



PERSEPSI PERAWAT TENTANG PENERAPAN DOKUMENTASI KEPERAWATAN DI RUMAH SAKIT A

Heryyanoor¹, Melinda Restu Pertiwi², Diana Hardiyanti³

¹Program Studi Profesi Ners, Stikes Intan Martapura

²Program Studi Administrasi Rumah Sakit, Stikes Intan Martapura

³Program Studi Diploma Tiga Keperawatan, Stikes Intan Martapura

heryyanoor37@gmail.com, mrs.melinda9@gmail.com, dianahardiyanti52@gmail.com

Abstrak

Latar belakang: Penerapan dokumentasi keperawatan di rumah sakit masih belum optimal. Dokumentasi keperawatan dapat menjadi bukti perkembangan kesehatan pasien dan indikator mutu layanan kesehatan di rumah sakit. Perbedaan persepsi tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan menjadi hal yang perlu dikaji sebagai dasar meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan. Tujuan penelitian ini untuk menggali persepsi perawat tentang penerapan dokumentasi keperawatan di rumah sakit A. Metode: penelitian ini merupakan penelitian diskriptif kualitatif dengan studi kasus dengan sampel 14 partisipan yang di pilih menggunakan *purposive random sampling*, data dikumpulkan melalui wawancara mendalam dengan catatan dan bantuan perekam suara, kemudian dianalisis menggunakan metode Colaizzi. Hasil: terdapat sembilan tema tentang persepsi perawat tentang pelaksanaan dokumentasi keperawatan terkait pengertian, tujuan, dan manfaat dokumentasi keperawatan; pengkajian keperawatan; diagnosa keperawatan; perencanaan asuhan keperawatan; intervensi dan implementasi asuhan keperawatan; evaluasi dokumentasi keperawatan; waktu pedokumentasian asuhan keperawatan; sumber rujukan dokumentasi asuhan keperawatan; format asuhan keperawatan. Kesimpulan: persepsi perawat tentang penerapan dokumentasi keperawatan belum optimal dilaksanakan dengan baik karena manajemen waktu lebih fokus terhadap tindakan, motivasi dan perilaku, pemahaman dan pedapat yang berbeda-beda dalam melaksanakan pencatatan dokumentasi keperawatan.

Kata kunci: persepsi, perawat, dokumentasi keperawatan, rumah sakit

Abstract

Background: The application of nursing documentation in hospitals is still not optimal. Nursing documentation can be evidence of patient health developments and an indicator of the quality of health services in hospitals. Differences in perceptions about the implementation of nursing documentation need to be studied as a basis for improving the quality of nursing documentation. The purpose of this study was to explore nurses' perceptions of the application of nursing documentation at Hospital A. Method: This research is qualitative descriptive research with a case study with a sample of 14 participants who were selected using purposive random sampling. Data were collected through in-depth interviews with notes and the assistance of a voice recorder, then analyzed using the Colaizzi method. Results: There are nine themes regarding nurses' perceptions of the implementation of nursing documentation related to the meaning, purpose, and benefits of nursing documentation: nursing assessment; nursing diagnoses; nursing care planning; intervention and implementation of nursing care; evaluation of nursing documentation; nursing care documentation time; reference source of nursing care documentation; nursing care forms. Conclusion: Nurses' perceptions of the application of nursing documentation have not been optimally implemented properly because time management is more focused on action, motivation, and behavior, resulting in different understandings and opinions about carrying out nursing documentation recording.

Keywords: perception, nurse, nursing documentation, hospital

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2023

✉ Corresponding author : Heryyanoor

Address : Jl. Palapa 2 No.23 RT.002 RW.004 Mentaos Banjarbaru Utara Kalimantan Selatan

Email : heryyanoor37@gmail.com

Phone : +6285248198872

PENDAHULUAN

Dokumentasi keperawatan merupakan indikator pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit sebagai bukti laporan perawat atas perkembangan kesehatan pasien (Togubu, Korompis, & Kaunang, 2019). Pencatatan dan pelaporan dokumentasi keperawatan tidak hanya bermanfaat untuk kepentingan pasien melainkan untuk kepentingan perawat dan tim kesehatan lain. Dokumentasi keparawatan menjadi bukti administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian pendidikan, akreditasi, statistik, komunikasi (Hidayat, 2021) dan penjaminan mutu (Abd El Rahman, Ibrahim, & Diab, 2021), sehingga penting untuk disikapi dan dilaksanakan dengan baik oleh perawat.

Permasalahan terkait dokumentasi keparawatan yang belum optimal secara kualitas dilakukan perawat menjadi hal umum dan global di setiap rumah sakit (Abd El Rahman et al., 2021) termasuk di Indonesia (Togubu et al., 2019) (Kamil, Rachmah, & Wardani, 2018). Hasil penelitian Tasew et al., (2019) menunjukkan bahwa praktik dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan perawat masih kurang memadai dan lebih dari 50% perawat tidak mendokumentasikan asuhan keperawatan mereka dengan baik (Tasew et al., 2019). Penelitian Damanik et al., (2020) menggambarkan bahwa keakuratan dokumentasi keperawatan masih kurang. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan di Rumah Sakit A melalui observasi menunjukan bahwa pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dijalankan perawat belum optimal. Beberapa komponen tidak terdokumentasi secara langsung pada format dokumentasi asuhan keperawatan seperti tahap pengkajian, rumusan diagnosa, intervensi dan implementasi serta evaluasi. Sedangkan melalui wawancara disimpulkan bahwa perawat mengakui dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan terkadang tidak maksimal karena mengutamakan tindakan kepada pasien.

Faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan di rumah sakit seperti kurangnya pemahaman dan kompetensi perawat, sikap yang kurang percaya diri dalam melakukan dokumentasi, motivasi yang rendah, kurangnya pengawasan dari manajer (Kamil et al., 2018), kurangnya sumber daya manusia (SDM) sehingga beban kerja tinggi terutama saat meningkatnya jumlah pasien, waktu yang tidak sesuai dalam melengkapi catatan

dokumentasi (Mutshatshi, Mothiba, Mamogobo, & Mbombi, 2018). Survei menunjukkan bahwa perawat memperkirakan mereka menghabiskan waktu dua kali lebih banyak untuk dokumentasi dibandingkan praktik (De Groot, De Veer, Munster, Francke, & Paans, 2022) terutama dokumentasi yang dilakukan dengan pencatatan, namun demikian perawat tetap menganggap dokumentasi merupakan bagian penting dari suatu pekerjaan (Petkovšek-Gregorin & Skela-Savič, 2015). Faktor lain yang juga terkait penelitian ini yaitu perbedaan persepsi yang mempengaruhi perilaku perawat dalam upaya memenuhi standar dokumentasi asuhan keperawatan yang ditetapkan di rumah sakit sebagaimana penelitian Kamil et al., (2018). Berbagai faktor penyebab kurang optimalnya pelaksanaan dokumentasi keperawatan akan berdampak utama pada kualitas mutu layanan kesehatan dan pertanggung jawaban dalam aspek hukum bagi rumah sakit.

Perbedaan persepsi perawat tentang pelaksanaan dokumentasi asuhan keparawatan juga menjadi faktor penyebab ketidakseragaman pencatatan dokumentasi asuhan keperawatan di rumah sakit, sehingga perlu upaya yang dilakukan dalam meningkatkan dan menjaga kualitas dokumentasi keperawatan di rumah sakit yaitu memenuhi format asuhan keperawatan yang mudah dipahami dan dikerjakan oleh perawat, terus meningkatkan pemahaman dan kompetensi serta menyamakan persepsi perawat terkait dokumentasi keperawatan secara tertulis maupun dengan sistem terintegrasi. Penelitian sebelumnya yang dilakukan Putra et al., (2016) terkait adanya hubungan antara persepsi perawat terhadap karakteristik pekerjaan dengan kepatuhan dalam dokumentasi keperawatan, namun belum dikaji secara rinci tentang perbedaan persepsi perawat dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan pada aspek pemahaman melalui penelitian kualitatif dengan tujuan untuk mengetahui sejauhmana persepsi perawat tentang dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit A.

METODE

Desain penelitian diskriptif kualitatif dengan studi kasus yang dilakukan rentang bulan April–Juni 2023. Populasi dan sampel dalam penelitian ini yaitu melibatkan 14 partisipan perawat di ruang rawat inap Rumah Sakit A sebagai subyek penelitian yang diambil melalui *purposive random sampling*. Kriteria inklusi adalah perawat yang bekerja minimal 1 tahun di

ruang rawat inap. Partisipan diambil berdasarkan prinsip etika yang sebelumnya mendapatkan penjelasan tertulis tentang tujuan penelitian, prosedur, hak dan kewajiban, keuntungan dan kerugian selama penelitian. Hanya partisipan yang telah memberikan *informed consent* yang terlibat dalam penelitian ini. Pengumpulan data menggunakan lembar wawancara yang disusun dan di uji coba terhadap tiga partisipan untuk memvalidasi pertanyaan. Proses wawancara dilakukan secara mendalam terhadap partisipan satu persatu dengan catatan dan rekaman suara menggunakan pedoman wawancara semi terstruktur yang dilengkapi dengan catatan lapangan. Wawancara dilakukan selama 20-40 menit untuk setiap partisipan. Hasil wawancara berupa pendapat yang dianalisis kualitatif untuk kelengkapan data penelitian. Wawancara dilakukan dengan pertanyaan-pertanyaan berikut: “Menurut anda apa pengertian tujuan dan manfaat dokumentasi keperawatan? Dan seberapa penting dilakukan dengan baik?”, “Bagaimana kriteria dalam proses pengumpulan, pengelompokan data pada tahap pengkajian keperawatan?”, “Bagaimana kriteria dalam menentukan diagnosa keperawatan?”, “Apa saja komponen dalam perencanaan asuhan keperawatan?”, “Bagaimana menyusun intervensi dan melakukan implementasi keperawatan?”, “Apa saja prinsip, kriteria dan komponen dalam evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang dilaksanakan?”, “Kapan waktu yang tepat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan pada format yang disediakan rumah sakit?”, “Sumber rujukan apa saja yang digunakan dalam menunjang proses dokumentasi asuhan keperawatan?”, dan “Bagaimana kelebihan dan kekurangan format Asuhan keperawatan yang disediakan?”. Teknik analisa data meliputi transkrip hasil wawancara, reduksi data, analisis interpretasi data dan triangulasi dari hasil diskusi tim peneliti yang kemudian ditarik kesimpulan. Penelitian ini mendapatkan persetujuan etik dari Komite Etika Stikes Intan Martapura dengan nomor persetujuan 014/KE/YBIP-SI/V/2023.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik partisipan ditunjukkan pada Tabel 1. Penelitian ini melibatkan 14 partisipan perawat yang bertugas di ruang rawat inap. Mayoritas partisipan telah menikah (menikah 12 partisipan, belum menikah 2 partisipan) dengan tingkat pendidikan terakhir semua perguruan tinggi mulai diploma tiga keperawatan, sarjana

Karakteristik partisipan yaitu perawat meliputi jenis kelamin, usia, status pernikahan, pendidikan terakhir, status kepegawaian, dan lama kerja. Berikut frekuensi berdasarkan tabel 1

Tabel 1. Karakteristik partisipan penelitian persepsi perawat tentang dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit A (n=14)

No.	N	Jenis Kelamin	Usia (Tahun)	Status Pernikahan
1	P1	Perempuan	37	Menikah
2	P2	Perempuan	43	Menikah
3	P3	Perempuan	28	Menikah
4	P4	Perempuan	35	Menikah
5	P5	Perempuan	34	Belum Menikah
6	P6	Perempuan	43	Menikah
7	P7	Perempuan	35	Menikah
8	P8	Laki-laki	42	Menikah
9	P9	Perempuan	34	Menikah
10	P10	Perempuan	49	Menikah
11	P11	Laki-laki	46	Menikah
12	P12	Perempuan	41	Menikah
13	P13	Perempuan	33	Belum Menikah
14	P14	Perempuan	31	Menikah

