

Jurnal Kesehatan Primer

Vol 5, No 1 Month May, pp. 61-69

P-ISSN 2549-4880, E-ISSN 2614-1310

Journal DOI: <https://doi.org/10.31965/jkp>Website: <http://jurnal.poltekkeskupang.ac.id/index.php/jkp>

PENERAPAN FORMAT BARU PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI POLI RAWAT JALAN PUSKESMAS

Pius Kopong Tokan¹, Maria Salestina Sekunda²^{1,2}Jurusan Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang, Indonesia

Email: piustokanende@yahoo.com

ARTICLE INFO**Artikel Histori:**

Received date: 01/03/2020

Revised date: 30/03/2020

Accepted date: 15/04/2020

Keywords:

Documentation

Nursing care

Outpatient

ABSTRACT/ABSTRAK

Background: Average patient visits in outpatient polyclinics at Rukun lima Health Center in 2018 is & 80-100 people per day. However the process of nursing care documentation is not carried out. according to the provisions of efforts that have been made is to renew the format of God nursing base do local conditions In connection with that it need stobe done for know the description of the application of the new format in the process of documenting nursing care outpatient care clinic Rukun lima. **Method:** Survey research is descriptive, research variables in the formof documentation on the process with the study of diagnoses, interventions, implementation, andevacuation of nursing. The research was conducted in thepublic roli roomatthe Puskesmas Rukun Lima from July September 2019. Anticipate drop out. Data collected by observation and interview sheets. Descriptive data processing in the form of proportions and the subsequent average univariant analysis. **Results:** Documenting nursing assessment 5%. 21% nursing diagnoses, 12% nursing interventions, nursing implementation 26%. **Conclusion:** The application of the new format for documenting nursing care in outpatient care. The Rukun lima Community Health Center is classified as poor because it is incomplete 36 of the target of atleast 60%. At the nursing assessment stage only reaches 5% of diagnos nursing only reaches 21% nursing planning only reaches 12%, action nursing only reaches 26%. Where as nursing evaluation is not carried out because the patient's status is out patient.

Kata Kunci:

Dokumentasi
Asuhan keperawatan,
Rawat jalan

Latar belakang: Rata-rata kunjungan pasien di poli rawat jalan Puskesmas Rukunlima tahun 2018 adalah 80-100 orang per hari. Namun demikian proses pendokumentasian asuhan keperawatan tidak dilakukan sesuai ketentuan. Sehubungan dengan itu perlu dilakukan pengkajian untuk mengetahui gambaran penerapan format baru dalam proses pendokumentasian asuhan keperawatan di poli rawat jalan Puskesmas Rukunlima. **Metode:** penelitian survey bersifat deskriptif, variabel penelitian berupa dokumentasi pada proses pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi keperawatan. Penelitian dilaksanakan di ruang poli umum Puskesmas Rukun Lima dari bulan Juli - September 2019. Populasi dalam penelitian ini adalah berkas dokumen asuhan keperawatan dari bulan Januari-Juni 2019 dengan metoda sampling adalah estimasi proporsi ditambah 10% untukantisipasi drop out. Data dikumpulkan dengan lembar observasi dan wawancara. Pengolahan data: secara deskriptif berupa proporsi dan rata-rata selanjutnya dilakukan analisis univariat. **Hasil:** Pendokumentasian pengkajian keperawatan 5%, diagnosa keperawatan 21%, intervensi keperawatan 12%, implementasi keperawatan 26%. **Kesimpulan:** Penerapan format baru untuk pendokumentasian asuhan keperawatan di poli rawat jalan Puskesmas Rukunlima dikategorikan kurang baik karena tidak lengkap dan jumlah rata-rata pengisian dokumen masih jauh dibawah nilai standar.

*Copyright© 2020 Jurnal Kesehatan Primer
All rights reserved*

Corresponding Author:

Pius Kopong Tokan
Jurusan Keperawatan Ende Poltekkes Kemenkes Kupang, Indonesia
Email: piustokanende@yahoo.com

INTRODUCTION

Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan persyaratan legal dalam setiap lingkungan pelayanan kesehatan, dimana dengan banyaknya gugatan dan sorotan malpraktik agresif dalam masyarakat, semua aspek rekam medis penting untuk pencatatan legal (Zaidin Ali, 2009 dalam Olfah, Y. dan Ghofur, A., 2016).

