

KUALITAS PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT : LITERATURE REVIEW
(*QUALITY OF NURSING CARE DOCUMENTATION IN HOSPITAL : A LITERATURE REVIEW*)

Dan Tandil^{*}, Syahrul Syahrul^{}, Kadek Ayu Erika^{**}**

^{*}Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makassar

^{*}RSUD dr. M. Haulussy Ambon

^{**}Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin

Jln. Perintis Kemerdekaan KM. 10 Tamalanrea Makassar Sulawesi Selatan

Email : syahrulsaid@unhas.ac.id

ABSTRAK

Pendahuluan : Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bukti tertulis asuhan yang diberikan oleh perawat kepada pasien. Dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas sebagai cerminan dari mutu asuhan keperawatan. **Tujuan** : Untuk mengetahui kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan tentang bagaimana pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dan bagaimana kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit. **Metode** : Pencarian literatur dilakukan dengan 4 database yaitu *PubMed*, *ProQuest*, *Wiley Online Library* dan *Google Scholar* dengan kata kunci “*nursing documentation*”, “*quality*”, “*completeness of documentation*” dan “*nursing care*”. Artikel yang memenuhi kriteria inklusi yaitu artikel dipublikasikan antara tahun 2009 sampai 2019, *full text*, berbahasa Inggris, kuantitatif. **Hasil** : 6 artikel dengan klasifikasi pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. **Simpulan** : Kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit masih rendah. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan, maka perlu dilakukan pelatihan, pengembangan kesadaran, pengarahan dan pengendalian, kontrol berkelanjutan, meningkatkan budaya organisasi, perubahan dokumentasi asuhan keperawatan dari berbasis kertas menuju elektronik, mengurangi beban kerja perawat dengan menambahkan tenaga keperawatan serta kebijakan insentif dari manajemen rumah sakit.

Kata Kunci : kualitas, dokumentasi, asuhan keperawatan

ABSTRACT

Introduction: Documentation of nursing care is written evidence of care provided by nurses to patients. Quality nursing care documentation as a reflection of the quality of nursing care. **Objective**: To find out the quality of documentation of nursing care about how to carry out documentation of nursing care and how to complete documentation of nursing care in hospitals. **Method**: Literature search was carried out with 4 databases namely *PubMed*, *ProQuest*, *Wiley Online Library* and *Google Scholar* with the keywords “*nursing documentation*”, “*quality*”, “*completeness of documentation*” and “*nursing care*”. Articles that met the inclusion criteria are articles published between 2009 and 2019, *full text*, in English, quantitative. **Results**: 6 articles with the classification of the implementation of documentation of nursing care and completeness of documentation of nursing care. **Conclusion**: The quality of documentation of nursing care in hospitals is still low. Therefore, to improve the quality of documentation of nursing care, it is necessary to conduct training, develop awareness, direction, and control, ongoing control, improve organizational culture, change nursing documentation from paper-based to electronic, reduce the workload of nurses by adding nursing staff and policies incentives from hospital management.

Keywords: quality, documentation, nursing care

PENDAHULUAN

keperawatan yang dilakukan oleh rumah sakit (Lees Liz, 2010). Dokumentasi asuhan keperawatan yang berkualitas dapat memberikan transparansi dan pendekatan yang konsisten dalam pelayanan keperawatan (Nakate, Dahi, Petrucka, Drake, & Dunlap, 2015). Dokumentasi keperawatan dapat memberikan informasi yang digunakan untuk menggambarkan perawatan dan respon pasien terhadap hasil perawatan (Alkouri, Just, & Kawafhah, 2016). Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan sering dianggap sebagai cerminan dari kualitas asuhan keperawatan dan merupakan bukti pertanggungjawaban setiap tim keperawatan. Oleh karena itu, jika kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan baik, akurat, obyektif, dan lengkap serta sesuai dengan standar asuhan keperawatan, maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Kim, Dykes, Thomas, Winfield, & Rocha, 2011).

