PENTINGNYA PENGETAHUAN PERAWAT AKAN PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

MUTIARA UNVI ZAHRA

EMAIL : zahrazahra845@gmail.com

LATAR BELAKANG :

Keperawatan adalah bentuk pelayanan profesional berupa pemenuhan kebutuhan dasar yang diberikan kepada individu yang sehat maupun sakit yang mengalami gangguan fisik, psikis, dan sosial agar dapat mencapai derajat kesehatan yang optimal. Bentuk pemenuhan dasar dapat berupa meningkatkan kemampuan yang ada pada individu, mencegah, memperbaiki, dan melakukan rehabilitasi dari suatu keadaan yang dipersepsikan sakit oleh individu (Alligood & Tomey, 2006).

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien /pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistic, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Asuhan keperawatan dapat di

pertanggungjawabkan berdasarkan substansi ilmiah yaitu logis, sistematis, dinamis dan restruktur (Muhlisin, 2011). Proses keperawatan adalah suatu metode ilmiah yang sistematis dan terorganisir dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien yang berfokus pada respon individu terhadap gangguan kesehatan yang dialami (Manurung, 2011). Tenaga perawat mempunyai kedudukan penting dalam menghasilkan kualitas pelayanan kesehatan di rumah sakit, karena pelayanan yang diberikan berdasarkan pendekatan bio-psiko-sosial-spiritual merupakan pelayanan yang unik dan dilaksanakan selama 24 jam dan berkesinambungan, hal ini merupakan kelebihan tersendiri dibanding profesi kesehatan lainnya.

Dokumentasi merupakan salah satu komponen penting yang dapat memberikan kesaksian hukum, dokumentasi keperawatan menjadi alat komunikasi dan sumber edukasi serta sumber riset. Pendokumentasian asuhan keperawatan secara akurat dan

berkesinambungan adalah salah satu kewajiban perawat. Hal ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 148 tahun 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat, dalam pasal 12 ayat 1, disebutkan bahwa perawat berkewajiban melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis, dan memenuhi standar. Pendokumentasian asuhan keperawatan sangat penting namun pada implementasinya sering kali diabaikan/tidak dipatuhi sehingga kelengkapan, ketepatan, kualitas dan relevansi antar proses dokumentasi keperawatan masih menjadi temuan. Pendokumentasian juga merupakan alat pengendalian yang dapat mengukur kualitas pelayanan keperawatan, walaupun pengendalian bersifat tidak langsung tetapi gambaran kualitas dokumentasi dapat memotret kualitas pelayanan secara umum. Maka dari itu pula pengetahuan seorang perawat akan suatu proses dan pentingnya pendokumentasian asuhan keperawatan sangat perlu sekali untuk ditingkatkan dan didalami, untuk mencegah terjadinya masalah saat pendokumentasian dilakukan.

METODE

Metode yang saya gunakan dalam membuat kajian ini adalah dengan menggunakan

metode literature review. Dimana saya membaca beberapa referensi seperti jurnal ataupun buku-buku yang mendukung. Setelah membaca beberapa referensi, saya mengkaji dan membuat analisisnya. Analisis dibuat sesuai thema judul yang saya ambil yaitu pentingnya pemahaman perawat akan pendokumentasian asuhan keperawatan.

HASIL

Dari hasil kajian saya didapatkan bahwa dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum.

Kegiatan dokumentasi berupa menghimpun, mengolah, menganalisis dan menyimpan yang dijadikan sebagai informasi yang cukup penting dan diperlukan dalam membuat rencana program kerja untuk perkembangan organisasi. Kelengkapan pendokumentasian dilakukan perawat sebagian besar kurang dari 85% artinya sebagian besar masih belum lengkap 71,6%, sedangkan yang sudah lengkap hanya 28,4%. Persentase pendokumentasian yang dilakukan perawat

meliputi paling besar pengkajian dan paling sedikit catatan perkembangan 66%. Rerata kegiatan pendokumentasian yang dilakukan perawat sebesar 77%.

Fenomena rendahnya pendokumentasian asuhan keperawatan dipengaruhi tiga faktor individu (karakteristik perawat) yang meliputi pendidikan, umur, jenis kelamin, masa kerja dan pengetahuan, sedangkan faktor psikologis misalnya motivasi dan faktor organisasi (Gibson dan Ivancevich, 2002 dalam Nursalam, 2003).

Dari hasil wawancara terhadap perawat yang bertugas di ruangan *Intensive Care* didapatkan masih banyak perawat yang bertugas di tempat tersebut yang kurang melakukan pengisian pendokumentasian asuhan keperawatan.

