

PENGARUH PENGGUNAAN FORMAT DOKUMENTASI KEPERAWATAN BERBASIS *CHECKLIST* TERHADAP MUTU DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

Udi Wahyudi¹, Sri Rejeki², Sarah Ulliya³

¹*Program Studi DIII Keperawatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Bandung*

²*Fakultas Ilmu Kesehatan dan Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang*

³*Program Studi Magister Keperawatan Universitas Diponegoro Semarang*

ABSTRACT

Background: The importance of nursing care documentation as a means of communication between health professionals in patient safety program (patient safety), requires the nurse to make nursing documentation in accordance with the quality standards of documentation. But in reality the implementation of the documentation of nursing care in hospitals is still much that is not in accordance with the standards of documentation, so it will affect the quality of documentation. This is because hospitals still use the nursing documentation in the form of a narrative format.

Objective: This study aims to look at the effect of using the format of a checklist-based nursing documentation of the quality of nursing care documentation in inpatient hospitals KRT. Setjonegoro.

Method: a quasi-experimental design or pre-experimental design with a draft posttest with controlled group. Sampling using random or random sampling. Samples used as many as 44 people were divided into 2 groups, ie 22 people as a group intervention or treatment and 22 people as the control group. Test analysis used to see the effect of using the format of a checklist-based nursing documentation on the quality of documentation is the simple linear regression statistical test.

Results: Based on the simple linear regression test obtained t value (6.038) is greater than the value t table (1,725), and the smaller the p-value (0.000) of the value of α (0.05).

Conclusion: Research conclusion that there is the influence of the use of the format of checklist-based nursing documentation of the quality of nursing care documentation in inpatient hospitals KRT. Setjonegoro Wonosobo.

Keywords: Format-based nursing documentation checklist, narrative, quality nursing care documentation

PENDAHULUAN

Dokumentasi didefinisikan sebagai informasi tertulis ataupun elektronik tentang semua kegiatan asuhan keperawatan yang

dilakukan perawat untuk menilai status kesehatan klien, mengevaluasi dampak terhadap pelayanan keperawatan dan merupakan bagian dari pada praktek

keperawatan profesional.¹ Dokumentasi keperawatan merupakan unsur terpenting sebagai alat komunikasi antar profesi kesehatan dalam program keselamatan pasien (*patient safety*). Sebagai alat komunikasi non verbal, dokumentasi keperawatan hendaknya mencerminkan data-data yang akurat dan teliti serta menggambarkan kondisi pasien yang sebenarnya, sehingga akan mengurangi terjadinya kesalahfahaman dalam pelaksanaan asuhan keperawatan akibat miskomunikasi antar tim kesehatan yang akan berpengaruh terhadap keselamatan pasien (*patient safety*).²

Kesalahan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan akibat miskomunikasi antar tim kesehatan merupakan bentuk kelalaian yang akan berdampak terhadap hukum.³ Oleh karena itu untuk menghindari hal tersebut pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan harus dilakukan secara sistematis dan lengkap serta sesuai dengan standar mutu dokumentasi. *Nurse Board of South Australia* mengidentifikasi bahwa standar mutu dokumentasi meliputi; dokumentasi harus komprehensif, lengkap, jelas, ringkas, akurat, benar, dan jujur, tepat waktu, dapat dibaca, permanen dan *representatif* terhadap penilaian klien secara profesional.⁴ Namun kenyataannya pelaksanaan pendokumentasian di rumah sakit sampai saat ini belum memenuhi persyaratan kelengkapan serta standar mutu dokumentasi.

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia tahun 2014 tentang evaluasi pelayanan keperawatan di rumah sakit dengan jumlah sampel 17.600 perawat pelaksana menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit masih kurang, yaitu diperoleh hasil pengkajian dengan baik 16%, menentukan diagnosa dengan baik 77%, membuat perencanaan dengan baik < 20%. Sedangkan hasil penelitian yang dilakukan di ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Pluit dengan pencapaian hasil kelengkapan dokumentasi dari tahap pengkajian sampai catatan keperawatan menunjukkan bahwa kelengkapan pengisian dokumentasi asuhan keperawatan diperoleh hasil rata-rata 69,65%, dengan rincian: pengkajian 70,92%, rumusan diagnosa 66,65%, perencanaan atau intervensi 71,73%, tindakan atau implementasi 84,9%, evaluasi tindakan 31,3%, serta catatan perawatan 92,4%.⁵

Survey rekam medik yang dilaksanakan pada tanggal 16 Desember 2014 oleh peneliti di RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo di tiga ruang rawat inap menunjukkan nilai rata-rata kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan sekitar 59,7% dari 20 format dokumentasi asuhan keperawatan yang diambil sebagai sampel, dengan rincian: perumusan diagnosa keperawatan 42,%, perencanaan tindakan keperawatan 79%,

tindakan keperawatan 70%, evaluasi keperawatan 80%, catatan asuhan keperawatan 87%.

