

Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan

Marisih Damanik¹, Rahmi Fahmy², Leni Merdawati³

Abstrak

Dokumentasi asuhan keperawatan harus dilakukan dengan lengkap dan akurat karena merupakan pertahanan diri perawat terhadap tuntutan juga sebagai bukti bahwa asuhan keperawatan benar telah dilakukan. **Tujuan:** Mengidentifikasi keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat. **Metode:** Desain penelitian ini adalah deskriptif kuantitatif dengan observasi terhadap dokumen rekam medis. Sampel adalah 305 dokumen dengan teknik *proportional random sampling*. Instrumen yang digunakan adalah D-Cath Instrument. **Hasil:** Keakuratan pengkajian keperawatan sebagian lengkap (76,7%), keakuratan diagnosis keperawatan hanya mengandung masalah keperawatan saja (95,7%), keakuratan intervensi keperawatan tidak ada tindakan/aktifitas keperawatan (81,3%), keakuratan catatan perkembangan dan evaluasi sebagian lengkap (63,9%) dan legibility/keterbacaan kualitas baik (69,2%). **Simpulan:** Keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan masih kurang, untuk itu masih perlu ditingkatkan lagi melalui pelatihan.

Kata kunci: keakuratan, dokumentasi, D-Cath instrument

Abstract

Documentation of nursing care must be done completely and accurately because it is the nurse's self-defense as evidence that true nursing care has been done. Objectives: To identify the accuracy of nursing documentation in the inpatient installation in a hospital in West Sumatera. Methods: Descriptive quantitative research design with observation on medical record documents. Samples were 305 of the documents with proportional random technique sampling. The instrument used was a D-Cath instrument. Results: The accuracy of the nursing assessment is almost entirely partially complete (76,7%), the accuracy of the nursing diagnosis only contains nursing problems (95,7%), the accuracy of the nursing intervention is nothing nursing inactivity (81,3%), the accuracy of the progress notes and the evaluation of the results is almost entirely partially complete (63,9%, and legibility is mostly on good quality (69,2%). Conclusion: The accuracy of nursing documentation still not enough, so it still needs to be improved again through training.

Keywords: accuracy, documentation, D-Cath instrument

Affiliasi penulis: 1. RSUD Lubuk Sikaping, 2. Fakultas Ekonomi Universitas Andalas Padang, 3. Fakultas Keperawatan Universitas Andalas Padang

Korespondensi: Marisih Damanik, Email:damanik.marisih@gmail.com
Telp: 081267103610

PENDAHULUAN

Dokumentasi keperawatan merupakan fungsi penting dari praktek keperawatan profesional untuk itu dokumentasi keperawatan yang dibuat haruslah lengkap dan akurat, karena merupakan pertahanan

diri perawat terhadap tuntutan juga sebagai bukti bahwa asuhan keperawatan benar telah dilakukan.¹

Pelayanan keperawatan yang bermutu harus memenuhi karakteristik proses keperawatan dengan sistem terbuka, fleksibel terhadap kebutuhan pasien dan dinamis, berpusat pada pasien, terencana, mempunyai tujuan dan ada umpan balik.² Dokumentasi keperawatan penting karena mampu merekam kronologis kondisi pasien, mencatat semua tindakan yang dilakukan dan respon pasien terhadap

perawatan.³ Dokumentasi dapat digunakan sebagai alat bukti dalam persidangan sesuai kebutuhan pasien, keluarga, perawat, maupun petugas kesehatan lain dengan tetap menjaga kerahasiaan.^{4,5}

Dokumentasi diperlukan untuk merencanakan perawatan pasien, indikator dalam mengembangkan asuhan keperawatan, indikator praktek keperawatan yang bermutu.³ Manfaat lain dokumentasi sebagai bukti tanggung jawab dan tanggung gugat perawat, sumber data, sebagai sarana pendidikan dan penelitian dan sebagai prediksi kematian.⁶

