

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Landasan Teori

1. Kinerja perawat

a. Pengertian

Kinerja secara umum dipahami sebagai seluruh aktivitas kerja dalam periode waktu tertentu atau sebagai suatu kesuksesan didalam melakukan suatu pekerjaan. Kriteria kinerja harus dapat diukur melalui pengamatan perilaku pekerjaan, terdefinisi secara jelas, dan berhubungan dengan pekerjaan (Swanburg, 2008). Kinerja atau *performance* adalah sebagai hasil pekerjaan atau prestasi kerja. Pada kenyataannya kinerja tidak hanya sebagai hasil dari suatu pekerjaan, namun juga didalamnya terdapat uraian dari pelaksanaan pekerjaan. Kinerja adalah hasil kerja yang dapat dicapai oleh seseorang atau sekelompok orang dalam satu organisasi sesuai wewenang dan tanggung jawabnya masing-masing dalam rangka upaya mencapai tujuan organisasi secara legal, tidak melanggar hukum, dan sesuai moral maupun etika (Nursalam, 2015).

Kinerja dapat juga dikatakan sebagai hasil dari suatu proses pelaksanaan kerja yang telah direncanakan menyangkut waktu, tempat, pelaksanaan atau karyawan dari suatu institusi (Mangkunegara, 2009). Kinerja keperawatan adalah prestasi kerja yang ditunjukkan oleh perawat pelaksana dalam melaksanakan tugas-tugas asuhan keperawatan sehingga

menghasilkan *output* yang baik bagi *customer* (organisasi, klien, perawat sendiri) dalam kurun waktu tertentu. (Handoko, 2009)

b. Variabel – Variabel yang Mempengaruhi Kinerja.

Kinerja pegawai merupakan hasil yang bersinergi dari sejumlah variabel. Ada 3 variabel yang mempengaruhi kinerja perawat yaitu (Handoko, 2009)

1) Variabel individu atau teknis meliputi :

a) Kemampuan dan ketrampilan.

Kemampuan sebagai sifat dari lahir ataupun yang dipelajari seseorang untuk menyelesaikan pekerjaan. Ketrampilan merupakan kecakapan yang berhubungan dengan tugas yang dimiliki.

b) Latar belakang.

Berupa situasi dan kondisi keluarga, tingkat sosial seseorang dalam kehidupan bermasyarakat.

c) Demografis.

Meliputi usia dan jenis kelamin. Secara umum dikatakan usia muda dikatakan sebagai golongan usia yang produktif.

2) Variabel organisasi atau manajerial.

a) Sumber daya.

Berupa sumber daya manusia atau tenaga kerja, dana dan sarana penunjang lainnya.

b) Kepemimpinan

Merupakan kegiatan atau seni mempengaruhi orang lain agar mau bekerja sama yang didasarkan pada kemampuan orang tersebut untuk membimbing orang lain dalam mencapai tujuan yang diinginkan kelompok

c) Imbalan.

Merupakan bagian dari pekerjaan mencakup penyelesaian, prestasi, promosi, dan rasa hormat.

d) Desain pekerjaan.

Merupakan hasil analisis pekerjaan mencakup jumlah tugas yang dilakukan, kebijakan kerja dan hubungan kerja.

3) Variabel interpersonal atau psikologis.

a) Persepsi.

Merupakan proses kognitif yang dipergunakan seseorang untuk menafsirkan dan memahami dunia sekitarnya.

b) Sikap.

Merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap obyek dilingkungan sekitarnya dengan cara tertentu. Terdiri dari tiga komponen yaitu : kognitif, afektif dan perilaku.

c) Motivasi.

Merupakan keinginan di dalam seseorang yang mendorong dirinya untuk bertindak.

c. Penilaian Kinerja Perawat.