Ketidakefektifan pendokumentasian asuhan keperawatan tersebut disebabkan karena rumah sakit masih menggunakan format berbentuk *naratif* atau manual dalam pendokumentasian. Permasalahan tersebut perlu diatasi dengan suatu sistem informasi yang dapat menampung data yang dibutuhkan dengan sistematis dan efisien serta efektif, salah satunya adalah format dokumentasi berbasis *checklist*.

Checklist merupakan teknik pencatatan dokumentasi yang dibuat sesuai standar dengan menggunakan sistem centang. Penggunaan format dokumentasi berbasis *checklist* dapat membantu perawat meminimalisir kesalahan dalam pendokumentasian, sehingga akan berpengaruh terhadap kualitas dokumentasi. Sebagaimana dikemukakan oleh Howie dalam penelitiannya mengatakan bahwa dokumentasi berbasis *checklist* merupakan sistem informasi efektif yang berfungsi untuk mengurangi kesalahan dan kelalaian yang dilakukan oleh perawat dalam melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien.⁶

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui pengaruh penggunaan format dokumentasi keperawatan berbasis *checklist* terhadap mutu dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD

KRT. Setjonegoro Wonosobo. Sedangkan tujuan khusus penelitian adalah; 1) Mengetahui mutu penggunaan format dokumentasi asuhan keperawatan berbentuk *checklist*; 2) Mengetahui mutu penggunaan dokumentasi asuhan keperawatan berbentuk *naratif*; 3) Mengetahui perbedaan mutu antara penggunaan format dokumentasi asuhan keperawatan berbentuk *checklist* dengan *naratif*; 4) Mengetahui pengaruh penggunaan format dokumentasi keperawatan berbasis *checklist* terhadap mutu dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo; 5) Mengetahui pengaruh penggunaan dokumentasi keperawatan berbentuk *naratif* terhadap mutu dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo.

METODE PENELITIAN

Penelitian ini merupakan penelitian *kuantitatif* dengan menggunakan *quasi-experimental design* atau *pre eksperimental design* dengan bentuk pendekatan rancangan *post test with controlled group*. Sampel pada penelitian ini adalah semua perawat pelaksana yang bekerja di ruang rawat inap RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo yang dipilih sebagai responden melalui prosedur sampling, yaitu dengan menggunakan teknik *random sampling*.⁷

Sampel yang digunakan pada penelitian ini sebanyak 44 responden. yang terbagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok intervensi berjumlah 22 orang, dan kelompok kontrol berjumlah 22 orang. Kelompok intervensi adalah kelompok yang diberi perlakuan atau intervensi untuk menggunakan dokumentasi asuhan keperawatan dengan metode *checklis*. Sedangkan kelompok kontrol adalah kelompok yang tidak diberi perlakuan atau kelompok yang tetap menggunakan metode tertulis atau *naratif*, yaitu metode pendokumentasian yang biasa dipakai di ruang rawat inap RSUD KRT. Setjonegoro.

Instrumen yang digunakan untuk menilai mutu dokumentasi asuhan keperawatan berupa lembar observasi *Q-DIO* (*Quality of Diagnoses, Intervention & Outcomes*) yang sudah dimodifikasi oleh peneliti, sehingga jumlah pertanyaan ada 40 item yang terbagi menjadi empat subvariabel. Subvariabel tersebut meliputi; 1) *Nursing diagnoses as process* atau diagnosa keperawatan sebagai proses ada 13 poin penilaian; 2) *Nursing diagnoses as product* atau diagnosa keperawatan sebagai produk ada 9 poin penilaian; 3) *Nursing intervention* atau intervensi keperawatan ada 8 poin penilaian; 4) *Nursing outcomes* atau hasil keperawatan ada 10 poin penilaian.

