

Gambaran Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal

M. Harits Navis, Neti Mustikawati
Program Studi Sarjana Keperawatan STIKES Muhammadiyah
Pekajangan Pekalongan
Jln. Raya Ambokembang No. 8 Kedungwuni Pekalongan Indonesia
E-mail : harits24.mn@gmail.com

Abstrak

Dokumentasi dalam keperawatan memegang peranan penting terhadap segala macam tuntutan masyarakat. Pendokumentasian merupakan sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan pasien, tanpa dokumentasi yang benar dan jelas, kegiatan pelayanan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh seorang perawat profesional tidak dapat dipertanggung jawabkan. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di instalasi gawat Darurat RSUD dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal. Jenis penelitian *deskriptif survei*, dengan pendekatan retrospektif, penelitian ini dilakukan pada bulan Januari 2018. Pengumpulan data menggunakan ceklist yang terdiri dari 5 item yaitu *airway, breathing, circulation, disability* dan *exposure* terdiri dari 25 dengan melihat data rekam medis pasien sebanyak 80 yang diambil pada bulan Oktober, November dan Desember 2017. Hasil penelitian ini menunjukkan menunjukkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap sebanyak 48 (60,0%) dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 8 (10,0%) serta diisi kurang lengkap sebanyak 24 (30,0%). Rekomendasi diharapkan perawat lebih meningkatkan pendokumentasian asuhan keperawatan, karena dokumentasi asuhan keperawatan sebagai bukti kita melakukan asuhan keperawatan, tindakan medis dan non medis terhadap pasien.

Kata kunci : Dokumentasi, Asuhan keperawatan, IGD

PENDAHULUAN

Menurut data Jurnal keperawatan Indonesia, volume 16 No.2, Juli 2013, hal diperoleh data dari hasil penelitian pendokumentasian asuhan keperawatan (71,6%) belum lengkap. Hasil survei pada tahun 2007-2008 di beberapa rumah sakit di Belanda ditemukan 36% dokumentasi keperawatan masih belum

akurat. Pengkajian awal pasien masuk dan evaluasi catatan perkembangan keperawatan telah mencapai akurasi 80%. Namun pada intervensi asuhan keperawatan masih banyak yang belum didokumentasikan secara lengkap (50% akurat). Masih kurang lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan

juga dilakukan di Instalasi Gawat Darurat.

Instalasi Gawat Darurat (IGD) rumah sakit mempunyai tugas menyelenggarakan pelayanan asuhan medis dan pelayanan keperawatan sementara serta pelayanan pembedahan darurat, bagi pasien yang datang dengan gawat darurat medis. Pelayanan pasien gawat darurat adalah pelayanan yang memerlukan pelayanan segera, yaitu cepat, tepat dan cermat untuk mencegah kematian dan kecacatan. Salah satu indikator mutu pelayanan keperawatan di ruang Instalasi Gawat Darurat adalah waktu tanggap (*response time*) (Depkes RI, 2010).

Pelayanan Keperawatan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang mempunyai dampak yang cukup besar terhadap Kualitas Pelayanan Kesehatan di rumah sakit. Karena itu proses asuhan keperawatan harus didokumentasikan secara sistematis dan terorganisir sesuai standar. Mutu asuhan keperawatan dapat tergambar dari dokumentasi proses keperawatan (Gillies, 1994). Dokumentasi dalam keperawatan memegang peranan penting terhadap segala macam tuntutan masyarakat yang semakin kritis dan mempengaruhi kesadaran masyarakat akan hak-haknya dari suatu unit kesehatan. Pendokumentasian merupakan sarana komunikasi antar petugas kesehatan dalam rangka pemulihan kesehatan pasien, tanpa dokumentasi yang benar dan jelas, kegiatan pelayanan keperawatan yang telah dilaksanakan oleh seorang perawat profesional tidak dapat dipertanggung jawabkan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan keperawatan dan perbaikan status kesehatan pasien di rumah sakit karena

tidak lengkapnya pendokumentasian asuhan keperawatan (Nursalam, 2011).

Dokumentasi asuhan keperawatan adalah pencatatan setiap kegiatan asuhan keperawatan yang diberikan oleh perawat kepada setiap pasien (Gemala RH, 2010). Dokumentasi tersebut sangat penting untuk merencanakan, melaksanakan dan evaluasi asuhan keperawatan. Dokumentasi asuhan keperawatan dimulai sejak pasien dirawat sampai dinyatakan pulang atau keluar dari ruang perawatan. Semua kegiatan asuhan keperawatan akan tercatat pada rekam medis penderita. Berbagai dampak ketidaklengkapan dokumen meliputi permasalahan administrasi, keuangan, pendidikan, penelitian, informasi serta hukum (Gemala RH, 2010).