Dokumentasi keperawatan juga sebagai sarana komunikasi antara pemberi asuhan.⁷ Dokumentasi keperawatan yang dibuat, haruslah akurat.⁸ Dokumentasi keperawatan yang tidak akurat/tepat dapat mengakibatkan kesalahan dalam penafsiran atau interpretasi sehingga dapat membahayakan keselamatan pasien.⁹

Dokumentasi yang tidak efektif dan efisien mengakibatkan kualitas dan keakuratannya kurang maksimal sehingga dapat mengakibatkan gangguan komunikasi antara pemberi asuhan.⁷ Hasil penelitian sebelumnya melaporkan bahwa 11% masalah komunikasi dapat memperburuk kondisi pasien selama dirumah sakit.¹⁰

Dokumentasi keperawatan dapat digunakan sebagai indikator dalam menentukan kualitas keperawatan juga sebagai dasar dalam pengambilan keputusan.¹¹ Hasil penelitian sebelumnya mengidentifikasi 13% kesalahan manajemen klinis berasal dari kesalahan dokumentasi.¹² Dokumentasi keperawatan yang dibuat haruslah akurat/tepat karena dapat mempengaruhi kualitas perawatan.¹³

Beberapa penelitian terkait dengan dokumentasi asuhan keperawatan yang dilakukan masih terbatas tentang kelengkapan saja. Hasil penelitian sebelumnya ada 71,6% pendokumentasian yang dilakukan perawat tidak lengkap.¹⁴ Penelitian lain yang pernah dilakukan menemukan dari 93 responden didapatkan hasil pengkajian keperawatan kurang lengkap 91 orang (97.8%), diagnosa keperawatan kurang lengkap 40 orang (43%), perencanaan kurang lengkap 46 orang (49.5%), implementasi lengkap 49 orang (52.7%), evaluasi lengkap 59 orang (63.4%).¹⁵

Permasalahan terkait kualitas dokumentasi merupakan isu penting dalam manajemen keperawatan diberbagai rumah sakit di seluruh Indonesia, penelitian sebelumnya yang dilakukan di tempat yang sama dengan tempat penelitian ini menunjukkan hasil (n=48) rerata kelengkapan dokumentasi keperawatan 53,5% dengan uraian pengkajian 57%, diagnosa 51%, perencanaan 59%, implementasi keperawatan 52%, evaluasi keperawatan 51% dan catatan keperawatan 51% hasil ini masih dibawah standar yang ditetapkan yaitu 85%.. Tujuan penelitian ini adalah melihat gambaran keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat.

METODE

Penelitian ini merupakan studi deskriptif kuantitatif dengan pendekatan observasional terhadap dokumen rekam medis secara retrospektif. Penelitian ini dilaksanakan di bagian instalasi rekam medis salah satu rumah sakit di Sumatera Barat dari 13 Mei sampai dengan 7 Juni 2019.

Populasi penelitian yang diambil adalah seluruh dokumen rekam medis pasien diruangan medikal bedah selama bulan Januari sampai Maret 2019 yang berjumlah 1.280 dokumen.

Jumlah sampel pada penelitian ini berjumlah 305 dokumen diambil dengan teknik *proportionale random sampling* dengan kriteria inklusi; berkas rekam medik yang telah pulang dan dirawat minimal tiga hari di ruangan medikal bedah. Kriteria eklusi; berkas rekam medik pasien pindahan dari ruangan lain. Jumlah sampel masing masing ruangan diambil secara *sistematik random sampling*.

Instrumen yang dipakai adalah D-Cath Instrumen yang terdiri dari enam item mencakup keakuratan struktur dokumentasi keperawatan, pengkajian keperawatan, diagnosis keperawatan, intervensi keperawatan, catatan perkembangan dan evaluasi hasil serta keterbacaan dokumentasi asuhan keperawatan. cara penilaiannya dapat dilihat dari referensi.⁹