Observasi dokumentasi dilakukan selama 2 minggu dengan menggunakan

instrumen *Q-DIO*. Hasil penilaian mutu dokumentasi asuhan keperawatan diperoleh dengan menjumlahkan seluruh skor pada setiap kriteria kemudian dibagi dengan jumlah item maksimal, yaitu 40 dengan parameter; kualitas baik jika rata-rata total skor > 2 dan kualitas kurang jika rata-rata total skor ≤ 2 .⁸ Uji analisis yang digunakan untuk mengetahui pengaruh adalah dengan menggunakan *regresi linear* sederhana dengan tingkat *signifikansi* 95% dengan derajat kemaknaan 5% atau α (0,05).

HASIL PENELITIAN

1. Karakteristik Responden

Rata-rata usia responden pada kelompok intervensi sebesar 32,68 tahun. Responden termuda berusia 26 tahun dan tertua berusia 45 tahun. Sedangkan usia rata-rata responden pada kelompok kontrol sebesar 32,77 tahun. Untuk masa kerja responden pada kelompok intervensi di ruang rawat inap RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo sebesar 8,45 tahun. Sedangkan pada responden kelompok kontrol masa kerja rata-rata 8,73 tahun.

Jenis kelamin responden baik pada kelompok intervensi maupun kontrol sebagian besar perempuan. Proporsi responden berjenis kelamin perempuan dan laki-laki pada kelompok intervensi sebesar 54,54% dan 45,45%, sedangkan pada kelompok kontrol proporsi responden berjenis kelamin perempuan dan laki-laki sebesar 95,45 dan

4,54. Sedangkan proporsi responden berdasarkan tingkat pendidikan, pada kelompok intervensi proporsi responden berpendidikan D3 Keperawatan sebesar 63,63% dan S1/Ners sebesar 36,36%. Pada kelompok kontrol proporsi responden berpendidikan D3 Keperawatan sebesar 77,27% dan S1/Ners sebesar 22,72%.

2. Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Hasil Uji Analisis Terhadap Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan, Juli Tahun 2015 (n=44)

Variabel	Kelompok Intervensi (n=22)				Kelompok Kontrol (n=22)			
	Mean	Med	sd	Min-Max	Mean	Med	sd	Min-Maks
<i>Nursing Diagnoses as Proses</i>	3,671	4	1,045	0 - 4	1,178	1	1,276	0 - 4
<i>Nursing Diagnoses as Product</i>	2,823	4	1,823	0 - 4	1,066	1	0,945	0 - 4
<i>Nursing Intervention</i>	2,511	-4	1,833	0 - 4	1,221	1	0,987	0 - 4
<i>Nursing-sensitive Patient Outcomes</i>	1,904	2	1,708	0 - 4	0,673	0	0,082	0 - 4
<i>Nursing-sensitive Patient Outcomes</i>	1,904	2	1,708	0 - 4	0,673	0	0,082	0 - 4

Hasil analisis menunjukkan bahwa pada kelompok intervensi nilai rata-rata (*mean*) mutu dokumentasinya baik, yaitu pada *nursing diagnoses as proses* sebesar 3,671, *nursing diagnoses as product* sebesar 2,823, *nursing intervention* sebesar 2,511, sedangkan *nursing sensitive patient outcomes* pada kelompok intervensi nilai rata-rata (*mean*) mutu dokumentasi menunjukkan kurang, yaitu sebesar 1,904. Pada kelompok kontrol

nilai rata-rata (*mean*) mutu dokumentasi sebagian besar kurang, yaitu sebesar 1,034.

3. Perbedaan Mutu Dokumentasi

Tabel 2. Hasil Uji Analisis Perbedaan Mutu Penggunaan Format Dokumentasi Keperawatan Berbasis *Checklist* dan *Naratif*, Juli 2015 (n = 44)

Variabel	Kel. Intervensi (n=22)			Kel. Kontrol (n=22)			P value
	Mean	SD	SE	Mean	SD	SE	
Mutu Dokumen	112,27	26,99	5,607	42,59	11,342	2,418	0,000

Hasil uji beda menggunakan *independent samples t-test* dengan tingkat *signifikansi* 95% atau $p < \alpha$ (0,05) menunjukkan bahwa rata-rata mutu dokumentasi pada kelompok kontrol adalah 42,59 dengan *standar deviasi* 11,342. Sedangkan pada kelompok intervensi didapatkan nilai rata-rata mutu 112,27 dengan *standar deviasi* 26,99. Terlihat ada perbedaan nilai *mean* antara kelompok kontrol dengan kelompok intervensi sebesar 69,68 dengan *standar deviasi* 15,648.