Walaupun dokumen asuhan keperawatan sangat diperlukan untuk kepentingan pasien maupun perawat akan tetapi pada kenyataannya perlengkapan pengisian dokumen masih kurang perhatian sehingga masih banyak dokumen asuhan keperawatan yang isinya belum lengkap. Pengalaman peneliti di rumah sakit dr. H. Soewondo Kendal menunjukkan formulir dokumentasi keperawatan yang telah disiapkan tidak tuntas atau tidak terisi lengkap. Beberapa hal yang sering menjadi alasan petugas antara lain, banyak kegiatan-kegiatan di luar tanggung jawab perawat menjadi beban yang dikerjakan oleh profesi keperawatan, sehingga kelengkapan dokumentasi tidak tercapai.

Dokumentasi asuhan keperawatan sangat penting bagi perawat sebagai bukti dari layanan keperawatan yang standar dan sebagai tanggung jawab dari masalah ketidakpuasan dari layanan yang telah diberikan (Hidayat,

2010). Dokumentasi keperawatan memiliki makna penting dari aspek hukum, jaminan mutu, komunikasi, keuangan, pendidikan, penelitian dan akreditasi (Ali, 2014).

Adanya ketidaklengkapan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan mengakibatkan tidak tercapainya tujuan pendokumentasian asuhan keperawatan yang antara lain untuk mengidentifikasi status kesehatan pasien dalam rangka mencatat kebutuhan pasien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan, dan mengevaluasi tindakan serta untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika (Praptiningsih, 2016).

Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi sebagai petunjuk dan arah terhadap teknik pendokumentasian yang benar. Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara akurat dalam situasi tertentu. Adanya standar dokumentasi dapat memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualitas dokumentasi keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktek pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan (Nursalam, 2011).

RSUD dr. H. Soewondo Kendal, format asuhan keperawatan banyak sekali terdiri dari lembar triase IGD, asesmen keperawatan, asesmen medis, observasi terintegrasi pasien gawat darurat, CPPT (catatan perkembangan pasien terintegrasi), penempelan hasil penunjang, penempelan resep, penempelan surat-surat korespondensi dan pengkajian kebutuhan pendidikan kesehatan pasien dan keluarga.

Banyaknya lembar asuhan keperawatan di IGD membuat perawat malas untuk melengkapi dokumentasi, waktu yang terlalu singkat karena jika pasien sudah stabil di pindah ke ruang perawatan. Dari 10 rekam medis yang ada di IGD hanya 4 yang terisi lengkap sedangkan 6 rekam medis pasien di IGD belum terisi lengkap. Tindakan di IGD sudah dilakukan tetapi perawat jarang melakukan dokumentasi asuhan keperawatan yang lengkap, kurang lengkapnya dokumentasi asuhan keperawatan di IGD karena format asuhan keperawatan yang terlalu banyak, sehingga banyak yang tidak terdokumentasi.

MANFAAT PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan ini bermanfaat bagi perawat dan diharapkan perawat lebih teliti dan tertib dalam mengisi dokumentasi asuhan keperawatan, karena pentingnya kelengkapan dokumentasi keperawatan yang dapat meningkatkan profesionalisme dalam kinerja keperawatan.

METODOLOGI PENELITIAN

Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian *deskriptif survei* dengan pendekatan *retrospektif*. Sampel dalam penelitian ini sebanyak 80 sampel dengan teknik *purposive sampling*. Variabel dalam penelitian adalah mengetahui gambaran kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan.

Pengumpulan data yang digunakan dalam peneliti ini menggunakan ceklist rekam medis untuk mengetahui rekam medis pasien IGD apakah sudah lengkap atau belum lengkap dengan kriteria baik dan kurang baik. Teknik analisis dalam

penelitian ini adalah analisis univariat. Data yang telah terkumpul disederhanakan dengan pengelompokan data kedalam variabel kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan kemudian dihitung besarnya presentase dengan menggunakan rumus presentase

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

1. Analisa univariat

a. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan

Kelengkapan dokumentasi	Frekuensi	%
Tidak di isi	8	10,0
Diisi kurang	24	30,0
Diisi lengkap	48	60,0
Total	80	100,0

Tabel 5.1 diatas menunjukkan distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap sebanyak 48 (60,0%) dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 8 (10,0%) serta rekam medis yang diisi kurang sebanyak 24 (30,0%).

b. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Airway

Airway	Frekuensi	%
Tidak di isi	5	6,3
Diisi kurang	21	26,6
Diisi lengkap	54	67,5
Total	80	100,0