Penilaian kinerja merupakan kegiatan mengevaluasi hasil kerja pegawai dalam menyelesaikan tugas-tugasnya sesuai sasaran kerja dengan menggunakan suatu alat atau pedoman penilaian. Oleh sebab, evaluasi terhadap kinerja perawat perlu dan harus dilaksanakan melalui suatu sistem yang terstandar sehingga hasil dari evaluasi dapat lebih obyektif (Wijaya G, 2012).

Penilaian kinerja merupakan alat yang paling dapat dipercaya oleh manajer keperawatan dalam mengontrol sumber daya manusia dan produktivitasnya. Proses penilaian kinerja dapat digunakan secara efektif dalam mengarahkan perilaku pegawai, dalam rangka menghasilkan jasa keperawatan dalam kualitas dan volume yang tinggi (Nursalam, 2009).

Menurut Brenny (2012) penilain kinerja adalah suatu periodik sistematis dan sejauh mungkin secara manusiawi. Rating yang berimbang tentang keunggulan karyawan dalam hal berkaitan dengan pekerjaan yang sekarang dan potensinya untuk pekerjaan yang lebih baik. Brenny (2012) dalam penelitiannya menyebutkan prosedur dalam penilaian melibatkan :

- 1) Menetapkan standar kerja
- 2) Menilai kinerja aktual relatif karyawan terhadap standar-standar
- 3) Memberikan umpan balik kepada karyawan dengan tujuan

memotivasi orang tersebut untuk memperbaiki kinerjanya atau untuk terus melakukan pembaharuan.

Dalam menilai kinerja bawahan diperlukan alat evaluasi. Menurut (Hendersen, 1984 dalam Nursalam, 2012) alat yang digunakan untuk menilai kinerja bawahan antara lain :

1) Laporan tanggapan bebas

Pimpinan atau atasan diminta komentar tentang kualitas pelaksanaan kerja bawahan dalam waktu tertentu. Karena tidak ada petunjuk sehubungan dengan apa yang harus dievaluasi, sehingga penilaian cenderung menjadi tidak syah. Alat ini kurang objektif karena mengabaikan satu atau lebih aspek penting, dimana penilaian berfokus pada salah satu aspek.

2) Cheklis pelaksanaan kerja

Cheklis terdiri dari kriteria pelaksanaan kerja untuk tugas-tugas paling penting dalam deskripsi kerja karyawan, dengan lampiran formulir dimana penilai dapat menyatakan apakah bawahan memperlihatkan tingkah laku yang diinginkan atau tidak.

Kualitas pemberi asuhan keperawatan dapat dilihat dari bagaimana pendokumentasian yang dilakukan secara lengkap dan akurat. Kegiatan pendokumentasian meliputi ketrampilan berkomunikasi dan ketrampilan mendokumentasikan proses keperawatan sesuai dengan standar suhan keperawatan.

2. Dokumentasi Keperawatan

a. Pengertian

Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktivitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting (Dermawan, 2012). Suatu dokumen atau catatan yang berisi data tentang keadaan pasien yang dilihat tidak saja dari tingkat kesakitan akan tetapi juga dilihat dari jenis, kualitas dan kuantitas dari layanan yang telah diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan pasien (Ali, 2010).

Pendokumentasian dalam keperawatan mencakup informasi lengkap tentang status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan keperawatan serta respon pasien terhadap asuhan yang diterimanya (Nursalam, 2013)

Dokumentasi keperawatan adalah catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana tindakan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum (Mitsha, 2009)

b. Tujuan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Dermawan (2012) tujuan dari pendokumentasian keperawatan sebagai berikut :

1) Sebagai sarana komunikasi

Membantu koordinasi asuhan keperawatan yang diberikan oleh tim kesehatan, serta mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah dan mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan keperawatan.

2) Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat

Sebagai upaya melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan keperawatan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan perawat dalam melaksanakan tugasnya, maka perawat harus mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien.

3) Sebagai informasi statistik

Data statistik dari dokumen keperawatan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang baik SDM, sarana, prasarana dan teknis

4) Sebagai sarana pendidikan

Dokumentasi asuhan keperawatan dilaksanakan secara baik dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktek lapangan.

5) Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan keperawatan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan.

6) Sebagai sumber data penelitian

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan yang diberikan, sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan dan kebidanan yang aman, efektif dan etis.

c. Manfaat Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Menurut Dermawan (2012), dokumentasi asuhan keperawatan mempunyai makna yang sangat penting bila dilihat dari berbagai aspek antara lain :

1) Aspek hukum

Semua catatan informasi tentang keadaan pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hokum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu. Dokumen tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti dipengadilan. Oleh karena itu data-

data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan (perawat), tanggal, dan perlunya dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah.

2) Jaminan mutu atau kualitas pelayanan.

Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi perawat dalam membantu menyelesaikan masalah pasien dan untuk mengetahui sejauh mana masalah pasien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan keperawatan.

3) 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.

4) Keuangan.

Dokumentasi dapat berniali keuangan. Semua tindakan keperawatan yang belum, sedang dan telah diberikan dicatat dengan lengkap yang dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya keperawatan bagi pasien.

5) Pendidikan.

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut kronologi dari kegiatan asuhan keperawatan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi keperawatan.

6) Penelitian

Dokumentasi keperawatan mempunyai nilai penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau obyek penelitian dan pengembangan profesi keperawatan.

7) Akreditasi

Melalui dokumentasi keperawatan dapat dilihat sejauh mana peran dan dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan keperawatan yang diberikan, guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut. Hal ini selain bermanfaat bagi peningkatan mutu bagi individu perawat dalam mencapai tingkat kepangkatan yang lebih tinggi .

d. Tahapan Dokumentasi Keperawatan

Menurut Potter dan Perry (2010) proses asuhan keperawatan merupakan pendekatan untuk pemecahan masalah yang memungkinkan perawat untuk mengatur dan memberikan asuhan keperawatan. Ada lima langkah proses asuhan keperawatan yaitu :

1) Pengkajian

Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses asuhan keperawatan. Dalam pengkajian ini perawat menerapkan pengetahuan dan pengalaman untuk mengumpulkan data tentang pasien. Pengkajian dan pendokumentasian yang lengkap tentang kebutuhan pasien dapat meningkatkan efektivitas asuhan keperawatan yang diberikan, melalui hal-hal sebagai berikut :

- a) Menggambarkan kebutuhan pasien untuk membuat diagnosis keperawatan dan menetapkan prioritas yang akurat sehingga perawat juga dapat menggunakan waktunya dengan lebih efektif.
- b) Memfasilitasi perencanaan intervensi
- c) Menggambarkan kebutuhan keluarga dan menunjukkan dengan tepat faktor-faktor yang akan meningkatkan pemulihan pasien dan memperbaiki perencanaan pulang.
- d) Memenuhi obligasi profesional dengan mendokumentasikan informasi pengkajian yang bersifat penting.

2) Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah proses menganalisis data subjektif dan objektif yang telah diperoleh pada tahap pengkajian untuk menegakkan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan melibatkan proses berpikir kompleks tentang data yang dikumpulkan

dari klien, keluarga, rekam medik, dan pemberi pelayanan kesehatan lain. Adapun tahapannya, yaitu :

- a) Menganalisis dan menginterpretasi data
- b) Mengidentifikasi masalah klien
- c) Merumuskan diagnosa keperawatan
- d) Mendokumentasikan diagnosa keperawatan.

3) Perencanaan

Perencanaan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tujuan yang berpusat pada klien dan hasil yang diperkirakan ditetapkan dan intervensi keperawatan dipilih untuk mencapai tujuan tersebut. Adapun tahapannya, yaitu :

- a) Mengidentifikasi tujuan klien
- b) Menetapkan hasil yang diperkirakan
- c) Memilih tindakan keperawatan
- d) Mendelegasikan tindakan
- e) Menuliskan rencana asuhan

4) Implementasi

Implementasi yang merupakan komponen dari proses asuhan keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan dimana tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan yang dilakukan dan diselesaikan. Adapun tahapannya, yaitu :