No.	N	Pendidikan Terakhir	Status Kepegawaian	Lama Bekerja (Tahun)
1	P1	D3 Keperawatan	PNS	14
2	P2	Profesi Ners	PNS	17
3	P3	S1 Keperawatan	Kontrak	1
4	P4	D3 Keperawatan	PNS	13
5	P5	Profesi Ners	P3K	6
6	P6	D3 Keperawatan	PNS	22
7	P7	Profesi Ners	PNS	13
8	P8	Profesi Ners	PNS	11
9	P9	Profesi Ners	P3K	14
10	P10	D3 Keperawatan	PNS	23
11	P11	S1 Keperawatan	PNS	11
12	P12	D3 Keperawatan	PNS	23
13	P13	Profesi Ners	Kontrak	6
14	P14	Profesi Ners	Kontrak	8

rumah sakit A terdiri atas 12 perempuan dan 2 laki-laki, berusia di rentang 31-49 tahun dengan kategori terbanyak rentang 36-45 tahun. keperawatan sampai profesi ners, status kepegawaian PNS/P3K sebanyak 11 partisipan dan 3 partisipan sebagai tenaga kontrak rumah

sakit, masa kerja sebagai perawat ruangan mulai 1-23 tahun.

Berikut hasil analisis dari wawancara yang dilakukan terhadap 14 partisipan tentang persepsi

perawat tentang dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit A sebagaimana tabel 2 berikut:

Tabel 2. Hasil analisis wawancara terhadap partisipan penelitian persepsi perawat tentang dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit A (n=14)

Tema	Sub Tema	Pernyataan Responden
Pengertian, tujuan dan manfaat dokumentasi keperawatan	“Menurut anda, apa pengertian, tujuan dan manfaat dokumentasi keperawatan? Dan seberapa penting dilakukan dengan baik?”	“Merupakan catatan perkembangan keperawatan dari pengkajian sampai evaluasi” (P1,P12), “Segala sesuatu yang berhubungan dengan asuhan keperawatan” (P2), “sesuatu yang dikerjakan dan ditulis perawat saat shift” (P5,P6,P7), “segala tindakan yang dilakukan dicatat dipencanaan dan perkembangan” (P10). “Bertujuan untuk menilai riwayat perkembangan pasien” (P1), “memudahkan perawat dalam melakukan pengobatan” (P2, P3), “Sangat penting dan bermanfaat sebagai legal aspek perawatan” (P1,P2,P11), “menuliskan apa yang kita kerjakan” (P4,P6,P7), “pembuktian kesesuaian tindakan saat bekerja” (P5,P8,P9)
Pengkajian Keperawatan	“Bagaimana kriteria dalam proses pengumpulan, pengelompokan data pada tahap pengkajian keperawatan?”	“Kriteria dalam proses pengumpulan data dicatat sesuai dengan apa yang diterangkan pasien dan dari hasil pengkajian” (P1, P2), “ada format khusus/ <i>clinical phatway</i> dan alur” (P7) “Pengelompokan data hasil anamnesa, riwayat penyakit” (P1), “misalnya data tanda-tanda vital, data riwayat penyakit sekarang yang diisi sesuai format” (P2) “riwayat penyakit sebelumnya” (P8)
Diagnosa Keperawatan	“Bagaimana kriteria dalam menentukan diagnosa keperawatan?”	“Sesuai dengan buku 3S, diagnosa keperawatan disesuaikan hasil keluhan pasien” (P1, P2, P3,P7,P8), “sesuai keluhan dilanjutkan dengan intervensinya” (P5)
Perencanaan Keperawatan	Asuhan “Apa saja komponen dalam perencanaan asuhan keperawatan?”	“Merencanakan asuhan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan sesuai hasil pengkajian” (P1,P2,P5)
Intervensi dan Implementasi Keperawatan	Asuhan “Bagaimana menyusun intervensi dan melakukan implementasi keperawatan?”	“Intervensi dan implementasi disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan” (P1), “misalnya nyeri akut maka intervensinya sesuai dengan bagaimana langkah mengurangi nyeri tersebut” (P2), “sesuai standar yang ada” (P3)
Evaluasi Dokumentasi Keperawatan	“Apa saja prinsip, kriteria dan komponen dalam evaluasi terhadap asuhan keperawatan yang dilaksanakan?”	“Sesuai capaian yang direncanakan” (P1), “evaluasi yang ditulis biasanya SOAP” (P5, P6.P9) “di format evaluasi yang disediakan” (P2), “Pagi diisi katim, sore malam PP” (P3), “hasil yang sudah dilaksanakan perawat sebelumnya” (P8)
Waktu Pedokumentasian Asuhan Keperawatan	“Kapan waktu yang tepat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan pada format yang disediakan rumah sakit?”	“Dilakukan saat apusan karena sambil mengetahui tindakan apa yang kurang dan di kaji lagi” (P1,P2,P3), “Biasanya siang setelah layanan kepada pasien selesai sambil menunggu <i>visite</i> dokter, setiap kali pergantian dinas untuk bahan timbang terima” (P2,P5,P13,P14), “Menulis setelah selesai melakukan tindakan” (P4,P10),