Tabel 5.2 diatas menunjukkan distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan airway di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap sebanyak 54 (67,5%) dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 5 (6,3%) dan isi kurang sebanyak 21 (26,6%).

c. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Breathing

Breathing	Frekuensi	%
Tidak di isi	7	8,8
Diisi kurang	27	33,8
Diisi lengkap	46	57,5
Total	80	100,0

Tabel 5.3 diatas menunjukkan distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan breathing di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap sebanyak 46 (57,5%) dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 7 (8,8%) serta diisi kurang sebanyak 27 (33,8%)

d. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Circulation

Circulation	Frekuensi	%
Tidak di isi	8	10,0
Diisi kurang	17	21,3
Diisi lengkap	55	68,8
Total	80	100,0

Tabel 5.4 diatas menunjukkan distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Circulation di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap sebanyak 55 (68,8%)

dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 8 (10,0%) dan isi kurang sebanyak 17 (21,3%)

- e. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Disability

Disability	Frekuensi	%
Tidak di isi	10	12,5
Diisi kurang	29	36,3
Diisi lengkap	41	51,3
Total	80	100,0

Tabel 5.5 diatas menunjukkan distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Disability di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap sebanyak 41 (51,3%) dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 10 (12,5%) serta diisi kurang sebanyak 29 (36,3%).

- f. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Exposure

Exposure	Frekuensi	%
Tidak di isi	15	18,8
Diisi kurang	25	31,3
Diisi lengkap	40	50,0
Total	80	100,0

Tabel 5.6 diatas menunjukkan distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan Exposure di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap sebanyak 40 (50,0%) dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 15 (18,8%) serta diisi kurang sebanyak 25 (31,3%)

PEMBAHASAN

Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal.

Hasil penelitian menunjukkan distribusi frekuensi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap sebanyak 48 (60,0%) dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 8 (10,0%). Dokumentasi keperawatan yang lengkap dan akurat akan memudahkan disiplin ilmu lain untuk menggunakan informasi di dalamnya. Dokumentasi diperlukan untuk memudahkan alur dan koordinasi dalam perawatan pasien (Green & Thomas, 2008). Hasil penelitian menunjukkan pada kolom pemeriksaan perawat banyak yang tidak mengisi hal ini dikarenakan mereka lupa untuk mendokumentasikan, padahal dokumentasi sangat penting untuk meningkatkan mutu rumah sakit.

Setting ruang gawat darurat dengan karakteristik pasien yang unik, disertai beragam kondisi yang mengancam jiwa membutuhkan suatu sistem / format pendokumentasian yang singkat, jelas dan mudah untuk digunakan. Menurut Thompson (2010) tuntutan pasien terhadap perawat sering disebabkan pendokumentasian yang tidak tepat, dan tidak lengkap. Kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal banyak yang lengkap karena perawat sudah melakukan dokumentasi dengan baik. Setelah selesai tindakan perawat melakukan dokumentasi di rekam medis pasien.

Pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap disebabkan beberapa hal. Menurut Bergh, dan Friberg (2012), pendokumentasian tidak memadai disebabkan oleh tidak sinkronnya proses keperawatan yang didokumentasikan. Menurut Wong (2009) perawat terkadang inkonsisten dalam mendokumentasikan waktu pelaksanaan tindakan. Pendidikan kesehatan yang dilakukan perawat tidak terstruktur dan jarang didokumentasikan (Friebeg, Bergh & Lepp, 2016). Tanda tangan setiap kegiatan perawat, simbol dan singkatan dalam dokumentasi masih belum dilakukan dengan konsisten (Rykkje, 2009). Tulisan perawat kadang-kadang tidak jelas dan kalimat yang tidak sesuai dengan intervensi yang dilakukan (Karslen, 2007). Selain itu, perawat kadang-kadang menulis pendokumentasian tindakan pada tempat yang salah dalam format yang sudah ditetapkan (Hayrinen & Saranto 2009). Penelitian terkait pendokumentasian yang dilakukan di instalasi rawat inap Rumah sakit Marinir Cilandak Jakarta adalah rata-rata pendokumentasian sebesar 60,77%. Hal ini masih dibawah standar yang ditetapkan depkes yaitu >85% (Lusianah, 2008).