Evaluasi kualitas dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan di Uganda diperoleh skor 42,2% (Okaisu, Kalikwani, Wanyana, & Coetzee, 2014). Kualitas dokumentasi keperawatan yang rendah juga ditemukan di rumah sakit jiwa di Norwegia yang mana dokumentasi diagnosa keperawatan 19%, dokumentasi intervensi keperawatan 5%, hasil perawatan 14% (Instefjord, Aasekjær, Espehaug, & Graverholt, 2014). Studi lain tentang kualitas dokumentasi keperawatan yang rendah di tiga rumah sakit di Jamaica ditemukan pada bagian A, yang didokumentasikan adalah 11,0% riwayat kesehatan keluarga, 9,8% riwayat psikologis dan kurang dari sepertiga bukti dokumentasi tentang jumlah anak, status pernikahan, pekerjaan, pendidikan, agama serta alamat tempat tinggal. Bagian B, yang didokumentasikan adalah pernyataan subjek dan objek 10%, diagnosa keperawatan 29%, tujuan, intervensi dan evaluasi 4,5%. Bagian C, sepertiga dokumentasi tidak dituliskan nama perawat. Bagian D, bukti dokumentasi pembelajaran pasien dalam 24 jam pertama 1,7%, bukti perencanaan pulang dalam 72

jam pertama < 15% (Muller, Ian, Mathias, Ann, & Achterberg, 2017). Evaluasi untuk menilai kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Indonesia di salah satu rumah sakit di Bekasi dan hasilnya masih rendah (47,5%) (Mustikasari, Gayatri, & Miladiyah, 2015). Penelitian lain yang dilakukan di beberapa rumah sakit lain mencapai persentase dari 50% sampai 60%, dan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan ini belum memenuhi standar Depkes yaitu 85% sehingga mencerminkan mutu pelayanan keperawatan yang masih rendah (Olfah Yustina & Ghofur Abdul, 2016). Untuk meningkatkan kualitas dokumentasi asuhan keperawatan, maka dapat dilakukan berbagai upaya seperti kepatuhan perawat terhadap standar dokumentasi, pelatihan staf, pendidikan staf (Dehghan, Dehghan, Sheikhrabori, Sadeghi, & Jalalian, 2013).

Beberapa penelitian menjelaskan bahwa kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit masih rendah, akan tetapi ada upaya-upaya yang dilakukan oleh manajemen rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan. Oleh karena itu peneliti ingin melakukan studi literatur tentang kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit yang bertujuan untuk mengetahui bagaimana pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan dan bagaimana kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit.

