

**PENGEMBANGAN FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN
BERBASIS *STANDARDIZED NURSING LANGUAGE* (SNL) NANDA-I, NOC
DAN NIC DI RUANG RAWAT INAP**

Made Ermayani¹⁾, Aprilia Nuryanti¹⁾

¹⁾ Akademi Keperawatan Dirgahayu Samarinda Jl. Pasundan No. 21
Samarinda

Email: emasastrawan@gmail.com

Abstract

The extent area of nursing, the number of nursing school, and the place of nursing service in Indonesia or overseas will need a nursing language classification system that is standardized (*Standardized Nursing Language/SNL*) to formulate nursing diagnoses, purpose, and intervention nursing. This research aims to develop documentation format based on based SNL- Nanda I, NOC and NIC in the surgical medical room. The first step is exploration documentation nursing, the second stage are test, try, and evaluation. *Purposive sampling* was used to obtain participants. Method collecting data used FGD, sheet of observation quality of nursing care format, and quality of documentation nursing. The first FGD involved six nurses, the second FGD involved six nursing management of hospital and 11 nurses from medical surgery room. The result was good category for all indicators (functionality 82.39; efficiency 85.80; usability 82.95) and documentation nursing care quality using SNL NANDA-I, NOC and NIC showed that all indicators was good (completeness >86.16; accuracy >90; relevance >91.36; novelty 100). Hospital needs to consider the application of documentation format using nursing language standarized with NANDA-I, NOC and NIC at all room. Nurses need to improve ability in using SNL NANDA-I, NOC and NIC appropriately.

Keywords: *nursing care documentation format, NANDA-I, NOC and NIC*

Abstrak

Luasnya area keperawatan dan banyaknya institusi pendidikan serta tempat pelayanan keperawatan di Indonesia maupun luar negeri, maka akan membutuhkan suatu sistem klasifikasi bahasa keperawatan yang terstandar (*Standardized Nursing Language/ SNL*) untuk merumuskan diagnosis keperawatan, tujuan dan intervensi keperawatan. Tujuan penelitian untuk mengembangkan format dokumentasi berdasar SNL Nanda-I, NOC dan NIC di ruang perawatan medikal medah. Tahap pertama adalah eksplorasi dokumentasi keperawatan dan tahap kedua adalah uji coba dan evaluasi. *Purposive sampling* digunakan dalam pemilihan partisipan. Metode pengumpulan data melalui FGD, lembar observasi mutu format asuhan keperawatan dan mutu dokumentasi keperawatan. FGD pertama melibatkan enam perawat pelaksana, FGD kedua melibatkan enam dari jajaran manajemen keperawatan RS dan 11 orang perawat dari ruang perawatan medikal bedah dalam uji coba format. Mutu format asuhan keperawatan dalam kategori baik untuk semua indikator (functionality 82,39; efficiency 85,80; usability 82,95) dan mutu dokumentasi asuhan keperawatan menggunakan SNL NANDA-I, NOC dan NIC menunjukkan semua indikator dalam kategori baik (kelengkapan >86,16; akurasi >90; relevansi >91,36; kebaruan seluruhnya 100). RS perlu mempertimbangkan penerapan format dokumentasi menggunakan bahasa standar keperawatan menurut NANDA-I, NOC dan NIC di semua ruang perawatan. Perawat perlu terus menggali kemampuan dalam menggunakan SNL NANDA-I, NOC dan NIC yang aplikatif sesuai setting pelayanannya.

Kata kunci: format dokumentasi asuhan keperawatan, NANDA-I, NOC dan NIC

PENDAHULUAN

Setiap pelaksanaan proses keperawatan, perawat akan selalu melakukan pencatatan atau sering disebut pendokumentasian, mulai dari pengkajian, diagnosis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi. Dokumentasi merupakan aspek penting dari praktik keperawatan karena berisi catatan-catatan yang berguna untuk komunikasi, tagihan finansial, edukasi, pengkajian, riset, audit dan dokumentasi legal (Potter & Perry, 2005 dalam Wirawan, Emanuel Agung). Hakikat dokumentasi asuhan keperawatan adalah terciptanya kegiatan-kegiatan keperawatan yang menjamin tumbuhnya pandangan, sikap, cara berpikir, dan bertindak profesional pada setiap perawat.

Luasnya area keperawatan dan banyaknya institusi pendidikan serta tempat pelayanan keperawatan di Indonesia maupun luar negeri, maka akan membutuhkan suatu sistem klasifikasi bahasa keperawatan yang terstandar (*Standardized Nursing Language/ SNL*) untuk merumuskan diagnosis keperawatan, tujuan dan intervensi keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan. Proses dokumentasi

terhadap tindakan yang dilakukan oleh perawat harus ditulis sebagai bukti terhadap segala tindakan yang dilakukan oleh perawat kepada pasien. Proses ini membantu perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang memerlukan ketelitian dan tanggung jawab tinggi, selain itu proses dokumentasi membantu menunjukkan kesalahan atau kebenaran suatu tindakan yang telah dilakukan (Mark, 2008).