Hasil uji statistik menunjukkan bahwa nilai p (0,00) lebih kecil daripada nilai α (0,05), yang berarti ada perbedaan mutu yang *signifikan* antara penggunaan dokumentasi keperawatan berbasis *checklist* dengan dokumentasi keperawatan *naratif* di ruang rawat inap RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo.

4. Pengaruh Penggunaan Format Dokumentasi Keperawatan Berbasis Checklist dan Naratif Terhadap Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Hasil uji analisis menunjukkan bahwa t hitung pada kelompok intervensi sebesar 6.038 dengan p value 0.000. Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan harga t hitung sebesar 2.512 dengan p value 0.021. Berdasarkan hasil uji statistik tersebut dapat diinterpretasikan bahwa pada kelompok intervensi nilai t hitung (6.038) lebih besar dari pada nilai t tabel (1,725), dan nilai p lebih kecil (0.000) dari pada nilai α (0.05).

Tabel 3. Hasil Uji Analisis Pengaruh Penggunaan Format Dokumentasi Keperawatan Berbasis Checklist dan Naratif Terhadap Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan, Juli 2015 (n = 44)

Mutu Dokumentasi				
Variabel	Kelompok Intervensi (n=22)		Kelompok Kontrol (n=22)	
	t	P value	t	P value
Dokumentasi Keperawatan	6.038	0.000	2.512	0.021

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa berdasarkan uji analisis didapatkan nilai t hitung (6.038) lebih besar dari pada nilai t tabel (1,725), dan nilai p lebih kecil (0.000) dari pada nilai α (0.05). hal ini dapat diinterpretasikan bahwa penggunaan format dokumentasi keperawatan berbasis *checklist* berpengaruh terhadap mutu dokumentasi asuhan keperawatan.

Ada beberapa faktor yang mempengaruhi mutu dokumentasi asuhan keperawatan. Menurut Widyantoro dalam penelitiannya bahwa faktor tersebut meliputi faktor sarana penunjang yang disediakan rumah sakit termasuk format dokumentasi (*naratif* atau *checklist*) dan faktor perawat sebagai pelaksana.⁹ Sebagaimana dikemukakan Hughes dalam penelitiannya bahwa lingkungan fisik termasuk fasilitas (format dokumentasi) dapat memberikan dampak signifikan terhadap kinerja perawat.¹⁰

Terkait hal ini menurut Green dalam teorinya yang dikutip oleh Notoatmojo ada tiga faktor yang mempengaruhi seseorang untuk melakukan suatu tindakan. Faktor tersebut antara lain *predisposing factors*, *enabling factors*, dan *reinforcing factors*. *Enabling factors* merupakan faktor yang berkaitan dengan sarana dan prasarana yang disediakan oleh rumah sakit termasuk juga kemudahan perawat dalam menggunakan sarana tersebut sebagai penunjang terlaksananya kegiatan di rumah sakit secara optimal, sehingga berdampak terhadap efektivitas dan efisiensi, salah satunya adalah format dokumentasi asuhan keperawatan berbasis *checklist*.¹¹

Format dokumentasi berbasis *checklist* merupakan format yang mempunyai banyak kelebihan dan keunggulan dibandingkan dengan format berbentuk *naratif*. Format dokumentasi *checklist* dibuat berdasarkan

pertimbangan dan disesuaikan dengan standar dokumentasi keperawatan sehingga memudahkan perawat untuk mengisi dokumentasi keperawatan, perawat hanya mengisi item yang sesuai kondisi pasien dengan cara mencentang pada format pengkajian, diagnosa, rencana dan tindakan, kecuali pada format evaluasi dan catatan perkembangan harus ditulis tangan.

