rumah sakit yang diakreditasi.

Maksud dari Sasaran Keselamatan Pasien adalah mendorong perbaikan spesifik dalam keselamatan pasien. Sasaran menyoroti bagian-bagian yang bermasalah dalam pelayanan kesehatan dan menjelaskan bukti serta solusi dari konsensus berbasis bukti dan keahlian atas permasalahan ini. Diakui bahwa desain sistem yang baik secara intrinsik adalah untuk memberikan pelayanan kesehatan yang aman dan bermutu tinggi, sedapat mungkin sasaran secara umum

difokuskan pada solusi-solusi yang menyeluruh. Enam sasaran keselamatan pasien adalah tercapainya hal-hal sebagai berikut :

a. Sasaran I : Ketepatan identifikasi pasien

1) Standar SKP I

Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk memperbaiki atau meningkatkan ketelitian identifikasi pasien.

2) Elemen Penilaian Sasaran I

- a) Pasien diidentifikasi menggunakan dua identitas pasien, tidak boleh menggunakan nomor kamar atau lokasi pasien.
- b) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian obat, darah, atau produk darah.
- c) Pasien diidentifikasi sebelum mengambil darah dan spesimen lain untuk pemeriksaan klinis.
- d) Pasien diidentifikasi sebelum pemberian pengobatan dan tindakan/prosedur.

- e) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan identifikasi yang konsisten pada semua situasi dan lokasi.
- b. Sasaran II : Peningkatan komunikasi yang efektif
- 1) Standar SKP II
 - Rumah sakit mengembangkan pendekatan untuk meningkatkan efektivitas komunikasi antar para pemberi layanan.
 - 2) Elemen Penilaian Sasaran II
 - a) Perintah lengkap secara lisan dan yang melalui telepon atau hasil pemeriksaan dituliskan secara lengkap oleh penerima perintah.
 - b) Perintah lengkap lisan dan telpon atau hasil pemeriksaan dibacakan kembali secara lengkap oleh penerima perintah.
 - c) Perintah atau hasil pemeriksaan dikonfirmasi oleh pemberi perintah atau yang menyampaikan hasil pemeriksaan.

- d) Kebijakan dan prosedur mengarahkan pelaksanaan verifikasi keakuratan komunikasi lisan atau melalui telepon secara konsisten.
- c. Sasaran III : Peningkatan keamanan obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*)
- 1) Standar SKP III
 - Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memperbaiki keamanan obat-obat yang perlu diwaspadai (*high-alert*).
 - 2) Elemen Penilaian Sasaran III
 - a) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan agar memuat proses identifikasi, menetapkan lokasi, pemberian label, dan penyimpanan elektrolit konsentrat.
 - b) Implementasi kebijakan dan prosedur.
 - c) Elektrolit konsentrat tidak berada di unit pelayanan pasien kecuali jika dibutuhkan secara klinis dan tindakan diambil untuk mencegah pemberian yang kurang hati-hati di area tersebut.

- d) Elektrolit konsentrat yang disimpan pada unit pelayanan pasien harus diberi label jelas, dan disimpan pada area yang dibatasi ketat.
- d. Sasaran IV : Kepastian tepat lokasi, tepat prosedur, tepat pasien operasi
- 1) Standar SKP IV
 - Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien.
 - 2) Elemen Penilaian Sasaran IV
 - a) Rumah sakit menggunakan suatu tanda yang jelas dan dimengerti untuk identifikasi lokasi operasi dan melibatkan pasien di dalam proses penandaan.
 - b) Rumah sakit menggunakan suatu checklist atau proses lain untuk memverifikasi saat preoperasi tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien dan semua dokumen serta peralatan yang diperlukan tersedia, tepat, dan fungsional.

- c) Tim operasi yang lengkap menerapkan dan mencatat prosedur “sebelum insisi/time-out” tepat sebelum dimulainya suatu prosedur/tindakan pembedahan.
 - d) Kebijakan dan prosedur dikembangkan untuk mendukung proses yang seragam untuk memastikan tepat lokasi, tepat prosedur, dan tepat pasien, termasuk prosedur medis dan dental yang dilaksanakan di luar kamar operasi.
- e. Sasaran V : Pengurangan risiko infeksi terkait pelayanan kesehatan
- 1) Standar SKP V
 - Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
 - 2) Elemen Penilaian Sasaran V
 - a) Rumah sakit mengadaptasi pedoman *hand hygiene* terbaru yang diterbitkan dan sudah diterima secara umum.

