

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Supervisi

2.1.1 Pengertian Supervisi

Menurut Dewi et al. (2020), supervisi adalah proses yang dilakukan oleh kepala perawat dalam mengawasi kinerja anggota timnya dalam melaksanakan tugas untuk memastikan bahwa tugas tersebut sesuai dengan tujuan dan standar yang telah ditetapkan. Dalam konteks praktik keperawatan profesional, supervisi mencakup pemberian alat yang dibutuhkan perawat untuk melakukan pekerjaan dan mencapai tujuan organisasi. Tugas teknis dan administratif merupakan dua kategori supervisi (Kustiati et al., 2020). Untuk meningkatkan keterampilan tenaga keperawatan dan menjamin pemberian perawatan pasien yang bermutu tinggi, supervisor keperawatan harus memantau, mengarahkan, mengoreksi, membimbing, dan mengevaluasi pekerjaan mereka. Namun, dalam pelaksanaan supervisi dapat terjadi kendala seperti kekurangan supervisor yang dapat memperpanjang proses supervisi; kurangnya keahlian dan kemampuan supervisor yang dapat menghambat kemampuan memecahkan masalah dalam pelayanan kesehatan; dan perbedaan pandangan antara supervisor dan perawat (Agarwal & Hoskin, 2021).

Berlandaskan respon ahli diatas bisa dikatakan jika supervisi dalam praktik keperawatan ialah penjagaan yang dilaksanakan oleh kepala ruangan atau supervisor keperawatan untuk memastikan bahwa setiap kegiatan sejalan dengan tujuan dan standar yang sudah ada. Supervisi ini mencakup pengawasan, pemberian arahan, bimbingan, perbaikan, serta evaluasi guna meningkatkan kompetensi perawat dalam memberikan asuhan keperawatan yang lebih berkualitas.

2.1.2 Tujuan Supervisi

Menurut (Sulistyawati & Haryuni, 2019) supervisi memiliki tujuan diantaranya :

2.1.2.1 Tujuan umum

Memberikan pelayanan kesehatan yang berpusat pada pasien dan keluarga dengan terus mengembangkan kompetensi perawat untuk mencapai tujuan perawatan yang optimal

2.1.2.2 Tujuan khusus

2.1.2.2.1 memastikan bahwa pekerjaan dilakukan sesuai dengan tujuan yang ditetapkan dalam jangka waktu tertentu dengan menggunakan sumber daya yang tersedia.

2.1.2.2.2 memungkinkan supervisor untuk mengenali kekurangan petugas Kesehatan dalam hal keterampilan, pengetahuan dan pemahaman, dan mengatur pelatihan yang sesuai.

2.1.2.2.3 memungkinkan supervisor untuk mengenali dan memberikan penghargaan atas kinerja yang baik dan mengidentifikasi staf yang layak mendapatkan promosi dan pelatihan lebih lanjut.

2.1.2.2.4 memungkinkan manajemen untuk memastikan bahwa sumber daya yang disediakan untuk staf memadai dan dimanfaatkan dengan baik dan benar.

2.1.2.2.5 memungkinkan manajemen untuk menentukan penyebab kekurangan kinerja.

2.1.3 Fungsi Supervisi dan peran supervisor

Empat fungsi supervisi, saling berhubungan, apabila ada salah satu fungsi yang tidak dilakukan dengan baik akan mempengaruhi fungsi lain, keempat fungsi tersebut yaitu :

2.1.3.1 Dengan penekanan pada tugas untuk menyelesaikan tugas yang diberikan dan meningkatkan kualitas layanan, manajemen fungsi ini berupaya untuk menjamin bahwa pekerjaan staf yang diawasi dapat dipertanggungjawabkan sesuai dengan standar yang ditetapkan. Hal ini diperlukan agar manajemen menjadi efektif (Chesena, 2021).

2.1.3.2 Komponen pembelajaran dan pengembangan fungsi ini membantu karyawan merefleksikan pekerjaan mereka, menentukan prosedur pembelajaran, mengidentifikasi area yang perlu mereka kembangkan, dan membuat rencana atau peluang untuk memenuhi persyaratan tersebut (Chesena, 2021).