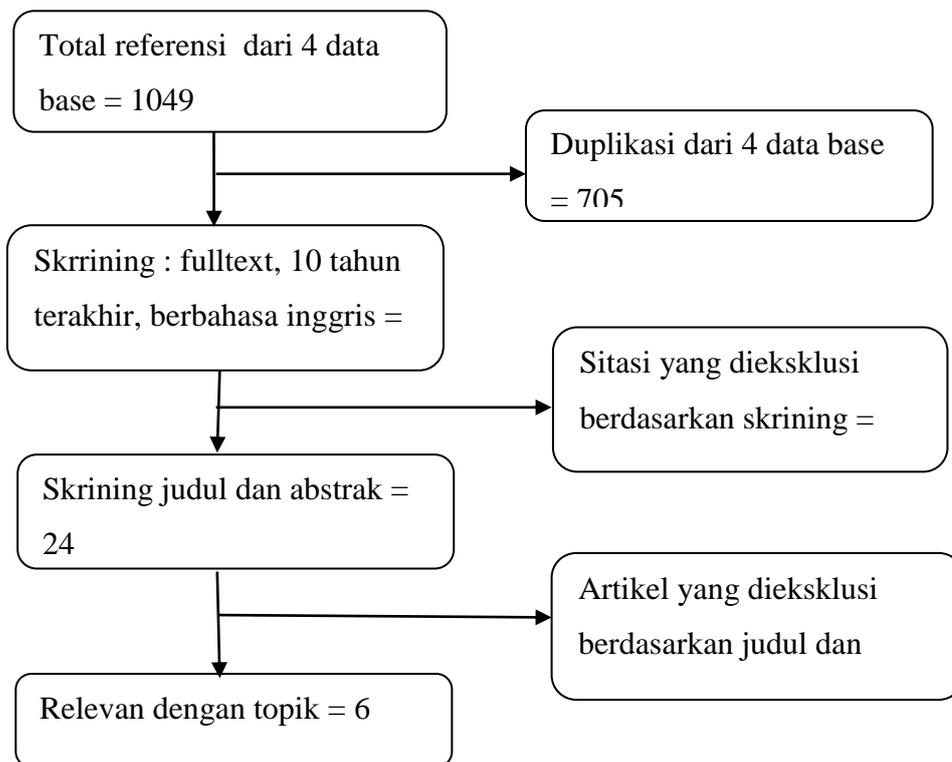
BAHAN DAN METODE

Untuk memudahkan pencarian literatur, penulis memakai PICO (Population, Intervention, Comparisson, Outcome). Pencarian literatur dilakukan dalam beberapa data base yaitu *PubMed*, *ProQuest*, *Wiley Online Library* dan *Google Scholar*. Keyword yang digunakan dalam pencarian literatur ini adalah “*nursing documentation*”, “*quality*”, “*completeness*” dan “*nursing care*”. Artikel yang memenuhi kriteria inklusi yaitu artikel dipublikasikan antara tahun 2009 sampai 2019, *full text*, berbahasa Inggris, kuantitatif. Kriteria eksklusi dalam pencarian literatur ini adalah penelitian kualitatif, mixed methode.

Berdasarkan artikel terpilih dapat dijelaskan pada tabel berikut ini :

Data Base	Jumlah Artikel	Artikel yang memenuhi kriteria inklusi
Pubmed	134	2
Wiley	101	1
Google Scholar	723	2
ProQuest	91	1
Total	1049	6

Adapun PRISMA Flow Diagram untuk penentuan literatur sebagai berikut :



HASIL

Analisis terhadap artikel hasil penelitian yang menjadi literature review ini dipaparkan dalam tabel di bawah ini:

Penulis dan Tahun	Judul	Tujuan penelitian	Desain penelitian	Jumlah Responden	Hasil Penelitian	Kesimpulan
Vafaei, Manzari, Heydari, Froutan, & Farahani, (2018)	Improving Nursing Care Documentation in Emergency Departemen : A Participatory Action Research Syudy in Iran	Untuk meningkatkan dokumentasi asuhan keperawatan di departemen gawat darurat rumah sakit di Iran	Participatif action research	22 perawat yang diwawancarai serta 200 catatan asuhan keperawatan sebagai responden	Peningkatan 32% kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit	Pelatihan yang diberikan kepada perawat melatih kembali perawat yang terlibat dalam proses dokumentasi asuhan keperawatan, lokakarya untuk meningkatkan keterampilan dokumentasi asuhan keperawatan, kebijakan untuk menetapkan pemantauan dokumentasi berkelanjutan bagi perawat jaga shift pagi, sore dan malam
Lindo et al., (2016)	An Audit of Nursing Documentation at Three Public in Jamaica	untuk menilai kualitas dokumentasi asuhan keperawatan di bangsal medikal di tiga rumah sakit di Jamaica	Metode yang digunakan adalah cross-sectional study	245 dokumentasi asuhan keperawatan dari tiga rumah sakit (RS 1, n=119, RS 2, n=56, RS 3, n=70)	Yang terdokumentasi keluhan utama (81,6%), riwayat penyakit saat ini (78,8%). Kesehatan masa lalu (79,2%) dan kesehatan keluarga (11,0%). Namun kurang dari sepertiga yang mencatat tentang pekerjaan dan tempat tinggal pasien. 90% catatan memiliki bukti pemeriksaan fisik yang diselesaikan dalam 24 jam pertama pasien masuk rumah sakit serta jam masuk dan tanggal serta tanda tangan perawat. Kurang dari 5% dokumen yang memiliki bukti pembelajaran pasien, dan 13,5% telah mendokumentasikan bukti perencanaan pemulangan yang dilakukan dalam 72 jam sejak pasien masuk rumah sakit	Terdapat perbedaan yang signifikan secara statistik dalam elemen yang spesifik tentang dokumentasi asuhan keperawatan, karena elemen yang diaudit pada rumah sakit yang satu berbeda dengan yang diaudit pada rumah sakit yang lain. Oleh karena itu, untuk menilai kualitas, maka elemen yang diaudit harus sama pada setiap rumah sakit agar didapatkan gambaran kualitas pada rumah sakit tersebut
Asmirajanti, Hamid, Tutik,	Nursing care activities based	Untuk mengidentifikasi	Quantitative design with	240 catatan asuhan	Kegiatan pendokumentasian dalam pemberian asuhan keperawatan	Kinerja perawat pada beberapa kegiatan keperawatan di bawah