Tema	Sub Tema	Pernyataan Responden
		“saat pasien datang kaji awal kemudian nanti dilengkapi katim” (P6), “bisa ditulis duluan dan sebelum aplusan ditambahkan” (P8), “setelah akhir atau mendekati waktu aplusan” (P9,P11,P12)
Sumber Dokumentasi Keperawatan	Rujukan Asuhan	“Sumber rujukan apa saja yang digunakan dalam menunjang proses dokumentasi asuhan keperawatan?” SDKI, SIKI dan SLKI tidak ada yang lain sekarang, dulu Nanda NIC-NOC” (P1,P2), “Nanda NIC-NOC” (P4), “Buku 3S” (P5,P9,P11,P12,P13,P14) “baru sekitar tiga tahunan” (P5)
Format Keperawatan	Asuhan	“Bagaimana kelebihan dan kekurangan format Asuhan keperawatan yang disediakan?” “Sangat mudah, karena tidak menulis satu-satu sejak 2016 dan wacana mau komputerisasi. jadi nanti dua, tetap ditulis sebagian dan diinput dikomputer” (P1), “dibandingkan dulu lebih mudah, sekarang tinggal <i>checklist</i> , namun tergantung individu dalam mengerjakannya juga sih” (P2), “sangat mudah dan lebih enak format yang ada dengan <i>checklist</i> ” (P3,P4,P6,P7,P10,P12), “kendalanya ketinggalan menulis, namun dilengkapi setelahnya” (P5), “awalnya bingung, semakin kesini lebih mudah tinggal centang” (P13,P14)

Berdasarkan tabel 2 dapat diartikan bahwa beragam persepsi tentang dokumentasi keperawatan dari oleh partisipan sudah sangat baik tentang pemahaman umum dan manfaat pelaksanaan dokumentasi keperawatan, namun masih belum sepenuhnya lengkap sesuai dengan konsep teori tentang dokumentasi keperawatan. Hasil analisa secara khusus berdasarkan tema sebagai berikut:

1. Pengertian, tujuan, dan manfaat dokumentasi keperawatan

Dokumentasi keperawatan perlu dipahami dan disikapi dengan baik oleh perawat, namun untuk memahami dan menerapkannya perlu adanya persepsi yang sama dari perawat dimana pengertian, tujuan dan manfaat dokumentasi keperawatan. Adapun pengertian, tujuan dan manfaat dokumentasi keperawatan dari hasil wawancara yang dilakukan yaitu :

“Segala sesuatu yang menjadi bukti pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi yang ditulis perawat saat shift dinas (P1,P2,P5,P6,P10,P12)”. Tujuan dokumentasi keperawatan untuk menilai riwayat perkembangan pasien dan memudahkan perawat dalam menjalankan asuhan keperawatan” (P1,P2,P3), “sangat bermanfaat sebagai aspek legal menjalankan asuhan keperawatan sebagai

bukti tindakan bekerja” (P1,P2,P5,P8,P9,P11).

2. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian merupakan tahapan awal dalam proses asuhan keperawatan untuk mengumpulkan data terkait kondisi dan keluhan pasien. Dalam pengkajian data terdapat kriteria dan pengelompokan data. Persepsi perawat dalam hal ini yaitu:

“Kriteria dalam proses pengumpulan data dicatat sesuai dengan apa yang diterangkan pasien dan dari hasil pengkajian dan anamnesa misalnya TTV, riwayat penyakit sekarang dan sebelumnya” (P1, P2).

3. Diagnosa Keperawatan

Tahapan lanjutan setelah data hasil pengkajian dikelompokkan yaitu menentukan diagnosa keperawatan yang dirumuskan berdasarkan keluhan atau kondisi pasien. Kriteria dalam menentukan diagnosa keperawatan berdasarkan persepsi perawat yaitu :

“Diagnosa keperawatan disesuaikan hasil keluhan pasien” (P1, P2, P3,P7,P8).

4. Perencanaan Asuhan Keperawatan

Perencanaan asuhan keperawatan merupakan tahapan dimana perawat menentukan rencana tindakan yang akan disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan

yang diangkat. Persepsi perawat dalam hal ini yaitu:

“Merencanakan asuhan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan sesuai hasil pengkajian” (P1,P2,P5).

5. Intervensi dan Implementasi Asuhan Keperawatan

Intervensi merupakan rencana-rencana tindakan yang akan dilakukan sedangkan implementasi merupakan proses penerapan atau pelaksanaan dari rencana yang sudah dibuat. Persepsi perawat dalam hal ini yaitu:

“Intervensi dan implementasi disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan sesuai standar yang ada” (P1,P3).

6. Evaluasi Dokumentasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan untuk menilai tingkat keberhasilan dari suatu tindakan yang dilaksanakan berdasarkan tujuan dan waktu yang ditentukan. Persepsi perawat dalam hal ini yaitu:

“Sesuai capaian yang direncanakan, evaluasi yang ditulis biasanya SOAP” (P1,P5, P6,P9).

7. Waktu Pedokumentasian Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan hendaknya dituliskan tepat waktu saat pasien datang dan setelah atau setiap melaksanakan tindakan. Persepsi perawat dalam hal ini yaitu:

“Dilakukan saat apusan terutama siang setelah menunggu visite dokter, setelah selesai melakukan tindakan namun sebagian bisa juga ditulis duluan kemudian dilengkapi sambil jalan” (P1,P2P4,P8,P9)

8. Sumber Rujukan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Sumber rujukan atau bahan referensi sangat penting diketahui dan menjadi pedoman perawat dalam memberikan dan melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. Pada rumah sakit A, sumber rujukan yang dipakai:

“SDKI, SIKI dan SLKI tidak ada yang lain sekarang sudah sekitar tiga tahunan, dulu Nanda NIC-NOC” (P1,P2,P4,P5).

9. Format Asuhan Keperawatan

Format asuhan keperawatan tentu berbeda disetiap rumah sakit. Rumah sakit A telah memakai format khusus dalam dokumentasi asuhan keperawatan mulai dari format pengkajian sampai lembar evaluasi atau catatan perkembangan pasien. Persepsi perawat terhadap format yang disediakan yaitu:

“Sangat mudah, karena tidak menulis satu-satu sejak 2016 dan wacana mau komputerisasi. jadi nanti dua, tetap ditulis sebagian dan diinput dikomputer (P1,P2,P3) kendalanya ketinggalan menulis namun dilengkapi setelahnya” (P5).