2.1.3.3 Menawarkan dukungan fungsional membantu karyawan secara bertahap maju dalam pekerjaan yang diawasi (Chesena, 2021)

2.1.3.4 Dengan menawarkan kemungkinan, fungsi negosiasi dapat meningkatkan ikatan antara tim, organisasi, pekerja yang diawasi, dan lembaga lain tempat mereka bekerja (Chesena, 2021)

2.1.3.5 Pekerjaan supervisor dalam supervisi adalah untuk merekonsiliasi penyediaan layanan keperawatan dengan pengelolaan sumber daya yang tersedia (Chesena, 2021)

2.1.4 Manfaat Supervisi

Manfaat supervisi terdiri atas dua manfaat yaitu :

2.1.4.1 Manfaat bagi perawat pelaksana :

2.1.4.1.1 Diapresiasi dapat meningkatkan harga diri seseorang.

2.1.4.1.2 Selain mencerminkan standar perawatan pasien, supervisi mendorong praktik keperawatan yang aman, yang dapat meningkatkan kepuasan kerja perawat

2.1.4.1.2 Selain itu, supervisi yang menyeluruh dan berkelanjutan mendorong pertumbuhan profesional dan pribadi, memperkuat profesionalisme dan dedikasi untuk pembelajaran seumur hidup.

2.1.4.1.3 Lebih jauh lagi, supervisi memberdayakan orang dengan memungkinkan mereka untuk bertanggung jawab atas keputusan dan upaya mereka.

2.1.4.2 Manfaat bagi manajer

Mungkin sulit bagi manajer untuk membantu karyawannya tumbuh secara pribadi dan profesional sehingga mereka dapat memberikan layanan berkualitas tinggi:

2.1.4.2.1 Meningkatkan kualitas dan keamanan pasien

Meningkatkan keselamatan pasien dan kualitas perawatan merupakan tujuan utama pengawasan. Melalui manajemen kinerja, manajemen risiko, dan jaminan kualitas, pengawasan sangat penting untuk menyediakan layanan berkualitas tinggi. Telah terbukti bahwa sementara pengawasan yang tidak memadai dapat berdampak negatif pada hasil pasien, pengawasan yang baik mempunyai dampak positif pada perawatan pasien. Telah ditetapkan bahwa pengawasan sangat penting untuk meningkatkan keselamatan pasien dalam melakukan perawatan kesehatan, dan bahwa pengawasan yang tidak memadai dapat menyebabkan kesalahan dan kegagalan dalam layanan perawatan kesehatan..

2.1.4.2.2 Melalui berbagai kegiatan, komponen pembelajaran dari supervisi memberikan keuntungan yang meningkatkan pendidikan:

2.1.4.2.2.1 Mendidik perawat pelaksana melalui bimbingan yang diberikan oleh supervisi

2.1.4.2.2.2 Mengidentifikasi masalah yang terjadi Ketika memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

2.1.4.2.2.3 Meningkatkan motivasi perawat pelaksana dalam bekerja

2.1.4.2.2.4 Memantau kemajuan pembelajaran (Loblobly, 2021)

2.1.5 Faktor Supervisi

Factor yang mempengaruhi pelaksanaan supervisi keperawatan :

2.1.5.1 Factor pengetahuan

Salah satu penyebab utama ketidakcukupan dokumentasi keperawatan adalah ketidaktahuan (Tasew et al., 2019). Pelaksanaan dan mutu dokumentasi asuhan keperawatan secara langsung dipengaruhi oleh tingkat keahlian perawat. Kualitas dan kelengkapan dokumentasi keperawatan meningkat seiring dengan tingkat keahlian mereka (Ronandini, 2019).

2.1.5.2 Faktor motivasi kerja

Menurut definisinya, motivasi adalah keadaan yang mempengaruhi bagaimana aktivitas yang berhubungan dengan pekerjaan dirangsang, diarahkan, dan dipertahankan. Prinsip partisipatif, prinsip komunikasi, mengakui kontribusi bawahan, prinsip pelimpahan wewenang, dan prinsip pemberian perhatian merupakan beberapa prinsip motivasi kerja menurut Mangkunegara. (Iula et al., 2020)

2.1.6 Indikator Supervisi

Kegiatan supervisor dikelompokkan dalam beberapa tahapan yaitu perencanaan, pengorganisme, pengarahan, pengawasan dan pencatatan :

2.1.6.1 Perencanaan

Pada tahap perencanaan kegiatan supervisor terdiri dari membuat tujuan unit mengacu pada visi dan misi keperawatan, membuat standar ketenagaan diruangan. Membuat rencana lama hari rawat diunit yang disupervisi, membuat jadwal kerja sesuai area dan personal, membuat standar evaluasi kinerja perawat (Erita, 2019)