Dokumentasi merupakan suatu dokumen yang berisi data lengkap, nyata, dan tercatat bukan hanya tentang tingkat kesakitan pasien tetapi juga jenis dan kualitas pelayanan kesehatan yang di berikan (Niken,P.S 2017).

Menurut Perry & potter (2005), tujuan pendokumentasian yaitu sebagai alat komunikasi tim kesehanan untuk menjelaskan perawatan klien termasuk perawatan individual, edukasi klien dan penggunaan rujukan untuk rencana pemulangan (Niken,P.S 2017).

Hasil studi pendahuluan, tahun 2018 semua proses asuhan keperawatan pada pasien tidak didokumentasikan dengan lengkap. Alasannya karena pendokumentasian banyak menyita waktu, tenaga dan pikiran, apalagi kunjungan pasien di Puskesmas cukup banyak, rata-rata setiap harinya mencapai 80-100 orang, serta perawat diberikan tugas tambahan sebagai pengelola program yang lebih banyak terlibat dalam proses manajemen program. Pihak manajemen Puskesmas sudah melakukan upaya memperbaharui formas sehingga memudahkan perawat dalam melakukan pendokumentasian

Pendokumentasian yang tidak lengkap akan memberikan kerugian bagi klien karena informasi penting terkait perawatan dan kondisi kesehatannya terabaikan (Teytelman, 2002). Braaf, Manias dan Riley (2011) menjelaskan bahwa pendokumentasian yang tidak efisien dan tidak efektif akibat dari kualitas dan

keakuratannya kurang memadai menyebabkan terjadinya kesalahan komunikasi antar perawat maupun profesi lain. Menurut Komisi keselamatan perawatan dan kualitas kesehatan Australia pada 2008 yang dirilis oleh Jefferies, Johnson, Nicholls & Lad, (2012) mengidentifikasi 13% dari kesalahan manajemen klinis berasal dari kesalahan dokumentasi (Siswanto, LM., dkk, 2013).

Menurut Gibson dan Ivancevich (2001) terdapat tiga faktor yang mempengaruhi kinerja, yaitu faktor individu, faktor organisasi, dan faktor psikologi. Suarli & Yayan (2008) berpendapat bahwa faktor psikologi salah satunya motivasi, merupakan interaksi seseorang dengan situasi tertentu yang dihadapinya dan memberikan dorongan penggerak (disadari maupun tidak disadari) melalui suatu proses untuk mencapai tujuan tertentu ya diinginkan atau menjahui situasi yang tidak menyenangkan. Sedang menurut Suarli & Yayan (2008), faktor organisasi, supervisi adalah pengamatan secara langsung dan berkala oleh atasan terhadap pekerjaan yang dilakukan bawahan, apabila ditemukan masalah segera diberikan bantuan yang bersifat langsung guna mengatasinya (Retyaningsih IY & Bambang EW, 2013).

RESEARCH METHOD

Penelitian ini merupakan penelitian survey bersifat deskriptif, ditekankan pada kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan pada pasien rawat jalan di poli umum, dengan variabel yang diteliti adalah kelengkapan pendokumentasian : pengkajian keperawatan, diagnosa keperawatan, intervensi keperawatan, implementasi keperawatan, dan evaluasi keperawatan.

Penelitian dilakukan di poli rawat jalan Puskesmas Rukunlima selama 90 hari terhitung mulai bulan Juli – September 2019, dengan populasi dalam penelitian ini adalah berkas dokumen asuhan keperawatan dari bulan Januari-Juni 2019 dengan metoda sampling adalah estimasi proporsi ditambah 10% untukantisipasi drop out.

Pengumpulan data selama proses penelitian menggunakan lembar observasi serta wawancara kepada perawat pelaksana asuhan keperawatan dan kepala Puskesmas Rukunlima untuk memperoleh informasi yang menunjang pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan

Proses pengolahan data dilakukan mulai dari tahapan editing, coding, scoring, dan tabulasi. Data yang sudah diolah kemudian menghitung distribusi frekuensi persentase variabel tunggal sesuai dengan tujuan penelitian. Sedangkan penyajian dilakukan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi persentase. Selanjutnya data dianalisis menggunakan metoda analisa univariant