Penelitian ini telah disetujui oleh Komis Etik Fakultas Kedokteran Universitas Andalas Padang no 327/KEP/FK/2019. Prinsip etika berdasarkan pedoman etik kesehatan yang dikeluarkan oleh Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan. Sifat psikometrik: cronbach's alpha adalah 0,72-0,77. Skala alat ukur yang digunakan adalah skala likert. Dalam melakukan penelitian ini dibantu oleh enumerator sebanyak 9 orang, sebelumnya peneliti menyamakan persepsi dulu dengan enumerator terkait cara pemakaian instrumen, kemudian melakukan uji coba instrumen sehingga didapatkan kesepakatan antara enumerator dengan uji inter rater reliability. Alat uji yang digunakan adalah Cohen's Kappa. Hasil uji Kappa didapatkan dalam rentang 0,60-0,74

HASIL

Keakuratan pengkajian keperawatan

Tabel 1. Distribusi Frekuensi keakuratan pengkajian keperawatan di salah satu rumah sakit di Sumatera Barat.

Skor	Pengkajian Keperawatan	f	%
1	- Tidak Ada (identitas pasien, alasan masuk RS, kondisi kesehatan tidak ada)	0	0
2	- Tidak lengkap (identitas pasien lengkap, alasan masuk rumah sakit dan kondisi kesehatan tidak ada)	0	0
3	- Sebagian lengkap (identitas pasien lengkap, alasan masuk RS dan kondisi kesehatan tidak lengkap)	234	76,7
4	- Lengkap (identitas pasien lengkap, alasan masuk RS dan kondisi kesehatan lengkap)	71	23,3
Total		305	100

Tabel 1 menunjukkan pengkajian keperawatan di salah satu rumah sakit di Sumatera Barat sebagian lengkap sebanyak 76,7%, artinya pada format pengkajian sudah memuat identitas pasien, namun alasan masuk RS dan kondisi kesehatan pasien didokumentasikan dengan tidak lengkap.

Keakuratan diagnosis keperawatan

Tabel 2. Distribusi frekuensi keakuratan diagnosis keperawatan di salah satu rumah sakit di Sumatera Barat.

skor	Diagnosis keperawatan	f	%
1	- Tidak ada (hanya mencantumkan masalah/problem keperawatan saja)	292	95,7
2	- Tidak lengkap (mencantumkan masalah dan etiologi saja)	13	4,3
3	- Sebagian lengkap (mencantumkan masalah, etiologi, tanda dan gejala)	0	0
4	- Lengkap (mencantumkan masalah, etiologi, tanda dan gejala serta kemungkinan intervensi)	0	0
Total		305	100

Tabel 2 menunjukkan diagnosis keperawatan di Instalasi rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat sebanyak 95,7% diagnosis yang ada hanya mencantumkan komponen masalah (problem) saja.

Keakuratan Intervensi Keperawatan

Tabel 3. Distribusi frekuensi keakuratan intervensi keperawatan di instalasi rawat inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat

Skor	Intervensi keperawatan	f	%
1	- Tidak ada (tidak ada intervensi dalam bentuk aktifitas/tindakan keperawatan)	248	81,3
2	- Tidak lengkap (kurang 50% intervensi berhubungan dengan diagnosis, tujuan dan hasil yang akan dicapai tidak jelas)	33	10,8
3	- Sebagian lengkap (minimal 50% intervensi berhubungan dengan diagnosis, menggambarkan tujuan dan hasil yang akan dicapai)	21	6,9
4	- Lengkap (setiap intervensi dalam bentuk aktifitas, berhubungan dengan diagnosis keperawatan, menggambarkan tujuan dan hasil yang akan dicapai)	3	1
Total		305	100

Tabel 3 menunjukkan sebagian besar intervensi keperawatan di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat sebanyak 81,3%, hanya mencantumkan manajemen saja artinya tidak ada intervensi yang dicatat dalam bentuk tindakan/aktifitas keperawatan