2.1.6.2 Pengorganisasian

Untuk mencapai tujuan layanan secara efektif dan efisien, tindakan pengawasan selama fase pengorganisasian meliputi pengaturan sistem pemberian perawatan keperawatan bagi pasien, pengorganisasian tugas staf, dan pengelolaan sumber daya (Erita, 2019)

2.1.6.3 Pengarahan

Bertindak sebagai panutan dalam perawatan keperawatan bagi pasien dan keluarga mereka, membangun hubungan yang kuat dengan perawat melalui komunikasi yang efektif, menilai kekuatan dan kelemahan perawat, membimbing, mengarahkan, melatih, dan mengembangkan perawat untuk memberikan perawatan sesuai dengan kebutuhan, memberikan dukungan untuk meningkatkan keterampilan perawat, melatih perawat dalam pengambilan keputusan klinis, membantu perawat memecahkan masalah, memfasilitasi perawat dalam menyelesaikan tugas, menugaskan tanggung jawab kepada perawat berdasarkan kemampuan mereka, dan menawarkan bantuan terkait layanan sesuai kebutuhan merupakan bagian dari fase pengarahan (Erita, 2019)

2.1.6.4 Pengawasan

Selama fase ini, jadwal kerja dan kehadiran perawat dikelola. Ini termasuk menilai seberapa baik staf perawat dan beban kerja seimbang, memantau fasilitas, rekomendasi, dan peralatan yang tersedia untuk hari itu, mengawasi area yang ditugaskan, melihat masalah atau tantangan baru, dan menilai seberapa baik perawat melakukan pekerjaan mereka. Ini juga melibatkan pengawasan dan evaluasi standar perawatan keperawatan yang diberikan kepada pasien (Erita, 2019)

2.1.6.5 Pencatatan

Tahap ini juga mencakup pencatatan dan pelaporan fasilitas, saran, dan peralatan berdasarkan kondisi terkini, mencatat dan melaporkan tugas pengawasan harian, menindaklanjuti sesuai kebutuhan, membuat jadwal kerja untuk hari berikutnya, dan menjaga administrasi pasien. Ini juga termasuk mendokumentasikan setiap masalah yang muncul dan membuat daftar masalah yang belum terselesaikan untuk ditangani pada hari berikutnya (Erita, 2019).

2.1.7 Alat ukur supervisi

Alat ukur yang digunakan adalah lembar kuesioner yaitu supervisi kepala ruang (variable independent) yang sebelumnya pernah dipakai oleh (Nipa, 2021). Kuesioner merupakan Teknik pengumpulan data yang dilakukan dengan cara

memberikan sejumlah pertanyaan tertulis kepada responden untuk dijawab. Kuesioner pada penelitian ini berjumlah 35 pertanyaan. Alat ukur yang digunakan **Perencanaan** supervisi mencakup penyusunan tujuan unit, standar ketenagaan, rencana hari rawat, jadwal kerja, dan standar evaluasi kinerja perawat, **Pengorganisasian** supervisi meliputi pengaturan sistem asuhan, pembagian tugas staf, dan pengelolaan sumber daya, **Pengarahan** supervisi mencakup menjadi panutan, membangun komunikasi, menilai kompetensi, membimbing, melatih, memberi dukungan, memfasilitasi tugas, dan membagi tanggung jawab sesuai kemampuan, **Pelaksanaan** supervisi mencakup pengelolaan jadwal dan kehadiran, pemantauan beban kerja, fasilitas, serta evaluasi kinerja dan standar asuhan keperawatan, **Pencatatan** dan pelaporan supervisi mencakup dokumentasi kondisi fasilitas, tugas harian, masalah, tindak lanjut, jadwal kerja, dan administrasi pasien.

2.2 Kualitas Dokumentasian Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengertian Dokumentasian Keperawatan

Dokumentasi keperawatan adalah catatan tertulis berisi informasi yang memadai dan komprehensif yang membantu perawat dalam penilaian kondisi pasien secara berkesinambungan mulai dari pemenuhan kebutuhan dasar pasien (Laukvik et al., 2022)

Berdasarkan uraian di atas, dokumentasi keperawatan merupakan catatan ringkas dan terorganisasi tentang proses perawatan pasien. Untuk meningkatkan kualitas layanan keperawatan dan perawatan kesehatan, perawat bertanggung jawab untuk melaksanakan tugas-tugas seperti penilaian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi selama proses perawatan. Catatan-catatan ini disimpan dalam format manual atau elektronik dan digunakan sebagai bukti untuk berbagai kriteria. (Loblobly, 2021).