Kelebihan penggunaan format dokumentasi keperawatan berbasis *checklist* selain memudahkan perawat dalam menulis juga terjadi keseragaman penulisan diagnosa, rencana dan tindakan serta evaluasi keperawatan yang akan dicapai lebih terukur dan menggambarkan suatu proses asuhan keperawatan. Menurut Nursalam kelebihan dari penggunaan format dokumentasi berbasis *checklist*, yaitu: mudah dalam pengisian dan lebih cepat, alur sudah ada tinggal mengisikan (menulis), serta dapat dijadikan pedoman dan standar, sehingga hal ini dapat meningkatkan hasil pendokumentasian yang berkualitas dan berdampak terhadap mutu dokumentasi.¹²

Pendapat lain dari hasil penelitian tentang evaluasi penggunaan dokumentasi perawatan intensive di Sidney menunjukkan bahwa 72% lebih memilih *checklist* sebagai dokumentasi pada perawatan intensive, 60% menyatakan *checklist* sebagai bentuk dokumentasi yang lebih baik karena lebih ekonomis, efisiensi waktu, lebih cepat akses data pasien; 80% menyatakan *checklist* lebih

mudah untuk mengidentifikasi perkembangan kondisi pasien dan; 80% menyatakan lebih menyukai penggunaan *checklist*.¹³

Checklist berguna untuk meningkatkan efisiensi perawat dalam penggunaan waktu dan meningkatkan akurasi dalam akses data. Penelitian lain menyatakan bahwa sistem dokumentasi *checklist* lebih menghemat waktu, mudah untuk mencari informasi dan mengurangi jumlah format yang digunakan.

Hasil penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Hadarani yang menunjukkan bahwa penggunaan format dokumentasi keperawatan *checklist* yang standar dan terstruktur dapat meningkatkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit.¹⁴ Kelengkapan dokumentasi merupakan salah satu indikator mutu dokumentasi yang dapat mempengaruhi terhadap hasil pendokumentasian yang mencerminkan mutu asuhan keperawatan.

KESIMPULAN

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilaksanakan dapat disimpulkan bahwa ada pengaruh penggunaan format dokumentasi keperawatan berbasis *checklist* terhadap mutu dokumentasi asuhan keperawatan di ruang rawat inap RSUD KRT. Setjonegoro Wonosobo.

DAFTAR PUSTAKA

1. Potter & Perry, *Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, dan Praktik* (Fundamentals of Nursing: Concepts, Process, and Practice). Ed.4. Alih Bahasa Yasmin A. Jakarta: EGC. 2005.
2. Nursalam, *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika. 2014.
3. Iyer, Patricia W., *Nursing Malpractice*. Second Edition. USA: Lawyers and Judge Publishing Co.Inc. 2001.
4. Tranter, S, *Australian nursing journal: A hospital wide nursing documentation project*, (Online), (<http://search.proquest.com/docview/236563804/fulltextPDF/132B487EA843D392EBC/2?accountid=17242>), Diakses pada tanggal 21 Januari 2015 jam 21.00 WIB)
5. Marni, *Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Motivasi Perawat dalam Pendokumentasian Keperawatan di Ruang Medikal Bedah Rumah Sakit Pluit Jakarta*. Prosiding konferensi nasional PPNI: Jawa Tengah. 2013.
6. Howie, W.O., McMullen, P. C., Can Checklist Minimize Legal Liability and Improve the Quality of Patient Care? *The Journal for Nurse Practitioners*, 6(9), pp.694-7. 2010.
7. Sugiyono, *Metode Penelitian Kuantitatif. Kualitatif dan R&D*. Bandung: Alfabeta. 2011.
8. Muller, S. *et al.*, Testing the Q-DIO as an Instrument to Measure the Documented Quality of Nursing Diagnoses, Intervention, and Outcomes. *International Journal of Nursing Terminologies and Clasifications*, 19(1), 20. 2008.
9. Widyanoro, *Hubungan penggunaan sistem informasi keperawatan dengan kelengkapan dokumentasi keperawatan di rumah sakit fatmawati jakarta selatan*. Tesis. Program pasca sarjana FIK. UI. 2005.
10. Hughes, R. G. Reiling J., Murphy, M. R., *Patient Safety and Quality. An Evidance-Based handbook for Nurse*. Agency for Healthy Reseach and Quality. 2008.
11. Notoatmodjo, *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Jakarta: Rineka Cipta. 2007.
12. Nursalam, *Konsep dan Dokumentasi Keperawatan-Konsep dan Praktik*. Ed.II. Jakarta: Salemba Medika. 2008.
13. Lisa & Kriss, *The flow sheet: improving documentation in the intensive care unit*, (Online), 1990. (<http://www.ciap.health.nsw.gov.au/hospo lic/stvincents/1990/a10.html>), diakses tanggal 30 Pebruari 2015

14. Hadarani M, *Evaluasi Penerapan Format Dokumentasi Keperawatan Model Checklist Di RSUD Banjar Baru Kalimantan Selatan*. Tesis. Universitas Gajah Mada. 2012.