Keakuratan Catatan Perkembangan dan Evaluasi Hasil

Tabel 4. Distribusi frekuensi keakuratan catatan perkembangan dan evaluasi hasil di instalasi rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat

skor	Catatan perkembangan dan Evaluasi hasil keperawatan	f	%
1	-Tidak ada (catatan perkembangan dan evaluasi hasil tidak ada)	0	0
2	- Tidak lengkap (kurang dari 50% catatan perkembangan dan evaluasi hasil. Tidak ada update dalam satu minggu)	0	0
3	- Sebagian lengkap (minimal 50% catatan perkembangan dan evaluasi hasil berhubungan dengan diagnosis, intervensi dijelaskan sesuai dengan kondisi pasien serta update tiap hari)	237	77,7
4	-Lengkap (catatan perkembangan dan evaluasi hasil berhubungan dengan diagnosis keperawatan, intervensi dijelaskan sesuai dengan kondisi pasien serta di update tiap hari)	68	22,3
Total		305	100

Tabel 4 menunjukkan sebagian besar catatan perkembangan dan evaluasi hasil di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat lengkap sebanyak 77,7% artinya minimal 50% catatan perkembangan dan evaluasi hasil keperawatan berhubungan dengan diagnosis keperawatan, intervensi dijelaskan sesuai dengan kondisi kesehatan pasien serta diupdate setiap hari

PEMBAHASAN

Keakuratan pengkajian keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa sebagian besar pengkajian keperawatan di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat sebagian besar lengkap sebanyak 76,7% artinya pada laporan admisi/data masuk alasan masuk rumah sakit dan kondisi kesehatan pasien didokumentasikan dengan tidak lengkap. Hal ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan di salah satu rumah sakit di Surabaya dimana 85,7% pengkajian yang dilakukan lengkap.¹⁶

Salah satu faktor yang mungkin mempengaruhi adalah karena belum meratanya pengetahuan perawat dalam pengkajian.¹⁷ Perawat harus memiliki pengetahuan terkait teori dan konsep sebagai dasar dalam melakukan pengkajian serta dapat menjalin komunikasi yang efektif sehingga data yang diperoleh lebih akurat. Pengetahuan juga dapat dipengaruhi oleh tingkat pendidikan. Hal ini berbeda dengan hasil penelitian yang dilakukan di Kalimantan Barat yang menemukan $p = 0,925$ yang artinya tidak ada pengaruh antara tingkat pendidikan terhadap kelengkapan pengkajian keperawatan.¹⁸

Keakuratan Diagnosis Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa hampir seluruhnya 95,7% diagnosis keperawatan di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat diagnosis keperawatan yang dibuat hanya mencantumkan komponen masalah (*Problem*) keperawatan saja. Hasil ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang menemukan 49,6% diagnosis yang dibuat hanya mencantumkan problem dan etiologi saja.²

Berdasarkan diagnosis keperawatan yang dirumuskan masih ditemukan kesenjangan antara masalah yang dialami pasien dengan diagnosis yang dirumuskan. Ketidakmampuan dalam menganalisis data karena tidak mengakomodir semua data keluhan pasien sehingga diagnosis keperawatan yang dirumuskan tidak akurat. Agar perawat dapat melakukan analisis dengan baik maka dibutuhkan kemampuan intelektual, interpersonal dan teknikal yang baik.¹⁷

Faktor lain yang mungkin memengaruhi kelengkapan diagnosis keperawatan adalah belum optimalnya pelaksanaan supervisi yang dilakukan oleh kepala ruangan terhadap dokumentasi keperawatan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya yang menemukan bahwa $p = 0,04$ artinya terdapat hubungan antara supervisi kepala ruangan dengan kelengkapan diagnosis keperawatan. Supervisi sangat dibutuhkan dalam peningkatan kerja dalam pendokumentasian, dalam bentuk bimbingan dan pengarahan, mendengarkan setiap keluhan staf dan dapat mencari solusi yang tepat dalam mengatasi setiap permasalahan staf.¹⁹

Keakuratan Intervensi Keperawatan

Hasil penelitian ini menunjukkan 81,3% intervensi keperawatan yang dirumuskan Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat dalam bentuk manajemen saja artinya tidak ada intervensi yang dicatat dalam bentuk aktifitas/tindakan keperawatan. Hasil penelitian ini berbeda dengan penelitian sebelumnya yang menemukan 45,2% intervensi yang dibuat dalam bentuk aktifitas dan berhubungan dengan diagnosis keperawatan yang telah dirumuskan.²