2.2.2 Manfaat Dokumentasi Keperawatan

Pertimbangan hukum, kualitas layanan, komunikasi, pendidikan, manajemen keuangan, penelitian, dan akreditasi hanyalah beberapa dari banyak keuntungan

penting yang diberikan oleh dokumentasi keperawatan. (Sodik & Widyastika, 2020).

Berikut penjabaran dari segi/aspek yang ada antara lain:

2.2.2.1 Hukum

Data atau informasi tentang klien, termasuk dokumen resmi yang memiliki signifikansi hukum, disebut sebagai dokumentasi keperawatan. Dokumentasi ini dapat digunakan sebagai bukti di pengadilan jika ada masalah yang berkaitan dengan profesi keperawatan. Oleh karena itu, data harus ditentukan secara lengkap, tepat, dan tidak memihak. Dokumen tersebut juga harus ditandatangani oleh perawat yang terlibat saat itu dan mencantumkan tanggal.

2.2.2.2 Kualitas

Jika menyeluruh dan akurat, dokumentasi keperawatan—yang mencakup pengumpulan data atau informasi klien—dapat sangat membantu perawat menangani kesulitan klien. Dokumentasi ini juga memungkinkan untuk mengevaluasi sejauh mana masalah klien dapat dikenali dan dilacak, serta seberapa baik masalah tersebut diselesaikan. Oleh karena itu, hal ini membantu meningkatkan standar perawatan keperawatan dan standar umum rumah sakit.

2.2.2.3 Komunikasi

Alat "perekaman" untuk masalah yang berkaitan dengan klien adalah dokumentasi yang mendokumentasikan kondisi klien. Perawat dan profesional medis lainnya dapat merujuk pada dokumen ini, yang berfungsi sebagai panduan untuk perawatan klien dan alat komunikasi.

2.2.2.4 Keuangan

Dokumentasi keperawatan memiliki makna finansial. Jika didokumentasikan dengan benar, perawatan keperawatan yang telah diberikan, sedang diberikan, atau belum diberikan kepada klien dapat digunakan sebagai panduan untuk menentukan biaya perawatan keperawatan klien tersebut.

2.2.2.5 Penelitian

Dokumentasi dalam keperawatan memiliki nilai penelitian. Informasi yang dapat digunakan sebagai subjek atau bahan untuk penelitian dan pengembangan profesi keperawatan termasuk di antara data yang dikandungnya.

2.2.2.6 Akreditasi

Penilaian peran dan fungsi perawat dalam memberikan perawatan keperawatan kepada klien dimungkinkan oleh dokumentasi sistematis dari temuan penilaian klien. Hal ini memungkinkan untuk membuat penilaian tentang seberapa baik perawatan keperawatan diberikan (Hastoro et al., 2021).

2.2.3 Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Tujuan dari dokumentasi keperawatan adalah sebagai berikut :

2.2.3.1 Komunikasi

Dalam pertemuan dengan pasien, penyedia layanan kesehatan sangat bergantung pada dokumentasi keperawatan sebagai alat komunikasi. Selain membuat proses perawatan keperawatan lebih efektif, dokumentasi tersebut juga mengurangi kemungkinan dokumentasi yang berulang.

2.2.3.2 Perencanaan asuhan klien

Setiap penyedia layanan kesehatan membuat rencana perawatan khusus klien menggunakan dokumentasi keperawatan..

2.2.3.3 Penelitian

Dokumentasi keperawatan berisi informasi yang mungkin menjadi sumber data yang berguna untuk penelitian. Merawat beberapa pasien dengan kondisi medis terkait dapat memberikan informasi yang membantu mengelola pasien lain. Dokumentasi keperawatan sebagai standar untuk layanan perawatan klien juga dapat ditetapkan melalui penelitian.

2.2.3.4 Pendidikan

Mahasiswa keperawatan dan profesional kesehatan lainnya dapat memperoleh manfaat dari dokumentasi keperawatan yang menyeluruh dan akurat sebagai alat pendidikan yang membandingkan teori terkini untuk mempelajari lebih lanjut.

Informasi mengenai pasien, penyakit, rencana perawatan yang berhasil, dan variabel yang memengaruhi kondisi kesehatan sering kali disertakan dalam dokumentasi keperawatan.