- a) Mengkaji kembali keluhan klien/pasien

- b) Menelaah dan memodifikasi rencana perawatan yang sudah ada.
- c) Melakukan tindakan yang sudah ada

5) Evaluasi

Langkah evaluasi dari proses keperawatan mengukur respon klien terhadap tindakan keperawatan dan kemajuan klien kearah pencapaian tujuan. Adapun tahapannya, yaitu :

- a) Membandingkan respon klien dengan kriteria
- b) Menganilis alasan untuk hasil dan konklusi
- c) Memodifikasi rencana asuhan
- d) Syarat dokumentasi keperawatan

Hasil evaluasi yang dicapai akan terdapat 3 kemungkinan evaluasi, yaitu:

- a) Tujuan tercapai apabila klien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan.
- b) Tujuan tercapai sebagian apabila tujuan tersebut tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu dicari penyebab dan cara mengatasinya.
- c) Tujuan tidak tercapai apabila klien tidak menunjukkan perubahan atau kemajuan sama sekali.

e. Hal - Hal yang Perlu Diperhatikan dalam Pendokumentasian.

Pendokumentasian proses keperawatan merupakan suatu kegiatan yang sangat penting, karena dapat menjadi bukti bahwa segala tindakan

perawat telah dilaksanakan secara profesional dan legal sehingga dapat melindungi klien selaku penerima jasa pelayanan dan perawat selaku pemberi jasa pelayanan keperawatan.

Mengingat pentingnya dokumentasi keperawatan, maka pemerintah telah mengatur secara legal tentang pendokumentasian seperti yang tercantum dalam Permenkes No. 674 bab V pasal 16 pada sub bagian f, yang berbunyi ”peran perawat dalam melaksanakan praktek keperawatan sesuai dengan kewenangan sebagaimana dimaksud dalam pasal 15 berkewajiban untuk melakukan pencatatan keperawatan dengan baik ”.

Carpenito (2009) mengungkapkan bahwa dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, ringkas (*breavity*) dan mudah dibaca (*legability*). Adapun prinsip-prinsip yang harus diperhatikan dalam melaksanakan dokumentasi dapat dikelompokkan sebagai berikut :

- 1) Merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.
- 2) Konsisten.
- 3) Tersedianya format.
- 4) Dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau observasi langsung.
- 5) Sesecepat mungkin.
- 6) Ditulis secara kronologis.

- 7) Penulisan singkatan harus dilakukan secara umum dan seragam.
- 8) Ada tanggal, jam, tanda tangan dan inisial penulis.
- 9) Buat standar inisial.
- 10) Akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca dan ditulis dengan tinta.
- 11) Rahasia dan disimpan baik.

Selain itu Carpenito (2009) juga mengemukakan bahwa komponen yang berperan dalam membentuk catatan atau dokumentasi yang efektif bagi perawat yaitu komunikasi, proses keperawatan dan sumber dokumentasi. Isi dokumentasi keperawatan dalam bentuk tulisan harus meliputi :

- 1) Catatan tentang informasi atau data penting klien
- 2) Riwayat kesehatan klien
- 3) Data klien yang akurat dan tercatat didokumentasikan dengan benar
- 4) Masalah klien yang aktual maupun potensial
- 5) Tujuan dan rencana keperawatan sekarang dan yang dimodifikasi
- 6) Tindakan perawatan, pengobatan dan pendidikan kesehatan yang diberikan kepada klien dan keluarga
- 7) Evaluasi perkembangan klien
- 8) Menginformasikan antar tim kesehatan yang lain
- 9) Menunjukkan adanya pengambilan keputusan dari perawat.