Standardized Nursing Language atau disingkat SNL adalah standar “kosa kata/bahasa” untuk mendiskripsikan apa yang telah dikerjakan oleh perawat. Ini merupakan kesempatan besar bagi perawat karena beberapa alasan yaitu menjawab pertanyaan lama : apa yang sebenarnya dikerjakan perawat selama ini, membuat hal hal yang selama ini tidak terlihat menjadi terlihat, dalam pemberian asuhan keperawatan, merupakan alat yang sistematis untuk belajar intervensi keperawatan, menjelaskan apa yang sebenarnya dilakukan oleh perawat, dan dapat mendeterminasi apa kontribusi perawat bagi keberhasilan pasien dalam perawatan, sebagai dasar dokumentasi

keperawatan dalam *computerized medical record*.

Perawat membutuhkan deskripsi *nursing care* dalam “bahasa” yang sama. Ada beberapa keuntungan yang akan didapat ketika kita memiliki standar bahasa yang sama yaitu: 1) Memfasilitasi *continuity of patient care*, 2) Memfasilitasi komunikasi antar perawat dan profesi lain, 3) Dapat digunakan oleh perawat/manajemen untuk informasi sebagai data dalam pembuatan Standar Asuhan keperawatan, 4) Dapat digunakan untuk komputerasi dan 5) Sebagai bahan untuk penelitian keperawatan.

SNL dibangun berdasarkan pengkajian pola fungsional kesehatan (pengkajian ala keperawatan bukan pengkajian ala medis) dan bisa digunakan pada semua tipe/*setting nursing care*. Pengembangan format dokumentasi keperawatan berbasis SNL NNN akan menjawab tantangan perawat dalam memiliki bahasa keperawatan yang seragam dan sepaham.

METODE

Peubah dalam penelitian ini adalah peubah independen yaitu format dokumentasi asuhan keperawatan. Penelitian ini akan menggunakan desain

penelitian yang terdiri dari dua tahap. Tahap pertama yaitu survei eksplanasi deskriptif dan tahap kedua adalah uji coba. Tahap pertama penelitian ini akan menggali masalah dokumentasi keperawatan.

Teknik pengumpulan data pada tahap pertama akan dilakukan dengan *focus group discussion* (FGD) pertama dengan para perawat pelaksana. Hasil FGD pertama adalah menemukan *issue* strategis tentang format asuhan keperawatan. Isu strategis kemudian dibahas dalam FGD kedua dengan manajemen keperawatan RS. Hasil dari diskusi akan menjadi masukan dan bahan yang akan digunakan untuk mengembangkan format asuhan keperawatan yang berbasis NANDA-I, NOC dan NIC. FGD kedua ini juga digunakan untuk uji validitas isi format asuhan keperawatan. Populasi dalam penelitian ini berbeda-beda disesuaikan dengan tujuan khusus penelitian. Populasi responden tahap pertama adalah seluruh perawat pelaksana di RS Dirgahayu Samarinda dan seluruh dokumentasi keperawatan yang dibuat oleh perawat pelaksana. Populasi partisipan dalam FGD pertama adalah seluruh perawat di ruang rawat medikal bedah RS Dirgahayu Samarinda.

Populasi dalam FGD kedua adalah seluruh manajemen keperawatan RS Dirgahayu Samarinda. Populasi dalam tahap dua penelitian adalah seluruh perawat pelaksana di ruang rawat inap medikal bedah dan dokumen asuhan keperawatan pada ruang medikal bedah.

Teknik sampling pada tahap pertama penelitian adalah *non-probability purposive sampling* untuk subyek penelitian dari perawat pelaksana yang menjadi pelaku pendokumentasian, dengan kriteria:

1. Perawat primer atau perawat asosiasi
2. Perawat yang bekerja di ruang rawat inap medikal bedah

Kriteria eksklusi:

1. Sedang studi lanjut
2. Cuti besar, cuti melahirkan atau cuti panjang lain

Partisipan dalam FGD pertama diambil dengan teknik *non-probability purposive sampling* untuk eksplorasi fakta tentang dokumentasi keperawatan yang digunakan saat ini oleh RS. Partisipan yang dimaksud diambil dari perawat di ruang rawat inap Santo Yakobus A dan Santo Yakobus B sebanyak enam (6) orang. Pada tahap pertama juga dilakukan FGD terhadap enam (6) orang pengambil kebijakan RS untuk

membahas isu strategis dalam rangka mengembangkan format dokumentasi asuhan keperawatan yang akan diujicobakan.