2.2.3.5 Dokumentasi sah

Jika terjadi sengketa hukum, dokumen keperawatan dan catatan klien yang lengkap dan akurat dapat diterima dan dapat digunakan sebagai bukti di pengadilan.

2.2.3.6 Analisis layanan Kesehatan

Perencana layanan kesehatan dapat mengidentifikasi kebutuhan institusi dengan bantuan data dari catatan ini. Harga berbagai layanan, serta layanan mana yang menguras kas institusi dan layanan mana yang mendatangkan uang, dapat dipastikan melalui dokumentasi keperawatan (Susiana 2019)

2.2.4 Tahapan Dokumentasi Keperawatan

2.2.4.1 Pengkajian

Hasil evaluasi pasien didokumentasikan dalam dokumentasi penilaian keperawatan. Prosedur ini diperlukan untuk mengumpulkan data tentang pasien, mencatat respons kesehatan mereka, dan memberikan dasar tentang kondisi kesehatan mereka saat ini. Menemukan masalah pasien menjadi lebih mudah dengan evaluasi yang menyeluruh dan metodis. Diagnosis keperawatan dibuat berdasarkan masalah yang ditemukan dalam data penilaian ini. Data subjektif dan objektif adalah dua kategori yang membagi informasi yang dikumpulkan.

Wawancara pasien, percakapan keluarga, konsultasi dengan spesialis medis lainnya, dan riwayat keperawatan semuanya merupakan sumber data subjektif. Jenis informasi ini mewakili keluhan atau pendapat pribadi pasien tentang kondisi kesehatan mereka. Di sisi lain, temuan laboratorium, pemeriksaan fisik, tes diagnostik, dan observasi digunakan untuk mengumpulkan data objektif. Penilaian data objektif berfokus pada kesehatan pasien, strategi penanggulangan, status fungsional, respons terapi, kemungkinan faktor risiko, dan bantuan yang dapat diakses. (Leniwita & Anggraini, 2019). Tahap pertama dari semua kegiatan keperawatan adalah tahap penilaian, yang bertujuan untuk mengumpulkan data

pasien di rumah sakit, mengukur data, memvalidasi data, dan akhirnya mendokumentasikan data yang dikumpulkan. Proses pengumpulan, pengorganisasian, validasi, dan pendokumentasian data yang metodis dan berkelanjutan adalah nama lain untuk penilaian ini. (Johannes Kurniawan, 2023).

2.2.4.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah penilaian profesional terhadap seseorang, keluarga, atau masyarakat yang merupakan hasil dari kondisi medis atau kejadian dalam hidup saat ini atau yang akan datang. Saat membuat rencana perawatan keperawatan, hal ini menjadi dasar. Karena informasi yang dikumpulkan selama penilaian keperawatan sangat penting untuk mengembangkan diagnosis keperawatan, yang dinilai berdasarkan kondisi medis, diagnosis keperawatan dan diagnosis medis saling terkait (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.2.4.3 Intervensi keperawatan

Untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien, perawat membuat rencana perawatan keperawatan pada tahap ini. Mengidentifikasi proses pemecahan masalah dan prioritasnya, mendefinisikan masalah, mengembangkan rencana tindakan, dan mengevaluasi perawatan keperawatan yang diberikan kepada pasien atau klien berdasarkan analisis data dan diagnosis keperawatan merupakan bagian dari proses perencanaan perawat. (Leniwita & Anggraini, 2019).

Sasaran, yang mencakup pembuatan kriteria untuk menilai kemajuan pasien dan kemampuan yang dibutuhkan untuk perawatan pasien, harus diperhitungkan saat membuat intervensi keperawatan. Sasaran keperawatan yang jelas menguraikan tindakan yang dapat dievaluasi berdasarkan wewenang dan kompetensi perawat. Kriteria diagnosis keperawatan membedakan antara masalah kolaboratif dan diagnosis keperawatan dengan mencerminkan status kesehatan pasien yang dapat dicapai atau dipertahankan melalui rencana perawatan keperawatan mandiri (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.2.4.4 Implementasi

Aktivitas yang dilakukan perawat untuk membantu pasien beralih dari masalah kesehatan yang ada ke kondisi kesehatan yang lebih baik yang memenuhi kriteria hasil yang diharapkan disebut sebagai implementasi keperawatan. Sementara

pertimbangan lain harus berpusat pada persyaratan keperawatan, teknik implementasi keperawatan, dan aktivitas komunikasi, proses implementasi harus berpusat pada kebutuhan klien (Leniwita & Anggraini, 2019).