Tahap perencanaan merupakan tahapan selanjutnya setelah pengkajian dan perumusan diagnosis keperawatan. Pada tahapan ini disusun berbagai intervensi keperawatan dengan tujuan agar perawat lebih terarah dalam memberikan asuhan keperawatan sehingga akan mempengaruhi kondisi pasien ke arah yang lebih baik.²⁰ Intervensi yang dirumuskan kurang baik akan mengakibatkan rendahnya mutu pelayanan keperawatan sebagai akibat dari kurang lengkapnya data yang dikumpulkan.

Hal ini kemungkinan disebabkan karena SOP dan petunjuk teknis tentang pembuatan intervensi keperawatan yang belum ada. SOP merupakan acuan yang berisikan rincian tugas, panduan atau arahan bagi perawat dalam melakukan dokumentasi.²¹

Keakuratan Catatan Perkembangan dan Evaluasi Hasil

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa sebanyak 77,7% catatan perkembangan dan evaluasi hasil yang dirumuskan berhubungan dengan diagnosis, namun intervensi tidak dijelaskan sesuai dengan kondisi pasien serta diperbarui tiap hari.

Evaluasi merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan. Pada tahapan ini perawat mengkaji respon pasien atas tindakan keperawatan yang telah dilakukan perawat mengacu kepada kriteria hasil yang telah dirumuskan sebelumnya. Evaluasi ada dua yaitu evaluasi proses atau formatif yang dilakukan setiap setelah melakukan tindakan, sedangkan evaluasi hasil atau sumatif dengan cara membandingkan respon pasien pada tujuan khusus dan umum yang telah ditetapkan.²²

Tahap evaluasi dilakukan dengan membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kondisi pasien dengan tujuan yang telah ditetapkan sebelumnya, dilakukan dengan berkesinambungan dan selalu melibatkan pasien maupun tim kesehatan lainnya.

Berdasarkan hasil observasi dokumentasi didapatkan bahwa sebagian besar perawat hanya menuliskan rutinitas saja selama dinas. Upaya yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan antara lain melalui pelatihan, karena melalui pelatihan dapat meningkatkan kualitas kerja seseorang sesuai dengan tanggung jawabnya. Sejalan dengan penelitian yang dilakukan sebelumnya menemukan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara pelatihan dengan kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan. Perawat yang pernah mengikuti pelatihan pendokumentasian asuhan keperawatan akan mendokumentasikan dengan lengkap 30,60 kali dibandingkan dengan yang belum pernah mengikuti pelatihan.¹⁴

SIMPULAN

keakuratan pengkajian keperawatan di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat 76,7% sebagian lengkap.

Keakuratan Diagnosis keperawatan di Instalasi Rawat Inap salah satu rumah sakit di Sumatera Barat hanya mencantumkan komponen masalah (Problem) keperawatan saja sebanyak 95,7%.

Keakuratan Intervensi keperawatan tidak ada intervensi yang dirumuskan dalam bentuk aktifitas 81,3%.

Keakuratan catatan perkembangan dan evaluasi hasil keperawatan 77,7% sebagian lengkap.

SARAN

Diharapkan kepada pihak manajemen Rumah Sakit untuk dapat meningkatkan keakuratan dokumentasi asuhan keperawatan melalui pelatihan terhadap petugasnya.

UCAPAN TERIMA KASIH

Terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam pelaksanaan penelitian ini, Direktur Rumah Sakit yang telah memberikan izin melaksanakan penelitian, staf bagian rekam medis dan kepada enumerator yang membantu peneliti dalam melaksanakan penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