Data yang ada pada dokumentasi klien merupakan suatu yang sangat *privacy* dan tidak boleh diketahui oleh orang lain tanpa tujuan dan

dasar yang dibenarkan oleh hukum, sehingga perawat harus benar-benar memberikan perhatian dalam upaya memberikan kerahasiaan dokumentasi klien. Selain kerahasiannya, dokumentasi harus dapat diselamatkan, artinya sistem penyimpanan dokumentasi baik saat klien masih dirawat maupun saat klien sudah pulang dokumentasi dapat terjaga dengan rapi. Prinsip penyimpanan yang baik adalah hendaknya mudah didapatkan pada saat diperlukan. Adapun hal-hal yang pokok dalam prinsip dokumentasi meliputi :

- 1) Dokumentasi harus dilakukan dengan segera setelah pengkajian pertama dilakukan, demikian juga pada setiap langkah kegiatan perawatan.
- 2) Bila memungkinkan, catat setiap respon klien atau keluarga tentang informasi atau data yang penting tentang keadaannya.
- 3) Pastikan kebenaran data yang dicatat.
- 4) Data klien harus obyektif dan bukan merupakan penafsiran perawat, dalam hal ini perawat mencatat apa yang dilihat dari respon klien pada saat merawat klien mulai dari pengkajian sampai dengan evaluasi.
- 5) Dokumentasi dengan baik apabila terjadi perubahan kondisi atau munculnya masalah baru dan respon klien terhadap bimbingan perawat.

- 6) Harus dihindari dokumentasi yang baku, sebab sifat individu atau klien adalah unik dan setiap klien mempunyai masalah yang berbeda.
- 7) Hindari menggunakan istilah penulisan yang tidak jelas dari setiap catatan yang dibuat, harus disepakati atas kebijaksanaan instansi setempat.
- 8) Data harus ditulis secara sah dengan menggunakan tinta dan jangan menggunakan pensil agar tidak mudah dihapus.
- 9) Tidak dibenarkan merubah dokumentasi untuk merubah atau menutupi masalah. Apabila terjadi salah tulis, coret dan diganti dengan yang benar kemudian ditandatangani.
- 10) Untuk setiap kegiatan dokumentasi, cantumkan waktu, tanda tangan dan nama jelas penulis.
- 11) Wajib membaca setiap tulisan dari anggota tim kesehatan yang lain sebelum menulis data terakhir.
- 12) Dokumentasi harus dibuat dengan tepat, jelas dan lengkap.

f. Pengukuran Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

Instrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan merupakan alat untuk mengukur mutu pendokumentasian asuhan keperawatan yang dilakukan oleh perawat dengan membandingkan pendokumentasian yang ada didalam rekam medik pasien dengan pendokumentasian dalam standar asuhan keperawatan (Depkes, 2005).

Aspek yang dinilai dalam instrument ini meliputi pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, evaluasi keperawatan, dan catatan keperawatan.

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan.

Faktor-faktor yang menyebabkan pendokumentasian keperawatan belum optimal adalah dokumentasi terlalu bervariasi, rumit, membutuhkan waktu. Dari hasil penelitian didapat sekitar 35-40 menit waktu yang dibutuhkan perawat dalam pendokumentasiannya, sedangkan seharusnya lamanya waktu relevan dengan berat ringannya kondisi klien.

Menurut Azwar (2014), faktor-faktor yang mempengaruhi pendokumentasian adalah sebagai berikut:

1) Unsur masukan, yang dimaksud dengan unsur masukan adalah semua hal yang dibutuhkan untuk terselenggaranya pelayanan kesehatan. Unsur masukan tersebut adalah tenaga (man) dan sarana (material). Penjelasan kedua unsur tersebut secara rinci adalah sebagai berikut:

a) Tenaga, yaitu setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang tertentu serta memiliki pengetahuan dan atau keterampilan dalam bidang kesehatan, antara lain pengetahuan dan keterampilan tentang pendokumentasian proses keperawatan. Faktor-faktor yang mempengaruhi keadaan tenaga adalah:

- (1) Jumlah, adalah nilai nominal atau banyaknya sesuatu.
 - (2) Pendidikan, merupakan tingkat dasar pengetahuan intelektual yang dimiliki seseorang. Pendidikan merupakan tingkat dasar dalam rangka pengembangan pengetahuan, sikap dan keterampilan. Dalam dunia keperawatan, tingkat pendidikan berjenjang mulai dari pendidikan Akademi Keperawatan, Program Sarjana Ilmu Keperawatan sampai dengan Program Magister Keperawatan.
 - (3) Pelatihan, adalah setiap usaha untuk memperbaiki *performance* pekerja pada suatu pekerjaan tertentu yang sedang menjadi tanggung jawabnya atau suatu pekerjaannya. Menurut Depkes (2009) pelatihan adalah suatu upaya sistematis untuk mengembangkan sumber daya manusia, baik perorangan, kelompok maupun organisasi yang diperlukan untuk tugas-tugas masa sekarang dan untuk mempersiapkan masa depan serta dapat menaggulangi masalah-masalah yang timbul dikedua waktu tersebut.
- b. Sarana, adalah segala sesuatu yang diperlukan dalam suatu organisasi untuk mencapai tujuan yang diinginkan. Untuk pendokumentasian proses keperawatan sarana yang diperlukan,

antara lain: tempat atau ruangan, format-format pendokumentasian dan peralatan lainnya.

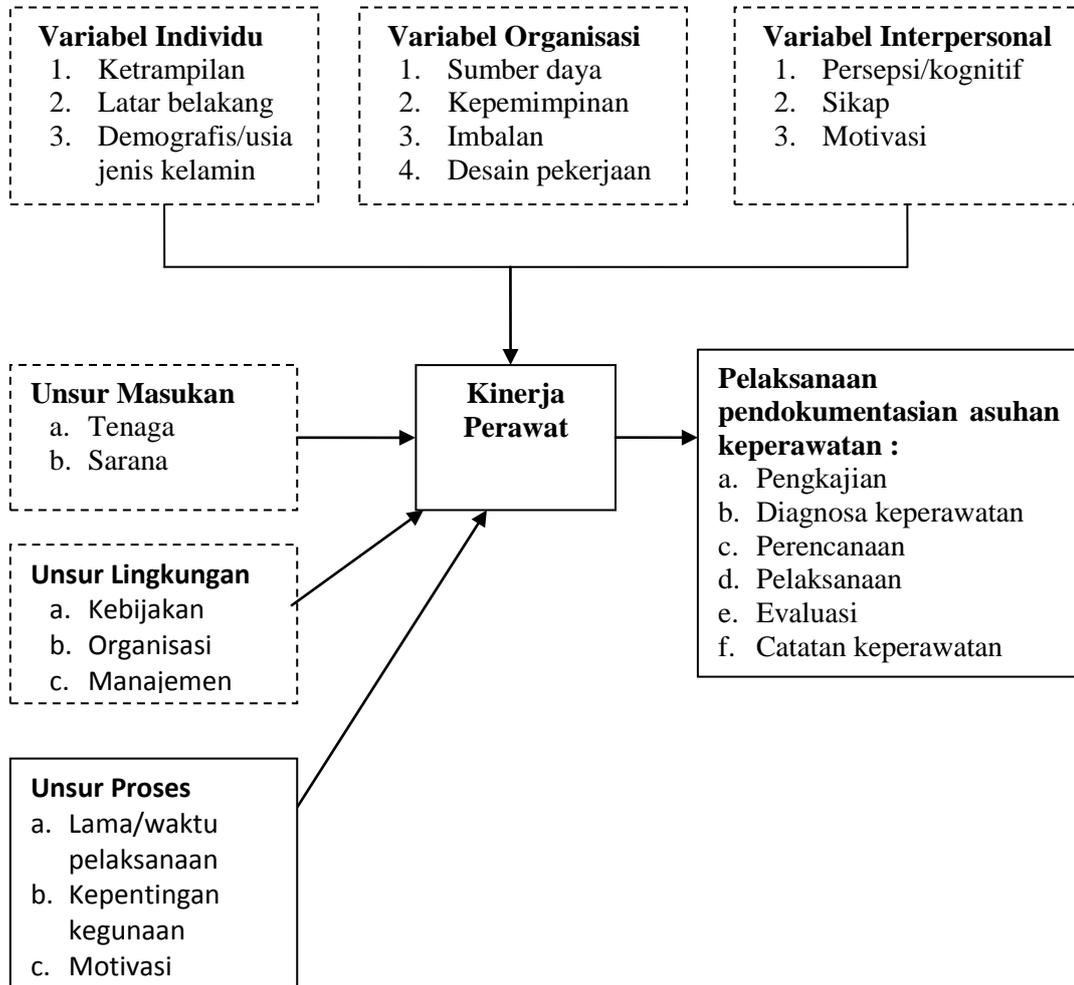
- 2) Unsur lingkungan, yang dimaksud dengan unsur lingkungan adalah keadaan sekitar yang mempengaruhi penyelenggaraan layanan kesehatan. Untuk suatu institusi kesehatan, keadaan sekitar yang terpenting adalah kebijakan, organisasi dan manajemen institusi kesehatan tersebut.
 - a) Kebijakan, adalah suatu mekanisme yang menetapkan batasan atau batas untuk tindakan administratif dan menentukan arah untuk diikuti. Kebijakan administrasi utama dari divisi keperawatan terbaik dikembangkan oleh kepala keperawatan dalam melaksanakan konsultasi yang mewakili semua kelompok perawat termasuk perawat klinik.
 - b) Organisasi, adalah kelompok orang yang berkumpul bersama menggunakan suatu teknologi untuk mengubah input dan lingkungan menjadi barang atau jasa-jasa yang dapat dipasarkan. Organisasi dalam keperawatan yang dimaksud adalah PPNI, yang berperan dalam pembinaan profesi, pengembangan IPTEK keperawatan serta menjamin pelayanan keperawatan berkualitas dan dapat dipertanggungjawabkan.
 - c) Manajemen, adalah merencanakan, mengorganisasikan, memimpin, mengkoordinasi dan mengendalikan. Manajemen