Prinsip-prinsip yang konsisten dengan kewajiban dan tanggung jawab yang menyertai seorang perawat berfungsi sebagai panduan untuk penerapan praktik keperawatan. Rencana intervensi perawat mencerminkan hal ini dengan mendokumentasikan tindakan yang dilakukan secara rinci (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.2.4.5 Evaluasi

keadaan klien yang sebenarnya, dokumentasi fase evaluasi memerlukan perbandingan yang metodis dan terencana antara status kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya. Ini adalah prosedur berkelanjutan di mana klien dan ahli medis lainnya berpartisipasi. Langkah terakhir dalam proses keperawatan adalah evaluasi keperawatan, yang menetapkan apakah tujuan intervensi keperawatan telah tercapai atau apakah diperlukan strategi yang berbeda (Leniwita & Anggraini, 2019).

Dalam kontinum perawatan keperawatan, evaluasi merupakan tahap penting yang mengevaluasi kemajuan pasien dan hasilnya. Evaluasi dilakukan untuk menemukan aktivitas apa pun yang gagal mencapai tujuan perawatan keperawatan yang telah ditetapkan selama tahap intervensi. Perawat dapat membuat keputusan yang tepat tentang apa yang harus dilakukan selanjutnya dengan mengamati jawaban dan kondisi klien terkait perawatan keperawatan yang diberikan. (Leniwita & Anggraini, 2019).

2.2.5 Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Tingkat kepatuhan catatan dan dokumentasi yang dihasilkan perawat saat memberikan perawatan pasien terhadap kriteria yang telah ditentukan sebelumnya dikenal sebagai kualitas dokumentasi keperawatan. Dalam profesi keperawatan, dokumentasi yang akurat sangat penting. Secara global, masih banyak perhatian yang diberikan pada kualitas dokumentasi keperawatan, terutama untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan (Brima et al., 2021). Administrasi rumah sakit terus memiliki perhatian serius terhadap kualitas dokumentasi perawat

(Damanik et al., 2020). Intinya, kondisi pasien dan perawatan medis terkait dengan dokumentasi (De Groot et al., 2022).

2.2.6 Indikator Kualitas Dokumentasi Keperawatan

Untuk mendukung pola pencatatan dan memberikan pedoman dokumentasi dalam tindakan keperawatan, standar dokumentasi keperawatan adalah pernyataan tentang kuantitas dan kualitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara cermat (Asiva Noor Rachmayani, 2015). Standar dokumentasi diperlukan bagi perawat untuk digunakan sebagai panduan guna menghindari penyimpangan dan menjamin metode pencatatan yang tepat. Perawat harus mengikuti pedoman tertentu untuk dokumentasi yang efisien guna menjamin kejelasan bagi staf medis lainnya:

2.2.6.1 *Simplicity* : adalah prinsip dalam pendokumentasian asuhan keperawatan yang menekankan pada penggunaan bahasa yang sederhana, lugas, dan mudah dipahami oleh seluruh tim kesehatan. Pendokumentasian harus menggunakan kata-kata dasar, tanpa istilah teknis yang berlebihan, agar dapat dimengerti dengan cepat dan tepat oleh tenaga kesehatan lainnya, baik perawat, dokter, maupun tenaga medis pendukung lainnya.

2.2.6.2 *Conservatism* : prinsip yang menekankan bahwa setiap informasi atau kesimpulan yang ditulis, khususnya diagnosa keperawatan, harus akurat dan berdasarkan data yang sah, baik itu data subjektif (keluhan pasien) maupun data objektif (hasil pemeriksaan perawat). Dengan kata lain, dokumentasi harus ditulis secara hati-hati, teliti, dan tidak mengada-ada, hanya berdasarkan fakta dan bukti klinis yang ada.

2.2.6.3 *Ptience* : prinsip yang menekankan bahwa perawat harus menggunakan waktu secara cukup dan bijaksana untuk memahami secara menyeluruh apa yang terjadi pada pasien, serta apa yang dilakukan atau dirasakan pasien, sebelum menuliskannya ke dalam dokumentasi. Dengan kata lain, pendokumentasian yang baik tidak dilakukan secara tergesa-gesa, melainkan melalui proses pengkajian yang sabar, teliti, dan penuh perhatian terhadap kondisi pasien secara menyeluruh.