Persepsi perawat tentang dokumentasi keperawatan

Secara umum persepsi partisipan tentang dokumentasi keperawatan di rumah sakit A sudah cukup baik meski beragam pendapat yang pada dasarnya semua beranggapan dokumentasi keperawatan sangat penting dilaksanakan walaupun berbagai kendala dilapangan terkadang membuat pelaksanaannya berjalan tidak maksimal. Berikut secara khusus berdasarkan tema dalam penelitian ini:

1. Pengertian, tujuan, dan manfaat dokumentasi keperawatan

Persepsi responden tentang dokumentasi keperawatan yaitu segala sesuatu yang menjadi bukti pelaksanaan tindakan asuhan keperawatan mulai dari pengkajian sampai evaluasi yang ditulis perawat saat shift dinas. Secara umum persepsi responden sudah sesuai dengan pengertian dokumentasi keperawatan, namun tidak diungkapkan tentang kegiatan yang dilakukan dengan proses pencatatan secara manual maupun berbasis data komputer. Dokumentasi keperawatan merupakan catatan penting dalam menerapkan manajemen asuhan keperawatan bagi perawat profesional (Nursalam, 2018) yang bermanfaat untuk pasien, perawat dan tenaga kesehatan lain (Hidayat, 2021).

Dokumentasi keperawatan bertujuan untuk menerapkan sistem dokumentasi keperawatan dengan benar di rumah sakit mulai dari proses pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, pelaksanaan hingga tahap evaluasi. Tujuan lain yaitu untuk mendokumentasikan pengelolaan logistik dan obat, edukasi kesehatan, timbang terima, supervisi dan penyelesaian kasus (Nursalam, 2018). Sehingga dapat disimpulkan dokumentasi keperawatan sangat bermanfaat dilakukan oleh perawat di rumah sakit.

Berbagai manfaat dari dokumentasi keperawatan yaitu sebagai alat komunikasi antar perawat dan tenaga kesehatan lain, aspek legal secara hukum, meningkatkan mutu rumah sakit, sumber belajar dan penelitian (Nursalam,

2018). Sebagai alat komunikasi dimaksudkan pada saat perawat atau tenaga kesehatan lain ingin mengetahui data perkembangan kesehatan pasien maka catatan keperawatan dapat menjadi sumber informasi, sebagai aspek legal secara hukum dimaksudkan apabila terjadi proses hukum yang mengharuskan dokumentasi keperawatan dapat menjadi bukti hukum, misalnya rangkuman prosedur tindakan yang dilakukan terhadap pasien, data kronologis perkembangan pasien pasca kecelakaan dan lainnya. Dokumentasi keperawatan dapat meningkatkan mutu layanan kesehatan di rumah sakit melalui penilaian akreditasi, sedangkan hal lain untuk belajar dan melakukan penelitian untuk dijadikan sumber data sukender bagi peneliti.

2. Pengkajian Keperawatan

Pengkajian dalam proses dokumentasi keperawatan telah dipahami oleh partisipan penelitian yaitu proses pengumpulan data dari hasil anamnesa yang harus dicatat berdasarkan keterangan pasien. Hal ini mendekati dengan persepsi dari Allen et al., (2018) dimana pengkajian keperawatan merupakan proses awal dalam tahap asuhan keperawatan yang dilakukan dengan mengumpulkan data secara sistematis dan berkelanjutan, mengelompokkan data, menganalisis serta mendokumentasikannya. Pengkajian merupakan langkah pertama dari proses keperawatan (Allen et al., 2018) sehingga penting untuk dilakukan dengan baik.

Dalam pengkajian dilakukan proses pengumpulan data yang dilakukan melalui anamnesa dan pemeriksaan fisik secara menyeluruh dari ujung kaki hingga ujung rambut atau head to toe (Annisa et al, 2016). Kriteria dalam pengumpulan data harus legal benar adanya, lengkap, akurat, relevan dan baru. Setelah data dikumpulkan selanjutnya dilakukan pengelompokan data berdasarkan data biologis, data psikologis dan dimasukkan kedalam format pengkajian data awal sebagaimana standar yang ditetapkan di rumah sakit (Nursalam, 2018). Memasukkan data sebagai tahap dokumentasi keperawatan dapat dilakukan dengan dicatat maupun maupun diinput dengan sistim komputerisasi.

3. Diagnosa Keperawatan

Setelah data hasil pengkajian dikelompokkan langkah selanjutnya adalah menetapkan diagnosa keperawatan. Menurut Herdman et al., (2021) diagnosa keperawatan

merupakan penilaian klinis mengenai respons manusia terhadap kondisi kesehatan/proses kehidupan, atau kerentanan terhadap respons tersebut, oleh individu, keluarga, kelompok, atau komunitas. Diagnosa keperawatan merupakan suatu cara menilai respon klinis pasien terkait masalah kesehatan yang dialami baik secara aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017). Hasil penelitian menerangkan bahwa persepsi partisipan tentang kriteria dokumentasi keperawatan yaitu dirumuskan berdasarkan keluhan pasien, sehingga disimpulkan pemahaman masih belum optimal.

Kriteria dalam menentukan diagnosa keperawatan yaitu dengan membandingkan standar kesehatan dengan kesenjangan yang didapat dari hasil pengkajian, diagnosa keperawatan dihubungkan dengan penyebab atau permasalahan dan pemenuhan kebutuhan pasien, dibuat atas wewenang ners dengan komponen yang terdiri atas PES (*problem, etiology, the signs and symptoms*) (Nursalam, 2018). Sumber lain menerangkan komponen diagnosa keperawatan yaitu label diagnosis dan indikator diagnosis dengan penegakkan diagnosa berdasarkan komponen penyebab dan tanda gejala untuk diagnosa aktual dan faktor resiko untuk diagnosa resiko (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Masalah merupakan label diagnosa keperawatan yang menggambarkan fokus dari respon pasien atas kondisi kesehatan seperti adanya ketidakefektifan, gangguan, peneurunan, intoleransi dan defisit. Sedangkan indikator diagnostik terdiri dari penyebab, tanda gejala dan faktor resiko. Penyebab sendiri mencakup komponen fisiologis, biologis atau psikologis, efek dari tindakan, situasional karena lingkungan atau personal, serta maturasional. Tanda dilihat dari data objektif yang didapatkan dari hasil pengkajian fisik dan data penunjang lain seperti laboratorium dan prosedur diagnostik, sedangkan gejala merupakan data subjektif yang diperoleh dari hasil anamnesa. Tanda dan gejala dikelompokkan menjadi kriteria mayor apabila ditemukan lebih dari 80% yang mengarah ke permasalahan kesehatan, sedangkan tanda minor bersifat sebagai pendukung untuk menegakkan suatu diagnosa keperawatan. Adapun faktor resiko merupakan situasi yang belum terjadi namun situasi sudah mengarah

atau tampak menuju masalah kesehatan (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017)