- b) Rumah sakit menerapkan program *hand hygiene* yang efektif.
 - c) Kebijakan dan/atau prosedur dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan secara berkelanjutan risiko dari infeksi yang terkait pelayanan kesehatan.
- f. Sasaran VI : Pengurangan risiko pasien jatuh
- 1) Standar SKP VI

Rumah sakit mengembangkan suatu pendekatan untuk mengurangi risiko pasien dari cedera karena jatuh.
 - 2) Elemen Penilaian Sasaran VI
 - a) Rumah sakit menerapkan proses asesmen awal atas pasien terhadap risiko jatuh dan melakukan asesmen ulang pasien bila diindikasikan terjadi perubahan kondisi atau pengobatan.
 - b) Langkah-langkah diterapkan untuk mengurangi risiko jatuh bagi mereka yang pada hasil asesmen dianggap berisiko jatuh.

- c) Langkah-langkah dimonitor hasilnya, baik keberhasilan pengurangan cedera akibat jatuh dan dampak dari KTD.
- d) Kebijakan dikembangkan untuk mengarahkan pengurangan berkelanjutan risiko pasien cedera akibat jatuh di rumah sakit.

Insiden keselamatan pasien yang selanjutnya disebut insiden adalah setiap kejadian yang tidak disengaja dan kondisi yang mengakibatkan atau berpotensi mengakibatkan cedera yang dapat dicegah pada pasien, terdiri dari:

- a. Kejadian Tidak Diharapkan, selanjutnya disingkat KTD adalah insiden yang mengakibatkan cedera pada pasien.
- b. Kejadian Nyaris Cedera, selanjutnya disingkat KNC adalah terjadinya insiden yang belum sampai terpapar ke pasien.
- c. Kejadian Tidak Cedera, selanjutnya disingkat KTC adalah insiden yang sudah terpapar ke pasien, tetapi tidak timbul cedera.

- d. Kondisi Potensial Cedera, selanjutnya disingkat KPC adalah kondisi yang sangat berpotensi untuk menimbulkan cedera, tetapi belum terjadi insiden.
- e. Kejadian sentinel adalah suatu KTD yang mengakibatkan kematian atau cedera yang serius.

C. Dokumentasi Asuhan Keperawatan

1. Definisi

Dokumentasi asuhan keperawatan Menurut Praptiningsih (2006), merupakan informasi keperawatan dan kesehatan pasien yang dilakukan perawat sebagai pertanggung jawaban terhadap pelayanan asuhan keperawatan yang telah diberikan. 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 (Kozier, 2008).

2. Tujuan dan Manfaat

Nursalam (2011) menetapkan tujuan utama dari dokumentasi keperawatan, yaitu :

- a. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mendokumentasikan kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan asuhan keperawatan, dan mengevaluasi intervensi.
- b. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika. Hal ini juga menyediakan
 - 1) Bukti kualitas asuhan keperawatan
 - 2) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien
 - 3) Informasi sebagai pelindung individu perawat
 - 4) Bukti aplikasi standar praktisi keperawatan
 - 5) Pengurangan biaya informasi
 - 6) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan
 - 7) Komunikasi konsep risiko asuhan keperawatan
 - 8) Informasi untuk peserta didik keperawatan

- 9) Persepsi klien
- 10) Dokumentasi untuk tenaga profesional, tanggung jawab etik, dan menjaga kerahasiaan informasi klien
- 11) Suatu data keuangan yang sesuai
- 12) Data perencanaan pelayanan kesehatan di masa yang akan datang.