RESULTS AND DISCUSSION

Kelengkapan pengisian format pengkajian keperawatan

Tabel 1, Kelengkapan pengisian format pengkajian keperawatan

No	Aspek Observasi	Kelengkapan			
		Ya	%	Tidak	%
1	Identitas klien ditulis dengan lengkap	43	42	60	58
2	Riwayat kesehatan diisi dengan lengkap	0	0	103	100
3	Kebutuhan dasar manusia:				
a.	Sirkulasi diisi dengan lengkap	0	0	103	100
b.	Kebutuhan nutrisi diisi dengan lengkap	0	0	103	100

c.	Kebutuhan cairan dan elektrolit diisi dengan lengkap	0	0	103	100
d.	Kebutuhan eliminasi diisi dengan lengkap	0	0	103	100
e.	Kebutuhan aktivitas dan istirahat diisi dengan lengkap	0	0	103	100
f.	Kebutuhan rasa nyaman dan aman diisi dengan lengkap	0	0	103	100
g.	Kebutuhan emosional diisi dengan lengkap	0	0	103	100
h.	Kebutuhan penyuluhan diisi dengan lengkap	0	0	103	100
i.	Kebutuhan persepsi sensori diisi dengan lengkap	0	0	103	100
j.	Kebutuhan komunikasi diisi dengan lengkap	0	0	103	100
k.	Kebutuhan spiritual diisi dengan lengkap	0	0	103	100
l.	Data sosial ekonomi diisi dengan lengkap	0	0	103	100
m.	Resiko jatuh diisi dengan lengkap	0	0	103	100
n.	Tingkat ketergantungan pasien diisi dengan lengkap	0	0	103	100
o.	Data penunjang diisi dengan lengkap	0	0	103	100
4	Pengelompokan data subyektif dan data obyektif	41	40	62	60
	Rata-rata		5%		95%

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan observasi diketahui bahwa kelengkapan pengisian format pengkajian keperawatan termasuk dalam kriteria kurang yaitu hanya mencapai 5%, lebih kecil dari standar yang telah ditetapkan yaitu <60%. Hampir semua variabel dalam format pengkajian tidak diisi lengkap karena variabelnya cukup banyak (18 variabel) dan tidak semua variabel dianggap penting oleh perawat.

Kondisi ini tidak sesuai dengan pendapat Nursalam (2011) yang mengatakan bahwa

gunakan format yang sistematis untuk mendokumentasikan pengkajian, yang meliputi riwayat klien masuk, respon klien yang berhubungan dengan persepsi kesehatan klien, riwayat pengobatan, dan data klien rujukan, pulang, dan keuangan

Tim peneliti berpendapat bahwa sebaiknya perawat patuh dalam mengisi format pengkajian yang disiapkan karena apabila pada format pengkajian tidak ditulis dengan lengkap dapat mempengaruhi penetapan diagnosa keperawatan.

Kelengkapan pengisian format diagnosa keperawatan

Tabel 2, Kelengkapan pengisian format diagnosa keperawatan

No	Aspek Observasi	Kelengkapan			
		Ya	%	Tidak	%
1	Menulis masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien.	39	38	64	62
2	Masalah yang dialami klien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "sehubungan dengan atau berhubungan dengan".	36	35	67	65
3	Setelah masalah (problem) dan penyebab (etiologi), kemudian diikuti dengan kata "ditandai dengan".	0	0	103	100
4	Menulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan.	34	33	69	67
5	Menggunakan bahasa yang tidak memvonis.	37	36	66	64
Rata-rata		21%		79%	

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan observasi diketahui bahwa kelengkapan dokumentasi diagnosa keperawatan termasuk dalam kriteria kurang yaitu hanya mencapai 21%, lebih kecil dari standar yang telah ditetapkan (<60%).

Kondisi ini tidak sesuai dengan pendapat Hutahaean (2010) yang mengatakan bahwa metode dokumentasi diagnosa keperawatan meliputi Masalah (*Problem*) + Penyebab (*Etiologi*) + Gejala (*Symptom/Sign*). Kurang lengkapnya penulisan diagnosa keperawatan berhubungan dengan kurang lengkapnya pengisian pada format pengkajian keperawatan sehingga mempengaruhi penetapan diagnosa keperawatan. Ketidakeengkapan penulisan diagnosa keperawatan akan berdampak pada penetapan rencana intervensi keperawatan. Tim peneliti berpendapat bahwa sebaiknya perawat patuh dalam menuliskan diagnosa keperawatan sesuai rumusan yang telah ditetapkan pada format yang telah disediakan.