& Hariyati (2019)	on documentation	kegiatan keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan berdasarkan dokumentasi yang lengkap	a retrospective approach	keperawatan rekam medik yang dipilih secara acak berdasarkan 10 penyakit medikal dan bedah yang paling umum dan rawat inap lebih dari 3 hari	tidak lengkap. Kegiatan-kegiatan ini, sesuai standar kegiatan keperawatan, termasuk penilaian status fungsional risiko dekubitus (20,8%), status biologis (0,4%), perumusan diagnosis keperawatan (20,8%), identifikasi kebutuhan pasien di rumah (41,3%), kualitas hidup (66,3%), intervensi kolaborasi dalam pemberian obat (60,8%), pemantauan tanda-tanda vital (23,3%), pemantauan aktivitas hidup sehari-hari (37,5%), mobilisasi / rehabilitasi (37,5%), hasil (46,7%), dan menganggap aktivitas keperawatan (0,8%)	standar (80%), kegiatan dokumentasi asuhan keperawatan tidak dilaksanakan sesuai dengan proses keperawatan misalnya, beberapa perawat belum melakukan pengkajian biologis dengan baik sebelum melanjutkan untuk merumuskan diagnosis keperawatan dan melakukan intervensi. Meskipun intervensi dilaksanakan dengan benar, namun kegiatan mobilisasi dan pemantauan tetap ditingkatkan. Perawat tidak secara tepat mengidentifikasi kebutuhan pasien di rumah dalam perencanaan pemulangan
Asamani, Amenorpe, Babanawo, Maria, & Ofei (2015)	Nursing documentation of inpatient care in eastern Ghana	Untuk menilai pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan di Ghana	Retrospektif study	100 catatan keperawatan pasien	46% tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien tidak dicatat dalam catatan asuhan keperawatan, 63% catatan perkembangan pasien tidak ditulis setelah hari pertama pasien masuk, dan 57% dari dokumentasi tidak ditandatangani oleh perawat.	Perawat tidak mengetahui apa yang harus didokumentasikan, kurangnya pengetahuan perawat, beban kerja perawat yang tinggi dan kurangnya pedoman nasional tentang dokumentasi asuhan keperawatan
Noorkasiani, Gustina, & Maryam (2015)	Factors Related to Nursing Documentation Completeness	Untuk mengetahui faktor yang dapat meningkatkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruangan yang memiliki cara pendokumentasian yang sama	Cross sectional	173 perawat dan 80 catatan asuhan keperawatan sebagai responden	Proporsi perawat dengan dokumentasi asuhan keperawatannya lengkap lebih banyak (57,2%) dibandingkan proporsi perawat dengan dokumentasi asuhan keperawatannya kurang lengkap. Usia perawat ≥ 28 tahun sebanyak 61,3% melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap. Perawat usia < 28 tahun sebanyak 52,5% melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap. Perawat dengan pendidikan SPK sebanyak 36,4%	Belum adanya kebijakan terkait pelayanan keperawatan yang bermutu dengan meningkatkan kelengkapan dokumentasi dengan melengkapi format dan aturan yang sama untuk setiap ruangan

melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap, 58,6% berpendidikan D3 keperawatan melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap. Perawat yang melakukan dokumentasi asuhan keperawatan lengkap ditinjau dari masa kerja perawat adalah 58,4% masa kerja < 5 tahun, 45,5% masa kerja 5-10 tahun dan 60,0% masa kerja > 10 tahun. 56,1% perawat yang tidak mengikuti pelatihan asuhan keperawatan melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap, 59,3% perawat yang pernah mengikuti pelatihan melakukan dokumentasi asuhan keperawatan dengan lengkap. 58,3% perawat dengan pengetahuan rendah terkait dokumentasi keperawatan melakukan dokumentasi keperawatan lengkap, perawat dengan pengetahuan tinggi 56,2% melakukan dokumentasi keperawatan lengkap

Siswanto, Hariyati, & Sukihananto (2013)	Factors relating to the completeness of nursing care documentation	Untuk mengidentifikasi hubungan antara karakteristik, beban kerja perawat dan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di Ruang Umum Instalasi Rawat Inap RS	Analitik observasiona l dengan pendekatan retrospektif	95 dokumen dan 46 perawat sebagai responden	Sebagian besar 52,2% perawat mempunyai beban kerja tinggi. Rata-rata waktu berlebih pada shift malam 76,8 menit, shift sore 62,1 menit dan shift pagi 33,5 menit. Kelengkapan pendokumentasian yang dilakukan perawat sebagian besar kurang dari 85%. Yang belum lengkap 71,6% dan yang sudah lengkap hanya 28,4%. Rerata pendokumentasian yang dilakukan perawat sebesar 77%	beban kerja perawat yang tinggi mempengaruhi produktivitas kerja perawat termasuk kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan. Selain itu pelatihan yang kurang juga menyebabkan ketidaklengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan
--	--	---	--	---	---	--

PEMBAHASAN

Oleh karena tujuan penelitian literatur review ini adalah untuk mengetahui kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit yang terdiri dari pelaksanaan pendokumentasian dan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan, maka sesuai hasil yang diperoleh kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit masih rendah. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan komunikasi mengenai perawatan klien atau pasien yang dapat ditulis tangan atau dicetak atau disimpan dalam sistem audiovisual.

Rendahnya kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit disebabkan oleh berbagai faktor. Okaisu et al (2014) mengemukakan bahwa salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit adalah budaya. Budaya dalam kaitannya dengan pendokumentasian asuhan keperawatan terdiri dari nilai-nilai, sikap, kompetensi dan pola perilaku perawat dalam menuliskan atau mendokumentasikan kegiatan yang diberikan kepada pasien. Disampaikannya pula bahwa selain karena faktor budaya, modifikasi sistem, pelatihan berkelanjutan, bimbingan dan kepemimpinan dalam keperawatan juga perlu ditingkatkan dalam rangka meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan.