Pelaksanaan pendokumentasian yang tidak lengkap dapat dipengaruhi karakteristik individu (Potter & Perry, 2010). Karakteristik perawat menurut Kane, Shamliyan, Mueller, Duval, dan Wilt (2007) adalah meliputi usia, pengalaman atau masa kerja dan pendidikan. Menurut Hurst (2005), beban kerja yang tinggi di ruang perawatan menyebabkan kurang maksimalnya pelaksanaan dokumentasi kegiatan perawat. Menurut Hurst (2005) menyatakan bahwa semakin

tinggi tingkat ketergantungan pasien maka akan semakin banyak tindakan yang akan diberikan dan akan semakin menambah beban kerja perawat. Lebih lanjut Myny, et al. (2012) mengidentifikasi dari sejumlah faktor yang memengaruhi beban kerja, faktor yang paling berdampak adalah terkait jumlah pekerjaan yang dikerjakan perawat.

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 ke-akuratannya kurang memadai menyebabkan terjadinya kesalahan komunikasi antar perawat maupun profesi lain. Komisi keselamatan perawatan dan kualitas kesehatan Australia pada 2008 mengidentifikasi 13% dari kesalahan manajemen klinis berasal dari kesalahan dokumentasi (Jefferies, Johnson, Nicholls & Lad, 2012).

Pentingnya pelatihan pendokumentasian bagi perawat memberikan dampak positif terhadap kinerja perawat khususnya dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan. Dampak positif pelatihan yang sudah tergambar pada hasil penelitian ini harus menjadi bahan pertimbangan manajemen rumah sakit dalam melakukan pelatihan secara periodik untuk memberikan kesempatan bagi perawat yang belum mendapatkan pelatihan untuk lebih meningkatkan pendokumentasian.

Pendokumentasian pada setting kegawatdaruratan dimulai dari fase triage sampai dengan transfer pasien ke unit pelayanan lain. Menurut Iyer dan

Camp (2015), proses pendokumentasian pada tahap triage meliputi waktu dan datangnya alat transportasi, Keluhan utama saat pasien datang, pengkodean warna prioritas setelah ditriage dan Intervensi awal yang diberikan. Sehingga point yang penting dalam pendokumentasian di setting gawat darurat adalah *pre hospital*, *primary survey*, dan *secondary survey*. Menurut Bergh et al (2012). Pendokumentasian yang lain adalah proses keperawatan yang meliputi pengkajian, intervensi dan evaluasi. Fokus tindakan pasien trauma di IGD adalah pada kemampuan survival dan kualitas hidup setelah traumanya.

Pendokumentasian merupakan salah satu bagian yang tidak bisa terlepas dari proses keperawatan. Kegiatan pendokumentasian juga dinilai sebagai salah satu aspek legal hukum perawat dalam melakukan asuhan keperawatan. Bukti kualitas asuhan keperawatan juga dievaluasi dari bukti pendokumentasian proses keperawatan (Hentschke, 2009 ; Prldeaux, 2011). Hal ini menjadi tantangan bagi profesi perawat dalam menentukan metode pendokumentasian apa yang efektif untuk mengakomodasi kelengkapan dan keakuratan data pasien, mengakomodasi komponen proses keperawatan terutama pengkajian, intervensi dan evaluasi selama proses resusitasi. Bila perawat gagal dalam melakukan pendokumentasian yang tepat maka akan berdampak pada tuntutan keluarga pasien, yang akhirnya akan berujung pada ketidakpercayaan terhadap profesional perawat sehingga akan menurunkan mutu kualitas asuhan keperawatan (Curtis et al, 2012). Hal ini tidak terlepas dari indikator

profesionalisme keperawatan yang dilihat dengan kualitas dokumentasinya.

Dokumentasi proses asuhan keperawatan merupakan tampilan perilaku atau kinerja perawat pelaksana dalam memberikan proses asuhan keperawatan kepada pasien selama pasien dirawat di rumah sakit. Dokumentasi proses asuhan keperawatan yang baik dan berkualitas haruslah akurat, lengkap dan sesuai standar. Apabila kegiatan keperawatan tidak didokumentasikan dengan akurat dan lengkap maka sulit untuk membuktikan bahwa tindakan keperawatan telah dilakukan dengan benar (Hidayat, 2010). Pendokumentasian proses asuhan keperawatan merupakan suatu proses yang harus dilaksanakan oleh perawat pelaksana sebagai bagian dari standar kerja yang telah ditetapkan (Nursalam, 2012)

Dokumentasi proses asuhan keperawatan berguna untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, dimana perawat sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan diperlukan, dimana dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Hidayat, 2010).