Kelengkapan pengisian format rencana keperawatan

Tabel 3, Kelengkapan pengisian format rencana keperawatan

No	Aspek Observasi	Kelengkapan			
		Ya	%	Tidak	%
1	Menetapkan tujuan	0	0	103	100
2	Menentukan kriteria hasil	0	0	103	100
3	Menentukan rencana tindakan keperawatan	36	35	67	65
Rata-rata		12%		88%	

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan observasi diketahui bahwa kelengkapan pengisian format intervensi keperawatan termasuk dalam kriteria kurang yaitu hanya mencapai 12%, lebih kecil dari

standar yang telah ditetapkan (<60%). Kondisi ini tidak sesuai dengan pendapat Hutahaean (2010) yang mengatakan bahwa langkah-langkah dokumentasi rencana tindakan keperawatan adalah menetapkan tujuan, menentukan kriteria hasil, dan menentukan rencana tindakan keperawatan. Kurang lengkapnya pencatatan pada format intervensi keperawatan berhubungan dengan kurang lengkapnya penulisan diagnosis keperawatan. Ketidakeengkapan penulisan intervensi keperawatan akan berdampak pada penetapan implementasi keperawatan. Tim peneliti berpendapat bahwa sebaiknya perawat patuh dalam menulis intervensi keperawatan sesuai rumusan yang telah ditetapkan.

Kelengkapan pengisian format implementasi keperawatan

Tabel 4, Kelengkapan pengisian format implementasi keperawatan

No	Aspek Observasi	Kelengkapan			
		Ya	%	Tidak	%
1	Menuliskan tanggal dan waktu implementasi	33	32	70	68
2	Menuliskan diagnosa atau nomor diagnosa yang ditangani sesuai implementasi yang dilakukan.	31	30	72	70
3	Menuliskan implementasi (tindakan) dengan kalimat aktif dan menggunakan kata kerja	33	32	70	68
4	Memberi tanda tangan dan nama jelas dari perawat yang melakukan tindakan	12	12	91	88
Rata-rata		26%		74%	

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan observasi diketahui bahwa kelengkapan pengisian format implementasi keperawatan termasuk dalam kriteria kurang yaitu hanya mencapai 26%, lebih kecil dari standar yang telah ditetapkan (<60%). Variabel yang paling sering ditemukan tidak lengkap adalah memberi tanda tangan dan nama jelas dari perawat yang melakukan tindakan

Kondisi ini tidak sesuai dengan pendapat Hutahaean (2010) yang mengatakan bahwa dokumentasi implementasi keperawatan merupakan catatan tentang tindakan yang diberikan kepada klien. Salah satu petunjuk yang perlu diperhatikan dalam mendokumentasikan implementasi keperawatan adalah beri tanda tangan dan nama jelas dari perawat yang melakukan tindakan

Tim peneliti berpendapat bahwa sebaiknya perawat patuh dalam mengisi format implementasi keperawatan sesuai ketentuan yang berlaku

Kelengkapan pengisian format evaluasi keperawatan

Tabel 5, Kelengkapan pengisian format evaluasi keperawatan

No	Aspek Observasi	Kelengkapan			
		Ya	%	Tidak	%
1	Evaluasi formatif, yaitu evaluasi terhadap respon yang segera timbul setelah intervensi dilakukan.	0	0	103	100
2	Evaluasi sumatif, yaitu evaluasi respon (jangka panjang) terhadap tujuan atau hasil akhir yang diharapkan setelah pemberian asuhan keperawatan.	0	0	103	100
3	Evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP	0	0	103	100
Rata-rata		0		100%	

Sumber: Data Primer, 2019

Berdasarkan observasi diketahui bahwa pada format evaluasi keperawatan tidak diisi oleh perawat pelaksana. Hal ini disebabkan karena focus penelitian ini adalah pasien di poli rawat jalan sehingga petugas tidak dapat melakukan evaluasi keperawatan. Pasien yang sudah menerima pelayanan jarang ada yang datang berkunjung kembali dengan kasus yang sama.