Hal lain yang dapat menyebabkan rendahnya kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan adalah penggunaan dokumentasi berbasis kertas di mana mengakibatkan terminologi yang tidak konsisten antara perawat yang satu dengan perawat lainnya, tulisan tidak jelas serta menggunakan istilah dan singkatan yang tidak sesuai dengan standar (Akhu-Zaheya, Al-Maaitah, & Bany Hani, 2018)

Di Indonesia, kebanyakan rumah sakit masih menerapkan pendokumentasian asuhan keperawatan secara manual. Dalam pelaksanaan dokumentasi ini, perawat berkewajiban untuk merekam semua intervensi pasien dengan menulis sejumlah besar dokumen. Namun, desain pendokumentasian ini belum terstandar secara nasional sehingga rumah sakit yang

berbeda dan memberlakukan pendokumentasian asuhan keperawatan berbasis kertas yang berbeda yang mengarah ke berbagai penafsiran tentang pentingnya catatan keperawatan. Hal ini juga dapat menyebabkan rendahnya kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan (Rachmawaty, 2015).

Setiap aktivitas keperawatan harus menghasilkan dokumentasi dengan pemikiran kritis. Jika dokumen keperawatan tidak jelas dan akurat, komunikasi antar profesional dan evaluasi asuhan keperawatan tidak dapat optimal. Kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan harus terus diarahkan, dikendalikan, dan dievaluasi oleh manajer perawat. Kualitas kegiatan pendokumentasian asuhan keperawatan harus selalu baik untuk meningkatkan kepuasan pasien, keselamatan pasien, dan efektivitas biaya. Untuk melaksanakan pendokumentasian asuhan keperawatan yang baik, perlu menggunakan pendekatan multidisiplin untuk mengembangkan kebijakan atau pedoman dokumentasi keperawatan dan memberikan kesempatan pelatihan bagi perawat dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang baik.

Kualitas dokumentasi asuhan keperawatan erat kaitannya juga dengan beban kerja perawat. Beban kerja perawat yang tinggi memungkinkan untuk tidak melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan secara lengkap (Siswanto et al., 2013). Kegiatan keperawatan sangat penting di rumah sakit dan harus dapat menyelesaikan masalah yang dibutuhkan pasien. Setiap aktivitas keperawatan harus dibuktikan dengan dokumentasi asuhan keperawatan (Asmirajanti et al., 2019). Beban kerja yang tinggi disebabkan karena kurangnya tenaga perawat, terutama di negara berkembang, sehingga kesempatan untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan secara lengkap pun susah (Asamani et al., 2015).

SIMPULAN DAN SARAN

Berdasarkan artikel yang direview, kualitas pendokumentasian asuhan

keperawatan di rumah sakit masih rendah. Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan, maka perlu dilakukan pelatihan perawat tentang pendokumentasian asuhan keperawatan, pengembangan kesadaran, pengarahan dan pengendalian, kontrol berkelanjutan, adanya kebijakan dari manajer keperawatan tentang pemantauan, meningkatkan budaya organisasi, perubahan dokumentasi asuhan keperawatan dari berbasis kertas menuju elektronik, mengurangi beban kerja perawat dengan menambahkan tenaga keperawatan serta kebijakan insentif dari manajemen rumah sakit. Diharapkan Perlu penelitian lebih untuk menilai kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan dengan melakukan upaya-upaya untuk mengurangi beban kerja perawat dan upaya perbaikan yang lain dalam rangka meningkatkan kualitas pendokumentasian asuhan keperawatan di rumah sakit.