2.2.6.4 *Irrefutability* : prinsip yang menyatakan bahwa semua informasi yang ditulis harus bersifat jelas, objektif, dapat dibaca, dan tidak dapat dibantah (*tidak meragukan atau tidak multitafsir*). Artinya, setiap catatan keperawatan harus berdasarkan fakta, dapat dipertanggungjawabkan, dan dapat dipahami secara konsisten oleh semua pihak yang membacanya, tanpa menyisakan ruang untuk interpretasi ganda.

2.2.7 Faktor yang mempengaruhi dokumentasian keperawatan

Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi oleh berbagai factor yang saling berkaitan. Berikut adalah beberapa factor utama yang mempengaruhi kelengkapan dan kualitas dokumentasi keperawatan :

2.2.7.1 Beban Kerja

Beban kerja yang tinggi dapat mengurangi waktu dan perhatian yang diberikan perawat untuk dokumentasi, sehingga mempengaruhi kelengkapan dan akurasi catatan keperawatan (Widyanti et al., 2021).

2.2.7.2 Pengetahuan dan Pendidikan

Tingkat pengetahuan dan Pendidikan perawat berperan penting dalam pendokumentasian. Perawat dengan Pendidikan dan pengetahuan yang memadai cenderung lebih patuh dan kompeten dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan (Fadilah, 2020)

2.2.7.3 Pengalaman Kerja

Lama pengalaman kerja dapat memengaruhi keterampilan dan efisiensi dalam pendokumentasian. Perawat dengan pengalaman lebih lama seringkali memiliki pemahaman yang lebih baik tentang pentingnya dokumentasi yang lengkap (Fauzan, 2023)

2.2.7.4 Supervisi dan pengawasan

Pengawasan yang efektif dari atasan atau kepala ruangan dapat meningkatkan kepatuhan perawat dalam melakukan dokumentasi. Supervisi yang rutin dan konstruktif membantu memastikan standar dokumentasi terpenuhi (Adolph, 2024)

2.2.7.5 Motivasi dan Kepuasan Kerja

Motivasi intrinsic dan kepuasan kerja perawat berpengaruh terhadap kualitas dokumentasi. Perawat yang termotivasi dan puas dengan pekerjaannya cenderung lebih teliti dan konsisten dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan (Adolph, 2024)