4. Perencanaan Asuhan Keperawatan

Perencanaan merupakan proses selanjutnya setelah diagnosa keperawatan ditetapkan. Perencanaan disusun berdasarkan target capaian dengan rentang waktu untuk mengatasi permasalahan yang dialami pasien. Sifat dari perencanaan dibuat berdasarkan tindakan mandiri maupun kolaborasi agar tujuan dapat tercapai yang dibuat perawat dengan mengembangkan rencana individu, holistik berbasis bukti dan didokumentasikan dengan baik (American Nurses Association, 2021). Persepsi partisipan terkait komponen dalam perencanaan keperawatan sudah cukup baik yaitu merencanakan asuhan yang sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan dari hasil pengkajian. Namun belum mengarah pada komponen perencanaan keperawatan yang terdiri atas prioritas masalah dan tujuan asuhan keperawatan dengan syarat dan ketentuannya.

Prioritas masalah memiliki ciri yaitu berfokus kepada masalah yang mengancam kehidupan sebagai menjadi prioritas utama dibandingkan masalah yang mengancam kesehatan, dan masalah yang mempengaruhi perilaku. Sedangkan tujuan asuhan keperawatan hendaknya memenuhi syarat SMART (Specific Measurable Achievable Reasonable Time). Kriteria luaran yang menjadi tujuan yang ingin dicapai dituliskan berdasarkan tujuan secara singkat, disusun dan spesifik berdasarkan diagnosa keperawatan, dapat diukur dan dipertanggungjawabkan secara ilmiah serta mempunyai target waktu (Nursalam, 2018). Luaran keperawatan sendiri merupakan aspek-aspek yang dapat diobservasi dan dapat diukur seperti kondisi, perilaku atau persepsi pasien dan keluarga maupun komunitas sebagai respon intervensi keperawatan (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

5. Intervensi dan Implementasi Asuhan Keperawatan

Intervensi dan implementasi keperawatan merupakan pelaksanaan dari rencana keperawatan yang telah dibuat untuk memenuhi kebutuhan atau mengatasi permasalahan kesehatan pasien yang mencakup aspek peningkatan, pemeliharaan, dan pemulihan kesehatan dengan mengikutsertakan pasien dan keluarga (Nursalam, 2018). Intervensi keperawatan juga merupakan segala tindakan yang dikerjakan perawat berdasarkan

pemahaman dan penilaian klinis untuk mencapai luaran yang ditetapkan, sedangkan implementasi keperawatan merupakan perilaku atau aktivitas yang dikerjakan perawat dalam melaksanakan intervensi (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018). Persepsi partisipan terkait menyusun intervensi dan pelaksanaannya yaitu disusun sesuai dengan diagnosa keperawatan yang ditetapkan sesuai standar. Persepsi ini sudah baik namun masih banyak komponen dasar keperawatan yang belum termuat.

Komponen dasar keperawatan meliputi: dilaksanakan sesuai rencana keperawatan; berdasarkan aspek biologis, psikologis, sosial spritual pasien; menjelaskan setiap tindakan keperawatan kepada pasien/keluarga; sesuai waktu yang ditentukan; menggunakan sumber daya yang ada; bersikap sabar dan ramah kepada pasien dan keluarga; mencuci tangan sebelum dan sesudah tindakan keperawatan; menetapkan prinsip aseptik dan antiseptik; menerapkan etika keperawatan; menerapkan prinsip aman,nyaman, ekonomis, privacy, dan keselamatan pasien; melaksanakan perbaikan tindakan berdasarkan respon pasien; merujuk dengan segera akan masalah yang mengancam jiwa; mencatat semua tindakan yang dilakukan; merapikan pasien dan peralatan setelah melakukan tindakan; melaksanakan tindakan berdasarkan standar operasional prosedur yang telah ditetapkan (Nursalam, 2018) (Herdman et al., 2021).

6. Evaluasi Dokumentasi Keperawatan

Tahap akhir dari dokumentasi asuhan keperawatan yaitu mendokumentasikan catatan perkembangan atau evaluasi keperawatan. Hal ini bertujuan untuk menilai sejauhmana keberhasilan dari tindakan yang telah dilaksanakan berdasarkan tujuan dan waktu yang ditentukan. Persepsi partisipan tentang prinsip, kriteria dan komponen dalam evaluasi dalam asuhan keperawatan yaitu dituliskan dengan format SOAP (subjektif, objektif, analisis, perencanaan) mengacu pada capaian luaran yang direncanakan. Persepsi ini sudah cukup baik namun perlu ditingkatkan lagi.

Evaluasi dalam asuhan keperawatan dilakukan secara periodik, sistematis dan terencana untuk menilai perkembangan pasien setelah dilakukan intervensi keperawatan. Evaluasi sendiri mempunyai ciri yaitu harus dilakukan setelah melaksanakan tindakan, menggunakan indikator perubahan fisiologis dan tingkah laku pasien, hasil evaluasi harus

segera didokumentasikan untuk memutuskan tindakan lanjutan, melibatkan pasien dan tim kesehatan lain, evaluasi dilakukan berdasarkan standar yang ingin dicapai (Nursalam, 2018). Format penulisan evaluasi keperawatan selain menggunakan SOAP dapat juga menggunakan SOAPIER (Subjek, Objektif, Analisa, Perencanaan, Intervensi, Evaluasi dan Revisi) yang keduanya masuk dalam kategori model evaluasi POR (Problem Oriented Record) (Hidayat, 2021).