Pendokumentasian asuhan keperawatan memiliki beberapa kepentingan/ manfaat yang dilihat dari beberapa aspek sebagai berikut (Purwanti, 2012) :

a. Aspek Responsibilitas Profesional

Dokumentasi adalah bagian dari keseluruhan tanggung jawab untuk perawatan pasien. Catatan klinis memfasilitasi pemberian perawatan, meningkatkan kontinuitas perawatan, dan membantu mengoordinasikan pengobatan dan evaluasi pasien (Iyer & Camp, 2005).

b. Aspek Perlindungan Hukum

Dokumentasi dapat bersifat kritis dalam menentukan standar perawatan apakah telah dipenuhi atau tidak. Hukum biasanya memandang catatan pasien

sebagai bukti terbaik tentang hal yang benar-benar terjadi pada pasien. Pencatatan yang tepat waktu, akurat, dan lengkap membantu pasien mendapatkan asuhan yang lebih baik dan melindungi perawat, dokter, dan rumah sakit dari gugatan perkara (Iyer & Camp, 2005).

c. Aspek Biaya

Dokumentasi yang lengkap dan menyeluruh merupakan hal penting untuk penetapan atau klaim asuransi dan penggantian biaya yang akurat. Kompleksitas masalah dan intensitas kebutuhan pasien harus didokumentasikan untuk memastikan penggantian biaya yang lengkap (Iyer & Camp, 2005).

d. Aspek Jaminan Mutu

Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat, akan memberikan kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien serta meningkatkan mutu pelayanan keperawatan (Nursalam, 2011).

e. Aspek Komunikasi

Dokumentasi keadaan pasien merupakan alat perekam terhadap masalah yang berkaitan dengan pasien. Perawat atau tenaga kesehatan lain akan bisa melihat catatan yang ada sebagai alat komunikasi yang dijadikan pedoman dalam memberikan asuhan keperawatan (Nursalam, 2011).

f. Aspek Pendidikan

Dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai nilai pendidikan, karena isinya mengandung kronologis dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan referensi pembelajaran bagi mahasiswa dan profesi keperawatan (Nursalam, 2011).

g. Aspek Penelitian

Dokumentasi asuhan keperawatan memiliki nilai penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek riset dan pengembangan profesi keperawatan (Nursalam, 2011).

h. Aspek Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan akan dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Selain bermanfaat bagi peningkatan mutu, juga bagi individu perawat dalam mencapai tingkat karier tertentu (Nursalam, 2011).

3. Proses Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Menurut Nursalam (2007), dalam menilai kualitas pelayanan keperawatan kepada klien, digunakan standar praktik keperawatan yang telah dijabarkan oleh PPNI yang mengacu dalam tahapan proses keperawatan, yaitu:

a. Pengkajian Keperawatan

Perawat mengumpulkan data tentang status kesehatan klien secara sistematis, menyeluruh, akurat, singkat dan berkesinambungan, dengan kriteria meliputi:

- 1) Pengumpulan data dilakukan dengan cara anamnesis, observasi, pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang.

- 2) Sumber data adalah klien, keluarga atau orang yang terkait, tim kesehatan, rekam medis, dan catatan lain.
- 3) Data yang dikumpulkan, difokuskan untuk mengidentifikasi: status kesehatan klien masa lalu, status kesehatan klien saat ini, status biologis-psikologis-sosial-spiritual, respons terhadap terapi, harapan terhadap tingkat kesehatan yang optimal dan risiko-risiko tinggi masalah.
- 4) Kelengkapan data dasar mengandung unsur lengkap, akurat, relevan dan baru.

b. Diagnosa Keperawatan

Perawat menganalisis data pengkajian untuk merumuskan diagnosis keperawatan, kriteria proses:

- 1) Proses diagnosis terdiri atas analisis, interpretasi data, identifikasi masalah klien dan perumusan diagnosis keperawatan.
- 2) Diagnosis keperawatan terdiri atas: masalah, penyebab, dan tanda atau gejala, atau terdiri atas masalah dan penyebab.

- 3) Bekerjasama dengan klien dan petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosis keperawatan.
- 4) Melakukan pengkajian ulang dan merevisi diagnosis berdasarkan data terbaru.

c. Perencanaan Keperawatan

Perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan klien, kriteria proses:

- 1) Perencanaan terdiri atas penetapan prioritas masalah, tujuan dan rencana tindakan keperawatan.
- 2) Bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan.
- 3) Perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.
- 4) Mendokumentasi rencana keperawatan.

d. Implementasi

Perawat mengimplementasikan tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencanaasuhan keperawatan, kriteria proses:

- 1) Bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan.
- 2) Kolaborasi dengan tim kesehatan.
- 3) Melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah kesehatan klien.
- 4) Memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep, keterampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungan yang digunakan.
- 5) Mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respons klien.

e. Evaluasi Keperawatan

Perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan, dan merevisi data dasar dan perencanaan, kriteria proses:

- 1) Menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus-menerus.
- 2) Menggunakan data dasar dan respons klien dalam mengukur perkembangan ke arah pencapaian tujuan.