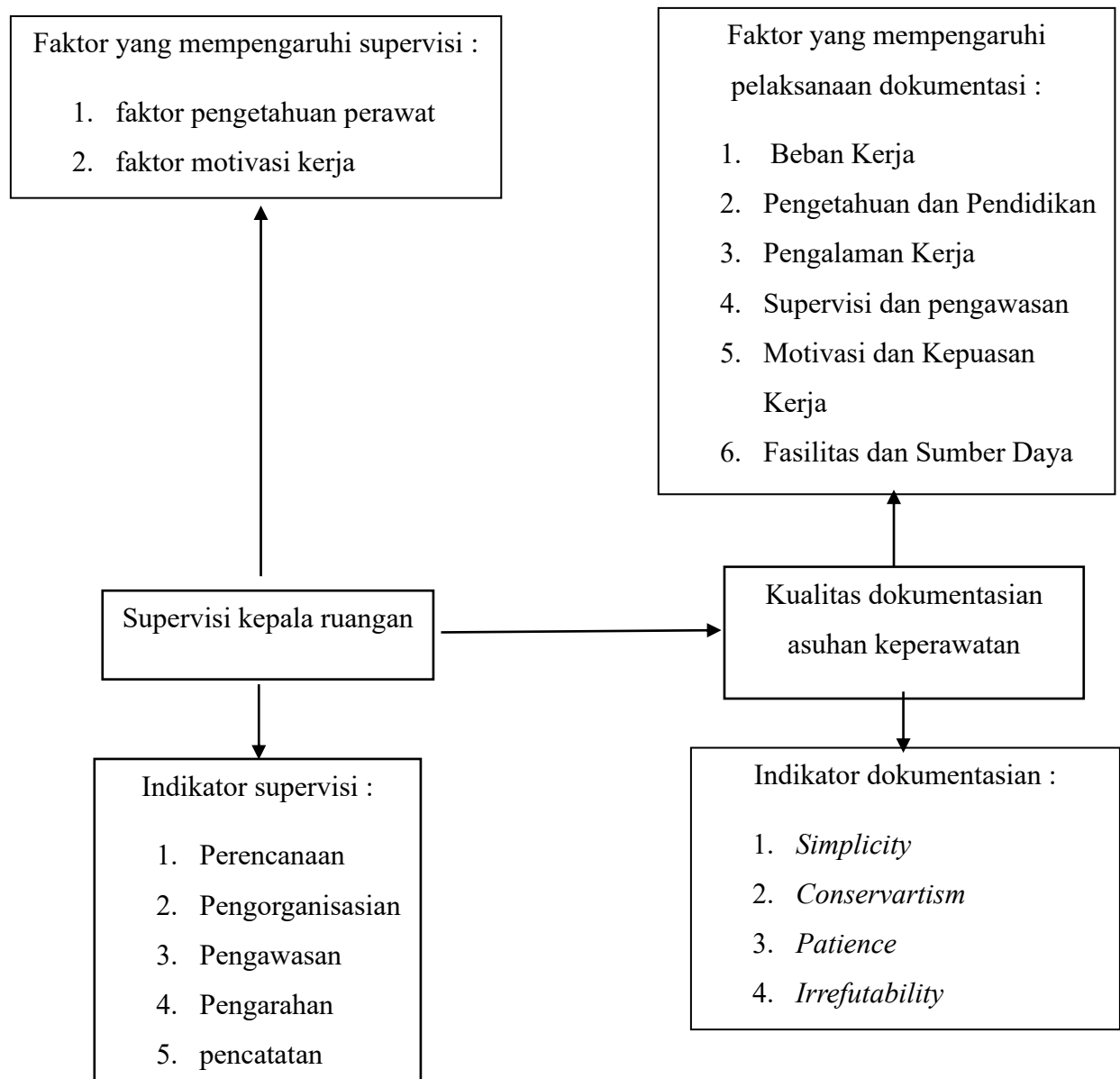
2.2.7.6 Fasilitas dan Sumber Daya

Ketersediaan fasilitas pendukung seperti sistemn dokumentasi elektronik dan alat tulis yang memadai, mempermudah perawat dalam melakukan pendokumentasian secara efisien dan akurat (Adolph, 2024)

2.2.8 Alat ukur dokumentasian keperawatan

Alat ukur yang dimanfaatkan pada studi ini adalah lembar observasi. Penilaian kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan dengan skala guttman. Variable dependent dalam penelitian ini adalah kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan (Pertiwiwati & Setiawan, 2019). Kuesioner pada penelitian ini berjumlah 28 pertanyaan. Alat ukur yang digunakan menggunakan bahasa yang sederhana dan mudah dipahami (*simplicity*), informasi yang didokumentasikan akurat dan relevan dengan kondisi pasien (*conservatism*), waktu yang diberikan untuk mendokumentasikan cukup untuk mencatat seluruh kejadian penting (*patience*), dokumentasi harus jelas dan mudah dibaca tidak ada coretan atau perubahan yang tidak sesuai prosedur (*irrefutability*).

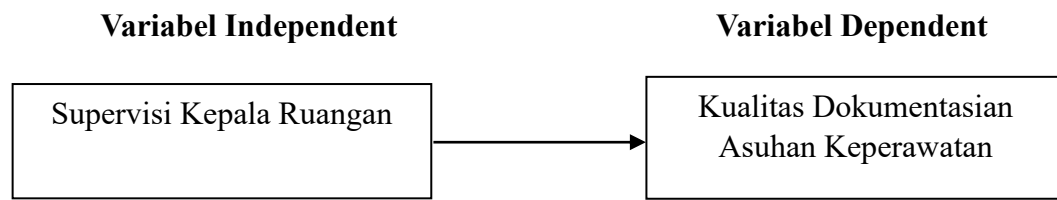
2.3 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

Sumber : (Iula et al., 2020)(Ronandini, 2019)(Erita, 2019)(Zebua, 2020)(Adolph, 2024)(Widyanti et al., 2021)(Fauzan, 2023)(Fadilah, 2020)

2.4 Kerangka Konsep



Gambar 2.2 Kerangka Konsep

2.5 Hipotesis

Hipotesis merupakan asumsi awal atau jawaban sementara terhadap suatu permasalahan penelitian, yaitu perlu diuji kebenarannya melalui analisis data (Zaki & Saiman, 2021)

Hipotesis dalam penelitian ini yaitu :

2.5.1 Hipotesis Nol (H_0)

Tidak adanya Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kualitas dokumentasian Asuhan Keperawatan

2.5.2 Hipotesis Alternatif (H_a)

Adanya Hubungan Supervisi Kepala Ruangan Dengan Kualitas dokumentasian Asuhan Keperawatan