Pendidikan sangat mempengaruhi dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Perawat dengan tingkat pendidikan yang berbeda akan mempunyai kualitas dokumentasi yang berbeda pula, karena semakin tinggi tingkat pendidikannya maka kemampuan secara kognitif dan ketrampilan akan meningkat juga (Notoatmodjo, 2003).

Dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan dinyatakan asuhan keperawatan adalah rangkaian interaksi dengan klien dan lingkungan untuk mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian dalam merawat dirinya (Pemerintah Republik Indonesia, 2014).

Asuhan keperawatan merupakan suatu proses keperawatan yaitu suatu metode sistematis dan ilmiah yang digunakan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien dalam mencapai atau mempertahankan keadaan biologis, psikologis, sosial dan spiritual yang optimal melalui tahapan pengkajian keperawatan, indentifikasi diagnosa keperawatan, penentuan perencanaan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan serta mengevaluasinya (Suarli & Yahya, 2012).

Dokumentasi keperawatan merupakan aspek penting dari praktik keperawatan yaitu sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Dokumentasi keperawatan juga mendeskripsikan tentang status dan kebutuhan klien yang komprehensif, juga layanan yang diberikan untuk perawatan klien (Potter & Perry, 2005).

PEMBAHASAN

Dokumentasi keperawatan merupakan pernyataan tentang kejadian atau aktifitas yang otentik dengan membuat catatan tertulis. Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien, mulai dari pengkajian hingga evaluasi.

Dokumentasi keperawatan adalah kegiatan pencatatan dan pelaporan yang dilakukan perawat terhadap pelayanan keperawatan yang telah diberikan kepada klien, berguna untuk klien, perawat dan tim kesehatan lain sebagai tanggung jawab perawat dan sebagai bukti dalam persoalan hukum.

Tujuan dari dokumentasi keperawatan ini yaitu menghindari kesalahan, dan ketidaklengkapan informasi dalam asuhan keperawatan, Meningkatkan efisiensi dan efektivitas tenaga keperawatan, terjaminnya kualitas dalam asuhan keperawatan, Tersedianya data-data dalam penyelenggaraan penelitian karya ilmiah, pendidikan, dan penyusunan/penyempurnaan standar asuhan keperawatan.

Adapun manfaat dokumentasi untuk tenaga keperawatan yaitu proses keperawatan akan meningkatkan kemandirian tenaga keperawatan dan pelaksanaan asuhan keperawatan dan tidak bergantung pada profesi lain. Proses ini juga memberi

kepuasan yang optimal bagi tenaga keperawatan yang berhasil dalam pelaksanaan asuhan keperawatannya.

Adapun model dokumentasi keperawatan yaitu:

✚ Model Dokumentasi SOR (*Source-Oriented-Record*)

Suatu model pendokumentasian system pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi.

✚ Model Dokumentasi POR (*Problem-Oriented-Record*)

Model ini memusatkan data tentang klien dan dokumentasikan dsd disusun menurut masalah klien dan didokumentasikan jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat pemberian layanan kepada klien.

✚ Model Dokumentasi CBE (*Charting-By Exception*)

Suatu system dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpan dari keadaan normal atau standar.

✚ Model Dokumentasi PIE (*problem intervention dan Evaluation*)

Suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnose keperawatan.

✚ Model Dokumentasi POS (*Process-Oriented-System*)

Suatu proses-orientasi dan klien-fokus hal ini digunakan proses proses keperawatan untuk menorganisir dokumentasi asuhan./

✚ Dokumentasi Keperawatan dengan kode (Coded Nursing Documentation/CND)

Adalah dokumentasi menggunakan system computer dimana catatan keperawatan yang terlihat hanya kode saja. Kode sendiri berdasarkan standar asuhan keperawatan yang ditelaah rumuskan.

Dalam membuat dokumentasi harus memperhatikan aspek-aspek keakuratan data, brevity (ringkas), dan legality (mudah dibaca). Adapun prinsip-prinsip dalam melakukan dokumentasi yaitu:

- Dokumen merupakan suatu bagian integral dari pemberian asuhan keperawatan.

➤ Praktik dokumentasi bersifat konsisten.

➤ Tersedianya format dalam praktik dokumentasi.

➤ Dokumentasi hanya dibuat oleh orang yang melakukan tindakan atau mengobservasi langsung klien.

➤ Dokumentasi harus dibuat sesegera mungkin.