Komponen evaluasi mencakup kognitif, afektif, psikomotor, dan perubahan biologis yang dinyatakan dengan hasil masalah teratasi, masalah tidak teratasi sehingga harus dilaksanakan tinjauan atas perencanaan yang akan dilaksanakan, serta muncul masalah baru (Nursalam, 2018). Kategori lain dapat dinyatakan pada kondisi yang meningkat, menurun dan membaik. Meningkatkan dimaksudkan bertambah dalam ukuran, jumlah, derajat atau tingkatan, sedangkan menurun sebaliknya. Kategori membaik diartikan menimbulkan efek yang lebih baik dari sebelumnya (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

7. Waktu Pedokumentasian Asuhan Keperawatan

Pendokumentasian keperawatan dilakukan secara sistematis dan berkesinambungan saat pasien pertama masuk rumah sakit dan setiap selesai melaksanakan tindakan keperawatan. Persepsi partisipan tentang kapan waktu yang tepat dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan di rumah sakit sangat beragam, namun secara umum mayoritas menjawab dilakukan saat pergantian shift dinas sebagai bahan timbang terima dan setelah visite dokter. Hal ini belum cukup sesuai dengan seharusnya dimana pendokumentasian keperawatan hendaknya segera dilakukan saat ada pasien baru dan setiap setelah melaksanakan tindakan keperawatan untuk menghindari bias atas informasi dan hasil pengkajian yang ditemukan.

Banyak kendala yang ditemukan dilapangan terkait manajemen waktu dalam pelaksanaan dokumentasi keperawatan. Penerapan manajemen waktu yang baik akan menghasilkan pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang baik. Hal ini sesuai dengan hasil penelitian Yusuf, (2013) dan pendapat Pasaribu, (2020) yang menyatakan ada hubungan yang bermakna antara manajemen

waktu dengan pendokumentasian asuhan keperawatan. Kendala lain berdasarkan persepsi partisipan yaitu kurangnya tenaga perawat di rumah sakit yang tidak sebanding dengan banyaknya pasien serta adanya prinsip mengutamakan tindakan keperawatan yang harus dilakukan. Faktor lain lebih kepada persepsi pemahaman yang berbeda antar perawat terkait dokumentasi keperawatan serta motivasi yang sebenarnya sangat mempengaruhi dalam melaksanakan dokumentasi keperawatan dengan baik. Hal ini sesuai dengan penelitian Zahlimar, (2023) dimana motivasi mempengaruhi kinerja perawat melengkapi dokumentasi keperawatan.

Upaya yang dapat dilakukan manajemen rumah sakit A yaitu dapat memfasilitasi perawat dalam pelatihan tentang dokumentasi asuhan keperawatan secara terus menerus, melakukan supervisi terhadap kelengkapan dan pemenuhan dokumentasi keperawatan, melakukan perencanaan dan pengembangan dengan menerapkan dokumentasi keperawatan berbasis komputerisasi. Hal ini sesuai dengan penelitian Amalia et al., (2018) dimana perawat merasa terbantu dan merespon baik tentang penerapan dokumentasi keperawatan dengan komputerisasi yang dapat menghemat waktu pencatatan. Selain itu, penerapan dokumentasi keperawatan berbasis komputer juga dapat meningkatkan kualitas mutu layanan kesehatan (Tarigan & Handiyani, 2019).

8. Sumber Rujukan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Referensi dalam memberi asuhan keperawatan dan dokumentasi keperawatan harus bersumber dari kajian ilmiah seperti jurnal keperawatan dan kesehatan serta buku. Sumber rujukan yang dipakai di rumah sakit A terkait dokumentasi asuhan keperawatan berdasarkan persepsi partisipan yaitu buku Standar diagnosis keperawatan Indonesia, Standar Intervensi Keperawatan Indonesia dan Standar Luaran Keperawatan Indonesia yang disingkat 3S (SDKI, SIKI, SLKI) yang dikeluarkan oleh DPP PPNI sebagai organisasi profesi keperawatan di Indonesia. Buku lain yang sebelumnya menjadi referensi yaitu Nanda NIC-NOC dari Herdman et al., (2021).

Pemanfaatan sumber rujukan 3S sudah sangat baik dilaksanakan di setiap ruangan. Setiap diagnosa keperawatan sudah langsung ada checklist intervensi keperawatan dan target luaran yang diharapkan sebagai bahan evaluasi

pelaksanaan tindakan keperawatan. Diagnosa keperawatan yang dominan menyesuaikan pada ruangan masing-masing di rumah sakit A sehingga tidak mencakup semua diagnosa keperawatan yang tersedia sesuai sumber rujukan.

9. Format Asuhan Keperawatan

Format asuhan keperawatan yang disediakan di rumah sakit A mencakup keseluruhan dari format asuhan keperawatan mulai format pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan dan implementasi keperawatan, serta catatan perkembangan sebagai format evaluasi. Selain itu format data penunjang, laboratorium, discharge planning, dan lainnya juga tersedia meski sebagian ada yang tidak semua seragam antar ruangan di rumah sakit A. Namun demikian format yang disediakan manajemen sudah sangat membantu dan sudah ada wacana menggunakan sistem komputerisasi yang diungkapkan oleh semua partisipan dalam penelitian.