- 3) Memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat.
- 4) Bekerjasama dengan klien dan keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan keperawatan.
- 5) Mendokumentasikan hasil evaluasi dan modifikasi perencanaan.

D. Penelitian Terdahulu

Tabel 2.1 Penelitian Terdahulu

No	Peneliti, Tahun, Judul	Metode	Hasil
1.	Agung Pribadi, 2009 Analisis Pengaruh Faktor Pengetahuan, Motivasi, dan Persepsi Perawat tentang Supervisi Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah di Jepara	Observasiona l dengan analisis statistik inferensial (Kuantitatif)	Terdapat hubungan faktor pengetahuan, motivasi, dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruang dengan dokumentasi asuhan keperawatan.
2.	Goziyan, 2012 Efektivitas Penerapan Supervisi Kepala Ruang terhadap Pelaksanaan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat Inap RS PKU Muhammadiyah Bantul.	Quasi Experiment pare dan Post-test tanpa kelompok kontrol (Kuantitatif)	Pelatihan supervisi kepala ruang terbukti efektif terhadap pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan.
3.	Wirawan, Novitasari, Wijayanti, 2013 Hubungan antara Supervisi Kepala Ruang dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di RSUD Ambarawa	Cross-Sectional (Korelatif Kuantitatif)	Terdapat hubungan antara supervisi kepala ruang dengan pendokumentasian asuhan keperawatan
4.	Nur, Noor, Irwandy, 2013 Hubungan Motivasi dan Supervisi terhadap Kinerja Perawat Pelaksana dalam Menerapkan <i>Patient Safety</i> di Rawat Inap RS UNHAS 2013	Cross-Sectional (Korelatif Kuantitatif)	Ada hubungan signifikan antara motivasi dan supervisi terhadap kinerja perawat pelaksana dalam menerapkan <i>patient safety</i>

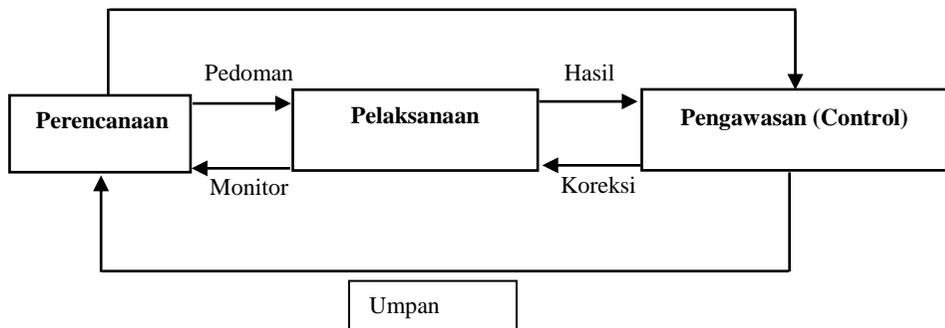
Penelitian hubungan pelaksanaan supervisi keperawatan terhadap persepsi penerapan *patient safety* dan pendokumentasian asuhan keperawatan belum pernah dilakukan di RSUD Yogyakarta. Perbedaan dengan penelitian sebelumnya diantaranya :

1. Variabel penelitian, pada penelitian sebelumnya menggunakan variabel bebas : Faktor Pengetahuan, Motivasi, dan Persepsi Perawat tentang Supervisi Kepala Ruang, Efektivitas Penerapan Supervisi Kepala Ruang, Motivasi dan Supervisi. Variabel terikat : Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan, Kinerja Perawat Pelaksana dalam Menerapkan *Patient Safety*. Pada penelitian ini menggunakan variabel bebas supervisi keperawatan dengan variabel terikat persepsi penerapan *patient safety* dan pendokumentasian asuhan keperawatan.
2. Desain penelitian, pada penelitian sebelumnya, desain penelitian menggunakan Observasional dengan analisis statistik inferensial (Kuantitatif), *Quasi Experiment pre dan post-test* tanpa kelompok kontrol (Kuantitatif), *Cross-*