➤ Catatan harus dibuat secara kronologis.

➤ Penulisan singkatan harus menggunakan istilah yang sudah berlaku umum dan seragam.

➤ Tuliskan tanggal, jam, tanda tangan, dan inisial penulis.

➤ Catatan harus akurat, benar, komplit, jelas, ringkas, dapat dibaca, dan ditulis dengan tinta.

➤ Dokumentasi adalah rahasia dan harus disimpan dengan benar

Dalam melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan sendiri memiliki tahapan tahapan yang harus dilakukan berupa :

- Dokumentasi Pengkajian Asuhan Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dari proses keperawatan dan merupakan proses suatu pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan klien (Lyer et al,1996).

Menurut Nursalam (2011), kriteria pengkajian keperawatan meliputi :

1. Pengumpulan data

- a. Tipe data

Tipe data pada pengkajian keperawatan terdiri dari data subjektif dan data objektif. Data subjektif adalah data yang didapatkan dari klien /pasien sebagai suatu pendapat terhadap suatu situasi dan kejadian, data objektif adalah data yang diobservasi dan diukur oleh perawat.

- b. Fokus pengambilan data

Fokus pengambilan data meliputi riwayat status kesehatan sebelumnya dan saat ini, pola koping yang pernah digunakan dan yang saat ini digunakan, fungsi, status sebelumnya dan saat ini, respon terhadap terapi medis dan intervensi keperawatan, resiko untuk masalah potensial hal-hal yang dapat menjadi dorongan atau kekuatan bagi klien.

2. Karakteristik Data

Data yang dikumpulkan untuk menunjang diagnosa keperawatan harus mempunyai karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan.

3. Sumber Data

Data-data yang dikumpulkan dapat diperoleh tidak hanya dari klien tetapi dari orang terdekat (keluarga), catatan klien, riwayat penyakit terdahulu, konsultasi dengan terapi, hasil pemeriksaan diagnostik, catatan medis, dan sumber kepustakaan.

- Dokumentasi Diagnosa Keperawatan
Diagnosa asuhan keperawatan adalah pernyataan yang menjelaskan status atau masalah kesehatan aktual atau potensial serta penyebabnya (Nursalam,2007).

Tahap diagnosa adalah tahap pengambilan keputusan pada proses keperawatan yang meliputi identifikasi apakah masalah klien dapat dihilangkan, dikurangi atau diubah melalui tindakan keperawatan (Nursalam,2007).

Kriteria proses keperawatan meliputi : proses diagnosa terdiri dari analisis, interpretasi data, identifikasi masalah, klien dan perumusan diagnosis keperawatan, diagnosa keperawatan terdiri dari atas

masalah, penyebab, dan tanda atau gejala, atau terdiri atas masalah dan penyebab, bekerjasama dengan klien, petugas kesehatan lain untuk memvalidasi diagnosa keperawatan, melakukan pengkajian ulang, dan merevisi diagnosa berdasarkan data terbaru (Nursalam2007).

Tujuan diagnosa keperawatan dalam asuhan keperawatan untuk mengidentifikasi masalah adanya respon klien terhadap status kesehatan, faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah, kemampuan pasien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah, mengkomunikasikan masalah klien pada tim kesehatan, mendokumentasikan tanggung jawab dalam identifikasi masalah, mengidentifikasi masalah utama perkembangan keperawatan (Nursalam,2007).

- Dokumentasi Rencana Keperawatan
Tujuan perencanaan intervensi keperawatan dan aktivitas keperawatan untuk mengurangi, menghilangkan, dan mencegah masalah keperawatan klien. Kriteria proses perawatan membuat rencana

tindakan asuhan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan meliputi perencanaan terdiri atas prioritas, tujuan dan rencana tindakan keperawatan, bekerjasama dengan klien dalam menyusun rencana tindakan keperawatan, perencanaan bersifat individual sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien, mendokumentasikan rencana keperawatan (Nursalam,2007).

Tujuan rencana asuhan keperawatan yaitu tujuan administrasi meliputi mengidentifikasi fokus keperawatan individu atau keluarga, membedakan tanggung jawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya, menyusun kriteria guna pengulangan asuhan keperawatan dan evaluasi, keberhasilan asuhan keperawatan, menyediakan kriteria klasifikasi klien, sedangkan tujuan klinik meliputi suatu pedoman dalam penulisan, mengkomunikasikan asuhan keperawatan yang akan diimplememntasikan dengan perawat lain seperti apa yang akan diajarkan, apa yang harus diobservasi, apa yang akan dilakukan. Menyusun kriteria hasil (*outcome*) guna pengulangan

asuhan keperawatan dan evaluasi keberhasilan asuhan keperawatan, rencana intervensi yang spesifik dan langsung bagi perawat untuk melaksanakan intervensi kepada klien dan keluarganya (Cafenito,2006).

- Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik yaitu membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan dan memfasilitasi coping (*Lyer et al*,1999).

Kriteria pengimplementasian tindakan yang telah diidentifikasi dalam rencana asuhan keperawatan meliputi bekerjasama dengan klien dalam pelaksanaan tindakan keperawatan, kolaborasi dengan tim kesehatan lain, melakukan tindakan keperawatan untuk mengatasi kesehatan klien, memberikan pendidikan pada klien dan keluarga mengenai konsep ketrampilan asuhan diri serta membantu klien memodifikasi lingkungannya

digunakan, mengkaji ulang dan merevisi pelaksanaan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien (Nursalam 2007).

- Dokumentasi Evaluasi Keperawatan
Evaluasi asuhan keperawatan merupakan fase akhir dari proses keperawatan. Hal-hal yang dievaluasi adalah keakuratan, kelengkapan, kualitas data, teratasi atau tidaknya masalah klien, dan pencapaian tujuan serta ketepatan intervensi keperawatan (Nursalam,2007)

Kriteria perawat mengevaluasi kemajuan klien terhadap tindakan keperawatan dalam pencapaian tujuan, dan merevisi data dasar dan perencanaan meliputi menyusun perencanaan evaluasi hasil dari intervensi secara komprehensif, tepat waktu dan terus menerus, menggunakan data dasar dan respon klien dalam mengukur perkembangan kearah pencapaian tujuan, memvalidasi dan menganalisis data baru dengan teman sejawat, bekerjasama dengan klien, keluarga untuk memodifikasi rencana asuhan

keperawatan, mendokumentasikan hasil evaluasi dan memodifikasikan perencanaan (Nursalam,2007).

Ada dua macam evaluasi yaitu evaluasi formatif, evaluasi yang merupakan hasil observasi dan analisa perawat terhadap respon klien segera pada saat dan setelah intervensi keperawatan dilaksanakan dimana evaluasi ini dapat dilakukan secara spontan dan memberi kesan apa yang terjadi pada saat itu. Evaluasi somatif, yaitu evaluasi yang merupakan rekapitulasi dan kesimpulan dari observasi dan analisis status kesehatan klien sesuai dengan kerangka waktu yang ditetapkan pada tujuan keperawatan (Nursalam,2007).

Dalam Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang sistem Pendidikan Nasional pasal 1, pendidikan adalah usaha sadar dan terencana untuk mewujudkan suasana belajar, proses pembelajaran sedemikian rupa supaya peserta didik dapat mengembangkan potensi dirinya secara aktif, supaya memiliki pengendalian diri, kecerdasan, ketrampilan dan masyarakat, kekuatan spiritual keagamaan, keperibadian, akhlak mulia (Pemerintah Republik Indonesia,2003).

Pendidikan keperawatan di Indonesia mengacu pada Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional. Jenis pendidikan keperawatan di Indonesia terbagi menjadi :

- ✚ Pendidikan Vokasional yaitu jenis pendidikan diploma sesuai dengan jenjang memiliki keahlian ilmu terapan keperawatan yang diakui oleh pemerintah Republik Indonesia.
- ✚ Pendidikan Akademi yaitu pendidikan tinggi program sarjana dan pasca sarjana yang diarahkan terutama pada penugasan disiplin ilmu pengetahuan tertentu.
- ✚ Pendidikan Profesi yaitu pendidikan tinggi setelah program sarjana yang mempersiapkan peserta didik untuk memiliki pekerjaan dengan persyaratan keahlian khusus.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan pasal 5,6,7,8, pendidikan tinggi keperawatan terdiri atas pendidikan vokasional (paling rendah diploma tiga Keperawatan), pendidikan akademik (program sarjana keperawatan, magister keperawatan, doktoral keperawatan)

pendidikan profesi (profesi keperawatan dan spesialisasi keperawatan).

Menurut Surat Keputusan Mendikbud RI No. 056/U/1994 jenjang pendidikan tinggi keperawatan di Indonesia terdiri dari program pendidikan DIII keperawatan, program pendidikan sarjana keperawatan, program pendidikan ners, program pendidikan magister keperawatan, program pendidikan ners spesialis. Ners Spesialis merupakan ilmuwan di bidang ilmu keperawatan klinik dengan kemampuan dan tanggung jawab sebagai ilmuwan keperawatan klinik (Nursalam, 2008).