Kondisi ini tidak sesuai dengan pendapat Dinarti et al,(2009) yang mengatakan bahwa evaluasi dilakukan dengan pendekatan pada SOAP.Hutahean (2010), juga mengatakan bahwa dokumentasi evaluasi keperawatan merupakan catatan tentang indikasi kemajuan pasien terhadap tujuan yang akan dicapai. Evaluasi keperawatan menilai keefektifan perawatan dan mengkomunikasikan status kesehatan klien setelah diberikan tindakan keperawatan serta memberikan informasi yang memungkinkan adanya revisi perawatan sesuai keadaan pasien setelah dievaluasi.

Tim peneliti berpendapat bahwa sebaiknya perawat melakukan kunjungan rumah untuk melakukan evaluasi keperawatan. Setelah tim peneliti melakukan pengkajian atas kelengkapan pengisian format baru untuk dokumentasi asuhana keperawatan, maka diperoleh gambaran umum sebagai berikut:

Tabel 6. Kelengkapan pengisian format dokumen asuhan keperawatan

No	Aspek yang dinilai	Kelengkapan Pendokumentasian		Kriteria
		Lengkap (%)	Tidak lengkap (%)	
1	Pengkajian	5%	95%	Kurang
2	Diagnosa	21%	79%	Kurang
3	Perencanaan	12%	88%	Kurang
4	Tindakan	26%	74%	Kurang
	Rata-rata	13%	87%	Kurang

Secara umum, kelengkapan pengisian format dokumen asuhan keperawatan di poli rawat jalan Puskesmas Rukunlima masih sangat kurang yaitu hanya mencapai 13% (dibawah target 60%).

Menurut Arikunto (2008), kriteria objektif dalam menilai mutu dokumen asuhan keperawatan dinyatakan baik jika nilai yang diperoleh > 60 % dari total nilai, dan dinyatakan kurang baik jika nilai yang diperoleh < 60 % dari total nilai. Berbagai factor penyebab rendahnya capaian kinerja proses pendokumentasian asuhan keperawatan ini, yaitu SDM penyelenggaraan dokumentasi keperawatan dimana perawat bekerja sesuai kebiasaan tetapi tidak sesuai kompetensi dasarnya ditambah dengan beban kerja yang tinggi sehingga mempengaruhi motivasi kerja, kebijakan dan SOP (Standar Operasional Prosedur) dokumentasi keperawatan, Pengembangan staf perawa.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Dewi Rosmalia, dkk (2015) pada poliklinik gigi rumah sakit di Bukittinggi diperoleh hasil bahwa persoalan tidak dilaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan adalah pada SDM penyelenggaraan dokumentasi keperawatan pada poliklinik gigi rumah sakit tidak memiliki uraian tugas, tidak memiliki diagram jabatan dan SDM yang ada bekerja tidak sesuai kompetensi. Penyebab lainnya adalah kebijakan dan SOP dokumentasi keperawatan SOP yang ada hanyalah SOP pelayanan pasien tetapi tidak ada SOP dokumentasi keperawatan.

Selain itu persoalan Pengembangan staf perawat pelaksana tidak pernah mendapat pelatihan pelayanan dan administrasi. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Noorkasiani, dkk di RS X, Jakarta (2015) didapatkan hasil bahwa perawat yang pernah mengikuti pelatihan akan

melengkapi dokumentasi keperawatannya sebesar 59,3% dibandingkan dengan perawat yang tidak pernah mengikuti pelatihan asuhan keperawatan.

Terkait dengan SDM penyelenggara dokumentasi asuhan keperawatan, didukung dengan hasil penelitian Erna Dwi Wahyuni, dkk di Instalasi Rawat Inap Medik RSUD Dr. Soetomo Surabaya didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan yang sangat signifikan antara beban kerja terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan. Beban kerja mempengaruhi mutu perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan. Hal ini dikaitkan dengan motivasi kerja, bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara motivasi responden terhadap pendokumentasian asuhan keperawatan

Tim peneliti berpendapat bahwa terkait dengan SDM penyelenggaraan dokumentasi keperawatan pada poli rawat jalan Puskesmas Rukunlima, para perawat bekerja harus sesuai kompetensi, tersedianya uraian tugas tertulis dan Penanggung jawab kegiatan. Sedangkan Kebijakan dan SOP dokumentasi keperawatan, diharapkan pihak manajemen Puskesmas membuat SOP dokumentasi keperawatan untuk pedoman kerja dan diharapkan mengontrol dan evaluasi berkelanjutan dari SOP yang ada. Terkait dengan Pengembangan staf perawat, tim peneliti berpendapat pihak manajemen Puskesmas agar emberikan pelatihan untuk pelayanan dan administrasi pendokumentasian.