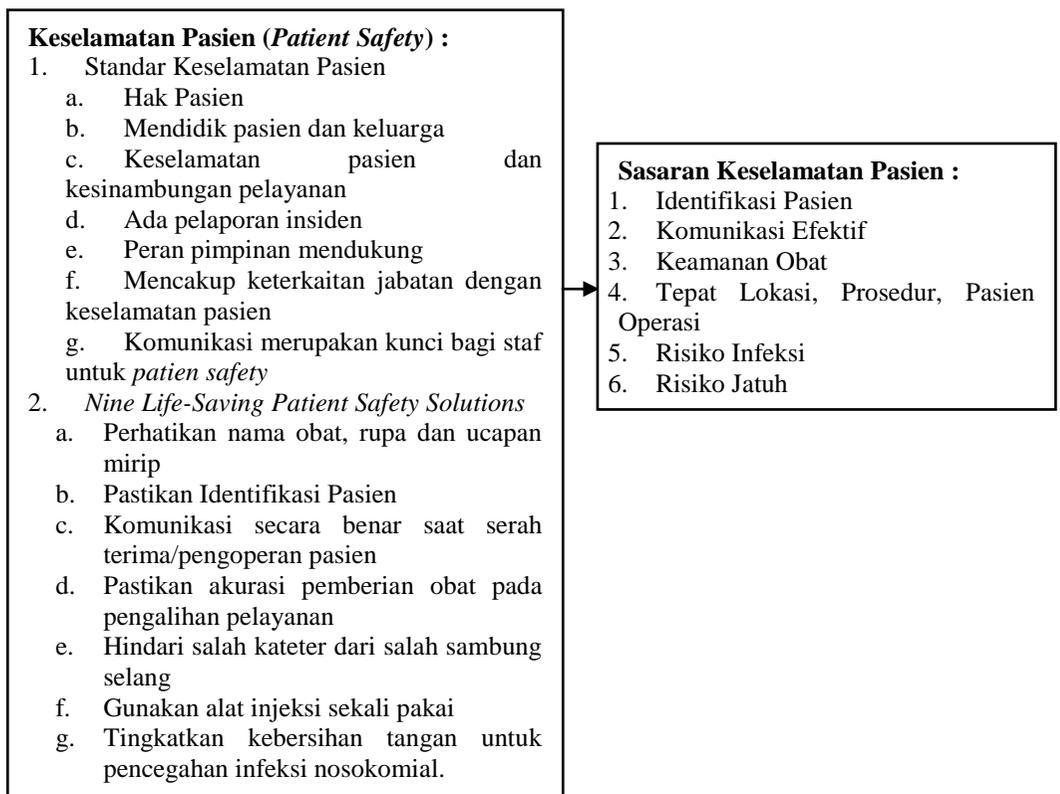
Sectional (Korelatif Kuantitatif). Pada penelitian ini menggunakan *Cross-Sectional* (Korelatif Kuantitatif).

3. Lokasi penelitian, pada penelitian sebelumnya, penelitian dilakukan di RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah di Jepara, RS PKU Muhammadiyah Bantul, RSUD Ambarawa, RS UNHAS sedangkan penelitian ini dilakukan di RSUD Kota Yogyakarta.

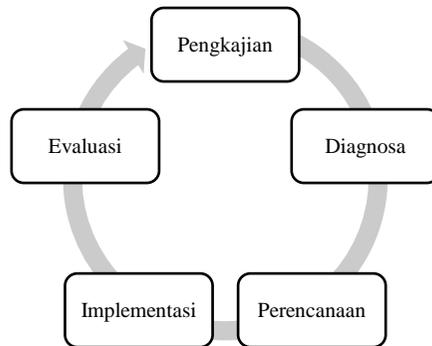
E. Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori Supervisi (Suarli & Bahtiar, 2010)



Gambar 2.2 Kerangka Teori *Patient Safety* (Depkes, 2008)& (KARS, 2012)



Gambar 2.3 Kerangka Teori Asuhan Keperawatan (Nursalam, 2014)

F. Kerangka Konsep



Gambar 2.4 Kerangka Konsep

G. Hipotesis

Hipotesis pada penelitian ini adalah terdapat pengaruh antara supervisi keperawatan terhadap persepsi penerapan *patient safety* dan pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hal ini didukung oleh tinjauan pustaka dan penelitian sebelumnya yang menyatakan bahwa supervisi keperawatan memiliki pengaruh terhadap *patient safety* dan pendokumentasian asuhan keperawatan.