DAFTAR PUSTAKA

- Akhu-Zaheya, L., Al-Maaitah, R., & Banyani, S. (2018). Quality of Nursing Documentation: Paper-based health records versus electronic-based health records. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3-4), e578-e589. <https://doi.org/10.1111/jocn.14097>
- Alkouri, O. A., Just, T., & Kawafhah, M. (2016). Importance And Implementation Of Nursing Documentation: Review Study. *European Scientific Journal*, 12(3), 101-106. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n3p101>
- Asamani, J. A., Amenorpe, F. D., Babanawo, F., Maria, A., & Ofei, A. (2015). Nursing Documentation of Inpatient Care in Eastern Ghana. *British Journal of Nursing*, 23(1), 48-54. <https://doi.org/10.12968/bjon.2014.23.1.48>
- Asmirajanti, M., Hamid, A. Y. S., Tutik, R., & Hariyati, S. (2019). Nursing Care Activities Based on Documentation, 18(Suppl 1), 1-5.
- Dehghan, M., Dehghan, D., Sheikhrabari, A., Sadeghi, M., & Jalalian, M. (2013). Quality Improvement in Clinical Documentation: Does clinical governance work? *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 441-450. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S53252>
- Instefjord, M. H., Aasekjær, K., Espehaug, B., & Graverholt, B. (2014). Assessment of Quality in Psychiatric Nursing Documentation – a clinical audit, 1-7. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-32>
- Kim, H., Dykes, P. C., Thomas, D., Winfield, L. A., & Rocha, R. A. (2011). A Closer Look at Nursing Documentation on Paper Forms: Preparation for Computerizing a Nursing Documentation System. *Computers in Biology and Medicine*, 41(4), 182-189. <https://doi.org/10.1016/j.compbiomed.2010.08.006>
- Lees Liz. (2010). Improving the Quality of Nursing Documentation on an Acute Medicine Unit Documentation and Assessments are Crucial to Following Patients' Progress. One Action Research Project Radically Changes Processes to Improve Patient Care. *Public Health Database*, 106(37), 22-26.
- Lindo, J., Stennett, R., Stephenson-wilson, K., Barrett, K. A., Bunnaman, D., Anderson-johnson, P., Wint, Y. (2016). An Audit of Nursing Documentation at Three Public Hospitals in Jamaica, 508-516. <https://doi.org/10.1111/jnu.12234>
- Muller, S. M., Ian, N., Mathias, O., Ann, L. M., & Achterberg, T. Van. (2017). Improved Quality of Nursing Documentation: Results of a Nursing Diagnoses, Interventions, and Outcomes Implementation Study. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 18, No 1, 5-17.
- Mustikasari, Gayatri, D., & Miladiyah, R. N. (2015). Hubungan Motivasi dan

- Komitmen Organisasi Dengan Kinerja Perawat Dalam Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 9–16. Retrieved from pISSN 1410-4490, eISSN 2354-9203
- Nakate, G., Dahi, D., Petrucka, P., Drake, K., & Dunlap, R. (2015). The Nursing Documentation Dilemma in Uganda : Neglected but Necessary. A case Study at Mulago National Referral Hospital. *Open Journal of Nursing*, 5(12), 1063–1071. <https://doi.org/10.4236>
- Noorkasiani, Gustina, & Maryam, R. S. (2015). Factors Related to Nursing Documentation Completeness. *Indonesia Nursing Journal*, 18(1), 1–8.
- Okaisu, E. M., Kalikwani, F., Wanyana, G., & Coetzee, M. (2014). Improving the Quality of Nursing Documentation : An action research project. *OASIS OpenJournals*, 38(1), 1–11. <https://doi.org/10.4102/curationis.v37i1.1251>
- Olfah Yustina, & Ghofur Abdul. (2016). *Dokumentasi Keperawatan* (1st ed.). Jakarta Indonesia: KEMENTERIAN KESEHATAN RI PPSDMK BPPSDMK.
- Rachmawaty, R. (2015). The Development Of The Electronic Nursing Record System (ENRS) In The Hospital Setting: An Integrative Literature Review. *American Journal of Health Sciences (AJHS)*, 6(1), 1–6. <https://doi.org/10.19030/ajhs.v6i1.9263>
- Siswanto, L. M. H., Hariyati, R. T. S., & Sukihananto. (2013). Factors Relating to the Completeness of Nursing Care Documentation. *Indonesian Nursing Journal*, 16(2), 77–84.
- Vafaei, S. M., Manzari, Z. S., Heydari, A., Froutan, R., & Farahani, L. A. (2018). Improving Nursing Care Documentation in Emergency Department : A Participatory Action Research Study in Iran, 6(8), 1527–1532.