Format asuhan keperawatan pada dasarnya dapat disusun berdasarkan sumber referensi secara umum seperti format di ruang bedah, ruang maternitas dan ruang rawat inap lain. Sebagai contoh format pengkajian ruang bedah misalnya terdiri dari data demografi yang mencakup data pasien dan keluarga sebagai penanggung jawab, riwayat keperawatan yang terdiri dari keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan terdahulu, riwayat pengobatan, riwayat penyakit keluarga. Format pemeriksaan fisik meliputi keadaan umum, tingkat kesadaran, tanda vital, dan status nutrisi. Kemudian format pemeriksaan secara khusus tentang sistem pernapasan, sistem kardiovaskuler, sistem persyarafan termasuk respon nyeri, sistem perkemihan, sistem pencernaan, sistem muskuloskeletal/integumen, endokrin, psiko-sosio-spiritual, pemeriksaan penunjang dan terapi lainnya (Nursalam, 2018).

SIMPULAN

Simpulan dari penelitian ini yaitu persepsi perawat tentang penerapan dokumentasi keperawatan belum optimal dilaksanakannya dengan baik karena manajemen waktu lebih fokus terhadap tindakan, motivasi dan perilaku, pemahaman dan pedapat yang berbeda-beda dalam melaksanakan pencatatan dokumentasi keperawatan. Adapun saran

sebaiknya rumah sakit dapat segera menerapkan dokumentasi keperawatan berbasis komputerisasi, tetap meningkatkan pemahaman perawat tentang pentingnya dokumentasi keperawatan melalui kegiatan pelatihan, serta melaksanakan supervisi dalam upaya meningkatkan kualitas pendokumentasian keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Abd El Rahman, A., Ibrahim, M., & Diab, G. (2021). Quality of Nursing Documentation and its Effect on Continuity of patients' care. *Menoufia Nursing Journal*, 6(2), 1–18. <https://doi.org/10.21608/menj.2021.206094>
- Allen, E., Williams, A., Jennings, D., Stomski, N., Goucke, R., Teye, C., ... McCullough, K. (2018). Revisiting the Pain Resource Nurse Role in Sustaining Evidence-Based Practice Changes for Pain Assessment and Management. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 15(5), 368–376. <https://doi.org/10.1111/wvn.12318>
- Amalia, A., Malini, H., & Yulia, S. (2018). Kepuasan Perawat Terhadap Kualitas Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Berbasis Komputer. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 21(3), 169–179. <https://doi.org/10.7454/jki.v21i3.680>
- American Nurses Association. (2021). *Nursing: Scope and standards of practice (4th ed)* (4th ed.). Maryland, Amerika: American Nurses Association.
- Annisa et al. (2016). Pemeriksaan Fisik Head To Toe. In *Jurnal Penelitian Pendidikan Guru Sekolah Dasar* (Vol. 6). Akademi Keperawatan Kerta Cendekia Sidoarjo.
- Damanik, M., Fahmy, R., & Merdawati, L. (2020). Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(4), 138–144. <https://doi.org/10.25077/jka.v8i4.1131>
- De Groot, K., De Veer, A. J. E., Munster, A. M., Francke, A. L., & Paans, W. (2022). Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses. *BMC Nursing*, 21(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12912->

- 022-00811-7
- Herdman, T. H., Kamitsuru, S., Takao Lopes, C., & North American Nursing Diagnosis Association. (2021). *Nursing Diagnoses: Definitions and Classification 2021--2023*.
- Hidayat, A. A. (2021). *Dokumentasi Keperawatan; Aplikasi Praktik Klinik* (1st ed.; Enniq Mazayudha, ed.). Surabaya: Healt Books Publishing.
- Kamil, H., Rachmah, R., & Wardani, E. (2018). What is the problem with nursing documentation? Perspective of Indonesian nurses. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9, 111–114. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.09.002>
- Mutshatshi, T. E., Mothiba, T. M., Mamogobo, P. M., & Mbombi, M. O. (2018). Record-keeping: Challenges experienced by nurses in selected public hospitals. *Curationis*, 41(1), 1–6. <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1931>
- Nursalam. (2018). *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional* (5th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- Pasaribu, T. A. A. (2020). Prinsip-prinsip Pendokumentasian dalam Keperawatan. *Jurnal Keperawatan*, 1(1), 1–11. Retrieved from <https://osf.io/v8gby/download>
- Petkovšek-Gregorin, R., & Skela-Savič, B. (2015). Nurses' perceptions and attitudes towards documentation in nursing. *Obzornik Zdravstvene Nege*, 49(2). <https://doi.org/10.14528/snr.2015.49.2.50>
- Putra, A. A., Rejeki, S., & Kristina, T. N. (2016). Hubungan Persepsi Perawat Tentang Karakteristik Pekerjaan Dengan Kepatuhan Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Notokusumo*, 4(1), 1–11. Retrieved from <http://jurnal.stikes-notokusumo.ac.id/index.php/jkn/article/view/44>
- Tarigan, R., & Handiyani, H. (2019). *Manfaat Implementasi Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berbasis Komputerisasi Dalam Meningkatkan Mutu Asuhan Keperawatan Rosari*. 08(2), 110–116.
- Tasew, H., Mariye, T., & Teklay, G. (2019). Nursing documentation practice and associated factors among nurses in public hospitals, Tigray, Ethiopia. *BMC Research Notes*, 12(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4661-x>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. (2018). *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. (2019). *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan* (1st ed.). Jakarta: Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Togubu, F. N., Korompis, G. E. ., & Kaunang, W. P. . (2019). Faktor - Faktor Yang Berhubungan Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Daerah Kota Tidore Kepulauan. *Jurnal KESMAS: Jurnal Kesehatan Masyarakat Universitas Sam Ratulangi*, 8(3), 60–68. Retrieved from <https://ejournal.unsrat.ac.id/v3/index.php/kesmas/article/view/23943>
- Yusuf, M. (2013). Hubungan Manajemen Waktu Perawat Pelaksana Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Rawat Inap Kelas III Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Zainoel Abidin Tahun 2013. *Jurnal Ilmu Keperawatan ISSN: 2338-6371 Muhamad*, 1(1), 76–84.
- Zahlimar. (2023). Hubungan Motivasi Perawat dengan Kinerja Kelengkapan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Rawat Inap RSUD H. Hanafie Muara Bungo. *Jurnal Ners*, 7(1), 106–109.