dalam keperawatan berhubungan dengan perencanaan, pengorganisasian, kepemimpinan dan pengendalian aktifitas-aktifitas upaya keperawatan dari suatu sub unit departemen keperawatan.

- 3) Unsur proses, yang dimaksud unsur proses adalah semua langkah atau tindakan yang harus dilakukan perawat untuk mencapai tujuan . Unsur proses dibedakan menjadi dua yaitu tindakan medis dan tindakan non medis. Beberapa hal yang berhubungan dengan kedua hal tersebut antara lain:
- a) Waktu, adalah sebuah sistem referensi untuk pemahaman dan penggambaran kejadian dan urutan peristiwa. Dalam hal ini adalah waktu yang dibutuhkan untuk melakukan pendokumentasian proses keperawatan. Dari hasil penelitian didapat sekitar 35-40 menit waktu yang dibutuhkan perawat dalam pendokumentasiannya, sedangkan seharusnya lamanya waktu relevan dengan berat ringannya kondisi klien.
 - b) Kegunaan, adalah manfaat dari suatu pekerjaan yang dilaksanakan untuk mencapai suatu tujuan. Dalam hal ini hubungan pendokumentasian proses keperawatan bagi perawat.
 - c) Motivasi, adalah suatu tenaga atau faktor yang terdapat di dalam diri manusia yang menimbulkan pengarahan dan mengasumsikan tingkah lakunya. Hubungan motivasi terhadap pendokumentasian

proses keperawatan disini adalah bagaimana orang-orang termotivasi untuk bertindak atau berperilaku seperti yang diharapkan. Dalam hal ini motivasi terhadap pendokumentasian proses keperawatan.

4. Kerangka Teori



Keterangan :

_____ : Diteliti

- - - - - : Tidak diteliti

Gambar 2.1. Kerangka Teori

Sumber : Teori (Handoko, 2009), (Azwar, 2014), (Potter & Perry, 2010).