Selain itu, tim peneliti juga berpendapat bahwa perlu pengembangan model pendokumentasian elektronik merupakan sistem pencatatan berbasis yang merekam aktifitas yang dilakukan oleh perawat dalam aktivitas keperawatan, yaitu pendokumentasian asuhan keperawatan. Catatan yang ditulis

menginformasikan semua kunjungan perawat dalam bentuk catatan ringkasan singkat dari kebutuhan perawatan pasien dan intervensi yang telah diterapkan.

Hal ini sejalan dengan penelitian oleh Sulastri dan Niken Yuniar Sari (2018) menyimpulkan bahwa dokumentasi keperawatan yang berbasis teknologi IT sangat diperlukan di era modern saat ini disamping dapat memberikan keakuratan data kepada klien serta perencanaan untuk megahasilkan kualitas dan kinerja perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang baik.

Penelitian yang dilakukan oleh Intan Diah Pramithasari di ruang rawat inap RSUD Banyumas (2016) disimpulkan bahwa berdasarkan standar minimal pelayanan yang dikembangkan oleh Depkes, maka dapat dinyatakan bahwa kinerja perawat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan berbasis komputer di RSUD Banyumas dalam kategori baik.

CONCLUSION

Dengan demikian dapat disimpulkan bahwa Penerapan format baru untuk pendokumentasian asuhan keperawatan di poli rawat jalan Puskesmas Rukunlima dikategorikan kurang baik karena tidak lengkap. Pengisian format baru asuhan keperawatan rata-rata hanya mencapai 13% dari target minimal 60%.. Pada tahap pengkajian keperawatan hanya mencapai 5%, diagnose keperawatan hanya mencapai 21%, perencanaan keperawatan hanya mencapai 12%, tindakan keperawatan hanya mencapai 26% Sedangkan evaluasi keperawatan tidak dilakukan karena status pasien adalah rawat jalan

REFERENCES

- Arikunto, 2002, Metodologi Penelitian Suatu Hutahaeen, 2010, Serri. *Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: Trans Info Media
- Dewi Rosmalia, dkk., 2015, Analisis Sistem Manajemen Dokumentasi Keperawatan pada Poliklinik Gigi Rumah Sakit di Bukittinggi, Artikel penelitian, Jurnal Kesehatan Andalas.
- Dinarti et al 2009, Dokumentasi Keperawatan. Jakarta: Trans Info Media.
- Erna Dwi Wahyuni, dkk, 2019, Faktor yang Berhubungan dengan Mutu Pendokumentasian Asuhan Keperawatan, *Fundamental and Management Nursing Journal*, Vol. 2, No. 1, April 2019
- Hutahaeen, 2010. Konsep dan dokumentasi proses keperawatan. Jakarta: Trans Info Media
- Intan Diah Pramithasari, 2016, Gambaran Kinerja Perawat Dalam Mendokumentasikan Asuhan Keperawatan Berbasis Komputer Di RSUD Banyumas, *Jurnal Keperawatan Muhammadiyah*
- Niken, P.S 2017, Standar Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di BLUD RSUD Kota Baubau, Skripsi, Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar
- Noorkasiani, dkk, 2015, Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Volume 18 No.1, Maret 2015
- Nursalam, 2011. *Proses dan dokumentasi keperawatan, konsep dan praktek*. Jakarta : Salemba Medika
- Olfah, Y. dan Ghofur, A., 2016, Dokumentasi Keperawatan, Pusat Pendidikan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan-Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan, Kemeknes RI, Jakarta
- Retyaningsih IY & Bambang EW, 2013, *Hubungan Karakteristik Perawat, Motivasi, Dan Supervisi Dengan Kualitas Dokumentasi Proses Asuhan Keperawatan*, *Jurnal Manajemen Keperawatan* . Volume 1, No. 2, November 2013, Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro Semarang
- Siswanto, L., dkk, 2013. Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan, *Jurnal Keperawatan Indonesia*, Vol. 16, No. 2, Juli 2013, UI Jakarta
- Sulastri dan Niken Yuniar Sari (2018), Metode Pendokumentasian Elektronik dalam Meningkatkan Kualitas Pelayanan Keperawatan, *Jurnal Kesehatan* Volume 9, Nomor 3, November 2018