PENUTUP

Pendidikan sangat mempengaruhi dalam pelaksanaan pendokumentasian asuhan keperawatan. Perawat dengan tingkat pendidikan yang berbeda akan mempunyai kualitas dokumentasi yang berbeda pula, semakin tinggi tingkat pendidikannya maka kemampuan kognitif dan ketrampilannya akan semakin meningkat. makin tinggi pendidikan seseorang, makin mudah untuk menerima informasi sehingga mampu membuat keputusan dalam melakukan pendokumentasian, pendidikan yang tinggi akan meningkatkan motivasi, keinginan dan kematangan intelektual dalam penerapan

pendokumentasian secara lengkap. Tingkat pendidikan yang tinggi pada umumnya menyebabkan seseorang lebih mampu dan bersedia menerima tanggung jawab. Hal ini akan mempengaruhi kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa meningkatkan dan memberikan pendalaman pemahaman seorang perawat dalam pendokumentasian dari asuhan keperawatan ini sangat penting adanya.

DAFTAR PUSTAKA

- ❖ Andra Saferi, Yessie Mariza. (2013). *Keperawatan Medikal Bedah II, Keperawatan Dewasa Teori dan Contoh Askep*. Yogyakarta : Nuha Medika
- ❖ Carpenito, L.J & Moyet.(eds10). (2017). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- ❖ Mangole, J. E., Rompas, S., & Ismanto, A. Y. (2015). Hubungan Perilaku Perawat Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Cardiovascular and Brain Center RSUP Prof. Dr. RD Kandou Manado. *Jurnal Keperawatan*, 3(2)

- ❖ Marina, M. N. (2019). Pentingnya Mengetahui Konsep Dasar Proses Keperawatan. *Osf. io*
- ❖ Mediarti Devi, Rehana, Abunyamin. (2016). Hubungan Antara Pendidikan dan Motivasi Perawat dalam Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Instalasi Intensive Care Rumah Sakit Umum Daerah Palembang Bari. *Repository Unpad*
- ❖ Noorkasiani, N., Gustina, R., & Maryam, S. (2015). Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kelengkapan Dokumentasi Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 18(1), 1-8
- ❖ Nuryani, N., & Susanti, D. D. (2014). Hubungan Pengetahuan Perawat dengan Kelengkapan Dokumentasi Asuhan Keperawatan di RSUD dr. Soekardjo Kota Tasikmalaya. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia (JMIKI)*, 2(2)
- ❖ SDKI, DPP & PPNI. (Eds1). (2016). *Standart Diagnosis Keperawatan Indonesia : Defenisi dan Indikator Diagnostik*. Jakarta : DPPPNI
- ❖ Setiadi. (2012). *Konsep & Penulisan Dokumentasi Asuhan Keperawatan; Teori dan Praktik*. Yogyakarta : Graha Ilmu
- ❖ Simamora, R. (2009). *Dokumentasi Proses Keperawatan*.
- ❖ Simamora, R. H., Purba, J. M., Bukit, E. K., & Nurbaiti, N. (2019). Penguatan Peran Perawat Dalam Pelaksanaan Asuhan Keperawatan Melalui Pelatihan Layanan Prima. *JPPM (Jurnal Pengabdian Dan Pemberdayaan Masyarakat)*, 3(1), 25-31.
- ❖ Siswanto, L. H., Hariyati, R. T. S., & Sukihananto, S. (2013). Faktor-Faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 16(2), 77-84
- ❖ Sumarni, S., Epi, E., & Utami, G. T. (2014). Hubungan tingkat pengetahuan dan sikap perawat tentang pemberian obat terhadap tindakan pendokumentasian keperawatan. *Jurnal Online Mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau*, 1(1), 1-8
- ❖ Supratti. (2016). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju Indonesia. *Jurnal keperawatan indonesia* 2(1), 44-51.

- ❖ Supratti, S., & Ashriady, A. (2018). Pendokumentasian Standar Asuhan Keperawatan Di Rumah Sakit Umum Daerah Mamuju. *Jurnal Kesehatan Manarang*, 2(1), 44-51
- ❖ Zakiyah, A. (2015). Hubungan Sikap dan Karakteristik Perawat Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Umum

Sidoarjo. *Jurnal Keperawatan Sehat*, 5(01)