SIMPULAN

Hasil penelitian menunjukkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Gawat Darurat RSUD Dr.H.Soewondo Kabupaten Kendal sebagian besar diisi lengkap

sebanyak 48 (60,0%) dan sebagian kecil tidak diisi sebanyak 8 (10,0%) serta diisi kurang sebanyak 24 (30,0%)

ACKNOWLEDGEMENT (PERSANTUNAN)

Malara (2015) hubungan beban kerja dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di instalasi gawat darurat medik RSUP. Prof. DR. R.D Kandou Manado, desain penelitian bersifat *observasional*. Suryani (2016) Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap, Beban Kerja Perawat dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di IRNA IGD RSUP Sanglah Denpasar.

REFERENSI

- Agung Pribadi, (2009). *Analisis faktor pengaruh pengetahuan, motivasi dan persepsi perawat tentang supervisi kepala ruangan terhadap pelaksanaan asuhan keperawatan di Ruang Rawat Inap RSUD Kelet Provinsi Jawa Tengah di Jepara*. Skripsi
- Ali, 2014. *Asuhan Keperawatan di Puskesmas Rawat Inap Kabupaten Nganjuk*. KTI
- Arikunto, 2010, *Prosedur penelitian suatu pendekatan praktik*. Cetakan 14 Edisi Revisi VII. Jakarta: PT Rineka Cipta
- Asmadi, 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta, EGC
- Bagolz, 2010. *Metode Penelitian Pendidikan: Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. Bandung
- Bergh, et al, 2012. *Nursing Documentation : Frameworks and barriers*. Nursing Documentation
- Capenito, 2006, *Rencana asuhan dan pendokumentasian keperawatan (Edisi 2)*, Alih. Bahasa Monica Ester, Jakarta : EGC.
- Depkes RI, 2010. *Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia*. Jakarta: Kemenkes RI.
- Dharma, 2011. *Metode Penelitian Keperawatan: Panduan Melaksanakan dan menerapkan Hasil Penelitian*, Jakarta, TIM
- Duffield, et al 2011. *Predicting nurses turnover intention by demographic*
- Gemala RH, 2010. *Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010-2014*
- Gilles, D.A. 1996. *Management a Systems Approach*. Philadelphia: WB Saunders Company
- Gillies, 1994, *Nursing management: a systems approach. (3rd edition)* Philadelphia: WB Saunders Company
- Hasibuan, 2010. *Manajemen Sumber Daya Manusia*, Jakarta: Bumi Aksar
- Hidayat, 2010. *Pengantar Konsep dasar Keperawatan, Edisi 1*. Jakarta, Salemba Medika
- Ilyas, 2001, *Kinerja, Teori, Penilaian dan Penelitian*, Pusat Kajian Ekonomi Kesehatan FKM Universitas Indonesia, Jakarta
- Iyer dan Camp, 2015. *Dokumentasi Keperawatan*, Jakarta : EGC
- Kusnanto , 2013, *Pengantar Profesi and Praktik Keperawatan Profesional*, Jakarta: Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Malara (2015) *Hubungan beban kerja dengan pendokumentasian asuhan keperawatan di instalasi gawat darurat medik RSUP*.

- Prof. DR. R.D Kandou Manado. Skripsi
- Myni, et.al. 2012. *Hour Rehabilitation Nursing : The Proof is in The Documentation*. Rehabilitation Nursing,
- Nursalam, 2011. *Manajemen Keperawatan: Aplikasi dalam Praktik Keperawatan Profesional*, Edisi 3. Jakarta, Salemba Medika
- Praptiningsih, 2016. *Hubungan Peran Ketua Tim Dengan Kinerja Perawat Pelaksana Dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Ruang Unit Operasi RS Puri Indah Jakarta*. Jurnal Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Esa Unggul.
- Putra (2016). *Hubungan antara persepsi perawat tentang karakteristik pekerjaannya dengan kepatuhan dalam pendokumentasian asuhan keperawatan*. Skripsi
- Rusmianingsih, 2012. *Promosi kesehatan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta : Rineka cipta
- Sujarweni, 2012. *Statistika untuk Penelitian*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Suryani (2016) *Hubungan Tingkat Pengetahuan, Sikap, Beban Kerja Perawat dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di IRNA IGD RSUP Sanglah Denpasar*. Skripsi
- Teytelman, 2002. *A Nursing Spesific Model Of EPR Documentation : Organizational and Professional Requirement*. Journal of Nursing Scholarship
- Thamson, 2010. *Dasar-dasar dokumentasi asuhan keperawatan*. Jakarta: EGC
- Wahyudi,dkk., 2010. *Hubungan Persepsi Perawat Tentang Profesi Keperawatan,Kemampuan, Dan Motivasi Kerja Terhadap Kinerja Perawat Pelaksana diRSUD dr. Slamet Garut*”.Tesis, tidak dipublikasikan.