1. Marini M, Chaves EH. Evaluation of the accuracy of nursing diagnoses in a Brazilian emergency service. 2011;22(2):56-67.
2. Tuinman A, De Greef M, Krijnen W, Paans W, Roodbol P. Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatr Nurs (Minneap)*. 2017;xx:1-6.
3. Collins S, Cato K, Albers D, Scott K, Stetson P, Bakken S, *et al*. Relationship between nursing documentation and patients mortality. *Am J Crit Care*. 2013;22(4):306-13.
4. Dehgan M, Dehghan D, Sheikhrabori A, Sadeghi M, Jalalian M. Quality improvement in clinical documentation : does clinical governance work ? *J Multidiscip Healthc*. 2013;6(December):441-50.
5. Scruth EA. Quality nursing documentation in the medical record. *J Clin Nurse Spec*. 2014:312-4.
6. Wilson S, Hauck Y, Bremner A, Finn J. Quality nursing care in Australian paediatric hospitals : a Delphi approach to identifying indicators. *J Clin Nurs*. 2012:1-12.
7. Braaf S, Manias E, Riley R. The role of documents and documentation in communication failure across the perioperative pathway. a literature review. *Int J Nurs Stud*. 2011; 48 (81): 1024-38.
8. John SK, Bhattacharya C. Documentation guidelines based on expectation of documentation helps accurate documentation among nurses in psychiatric settings. *Asian J Nurs Edu Res*. 2016;6(2):260-4.
9. Paans W, Sermeus W, Nieweg RM, Van Der Schans CP. D-Catch instrument: development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *J Adv Nurs*. 2010;66(6):1388-400.
10. Jefferies D, Johnson M, Nicholls D, Lad S. A ward-based writing coach program to improve the quality of nursing documentation. *Nurse Educ Today*. 2012;32(6):647-51.
11. Alkouri osama A, Alkhatib AJ, Kawafhah M. Importance and implementation of nursing documentation: review study. *European Scientific Journal*. 2016;12(3):101-6.
12. Tran D, Johnson M. Classifying nursing errors in clinical management within an Australian hospital. *Int Nurs Rev*. 2010;57:454-62.
13. Paans W, Sermeus W, Nieweg R, Schans C Van Der. Determinants of the accuracy of nursing diagnoses : influence of ready knowledge, knowledge sources, disposition toward critical thinking, and reasoning skills. *J Prof Nurs*. 2010;26(4):232-41.
14. Siswanto LMH, Tutik R, Hariyati S, Sukihananto. Faktor-faktor yang berhubungan dengan kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan. *J Keperawatan Indones*. 2013;16 (2):77-84.
15. Supratti, Ashriady. Pendokumentasian standar asuhan keperawatan di rumah sakit umum daerah Mamuju, Indonesia. *J Kesehat Manarang*. 2016;2(1):44-51.
16. Prakosa M, Nursalam, Asmoro C. Kualitas

- dokumentasi keperawatan dan beban kerja objektif perawat berdasarkan time and motion study (TMS). Quality of nursing documentation and nurse ' s objective workload based on time and motion study (TMS). J INJEC. 2016;1(2): 173-7.
17. Bijani M, Sadeghzadeh M, A KJ, Hannan KS. Factors influencing poor nursing documentation from the perspective of nursing staff. *Int J Med Res Heal Siciences*. 2016;5(11):717-8.
 18. Andri F, Indra R, Susmarini D. Analisis faktor-faktor yang mempengaruhi perawat dalam memenuhi kelengkapan dokumentasi keperawatan di igd Rumah Sakit Wilayah Pontianak Kalimantan Barat. *J Med Respati*. 2015;X(4):49-59.
 19. Yanti R, Warsito B. Hubungan karakteristik perawat, motivasi, dan supervisi dengan kualitas dokumentasi proses asuhan keperawatan. *J Manag Keperawatan*. 2013;1(2):107-14.
 20. Aumatell X, Casacuberta M, Villarroel R. Critical care nursing interventions and the time required for their. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017;xxx:1-7.
 21. Barbosa C, Mauro M, Cristovao S, Mangione J. The importance of standard operating procedures (SOPs) for clinical research centers. *Rev Assoc Med Bras*. 2011; 57(2):132-3.
 22. Nurjanah S. Gambaran kelengkapan pendokumentasian asuhan keperawatan di RSUD Pandan Arang Boyolali [skripsi]. Surakarta: Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2013.