Tahap dua penelitian adalah uji coba format dokumentasi asuhan keperawatan yang dikembangkan. Sampel dalam tahap kedua ini terdiri dari dua bagian. Bagian pertama adalah dokumen asuhan keperawatan yang dicatat oleh perawat pelaksana. Bagian kedua adalah perawat yang melaksanakan dokumentasi keperawatan dan memberikan penilaian mutu format asuhan keperawatan. Sampel dalam penelitian tahap dua ini adalah 11 dokumen asuhan keperawatan menurut SNL Nanda-I, NOC, NIC yang memenuhi kriteria.

- 1) Kriteria inklusi: Instrumen dokumentasi keperawatan terdiri dari instrumen pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi keperawatan
- 2) Kriteria eksklusi: instrumen evaluasi berupa catatan perkembangan pasien yang diisi oleh perawat dengan tim kesehatan lain.

Responden terdiri dari 11 orang perawat pelaksana dari empat ruang perawatan medikal bedah yang memenuhi kriteria.

Sebelum uji coba format dilakukan, pada 11 orang perawat yang telah dipilih tersebut dilakukan workshop dan sosialisasi proses keperawatan menggunakan NANDA-I, NOC dan NIC pada tanggal 22 Agustus 2017. Setelah sosialisasi dilakukan maka format dokumentasi asuhan keperawatan diujicoba untuk digunakan oleh perawat. Uji coba dilakukan selama 10 hari dengan mendokumentasikan asuhan keperawatan mulai dari tahap pengkajian, penegakan diagnosa keperawatan, perencanaan, implementasi dan evaluasi keperawatan dengan lembar latihan yang telah disiapkan peneliti. Akhir dari uji coba adalah penilaian perawat pelaksana terhadap mutu format asuhan keperawatan yang diuji menurut *functionality*, *efficiency* dan *usability* dengan menggunakan kuesioner yang pernah digunakan oleh peneliti Rachmania (2016). Hasil penelitian tahap dua lainnya adalah penilaian mutu dokumentasi keperawatan yang dilakukan oleh perawat yang sedang

mengujicoba format menurut kelengkapan, akurasi, relevansi dan kebaruan (LARB) menurut Nursalam (2014).

Teknik Pengumpulan dan Analisa Data

Pengumpulan data pada penelitian tahap satu dilakukan dengan observasi format dokumentasi keperawatan, studi laporan audit asuhan keperawatan dan FGD dengan perawat pelaksana serta FGD dengan manajemen keperawatan RS dalam pengembangan format. Data hasil observasi dan studi dokumen berupa persentase dideskripsikan dengan kategori yang dikelompokkan sebagai berikut: baik (76-100), cukup (56-75) dan buruk (<56). Hasil FGD dianalisa menurut tema-tema sehingga ditemukan isu strategis materi diskusi. Triangulasi dilakukan pada proses FGD dengan cara mengulang kembali hasil pembahasan dan penyimpulan kembali hasil jawaban partisipan pada setiap pertanyaan. Kamera, video dan perekam suara serta lembar observasi notulen digunakan untuk meningkatkan keabsahan dan kebenaran interpretasi data hasil FGD.

Tahap kedua penelitian yaitu uji coba format dokumentasi keperawatan berbasis SNL NNN. Uji coba dilakukan terhadap kelompok perawat yang memenuhi kriteria inklusi yang telah ditentukan. Evaluasi mutu format asuhan keperawatan dilakukan dengan kuesioner yang berjumlah 12 pertanyaan (4 pertanyaan tentang *functionality*, 4 pertanyaan tentang *efficiency* dan 4 pertanyaan tentang *usability*) yang hasilnya dianalisa secara deskriptif dengan kategori baik (76-100%), cukup (56-75%) dan buruk (<56%). Mutu dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan dengan lembar observasi pengkajian, penegakan diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi keperawatan menurut kelengkapan, akurasi, relevansi dan kebaruan. Lembar observasi dilakukan dengan dua pilihan jawaban yaitu “Ya” (1) jika dokumen memenuhi definisi operasional komponen dan “Tidak” (0) jika tidak memenuhi syarat dalam definisi operasional. Mutu dokumentasi asuhan keperawatan dianalisa secara deskriptif dengan kategori baik (76-100%), cukup (56-75%) dan kurang (<56%) untuk masing-masing proses keperawatan mulai dari pengkajian,

diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi keperawatan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Tahap pertama penelitian dilakukan dengan mengumpulkan data dengan wawancara dengan kepala seksi asuhan keperawatan RS Dirgahayu dan studi dokumen audit asuhan keperawatan sebagai data dasar. Data tentang audit asuhan keperawatan dinilai berdasar instrumen Depkes tahun 1997 yaitu instrument A, B dan C. Hasil audit asuhan keperawatan dari semua ruang perawatan yang dilakukan terakhir pada tahun 2015 menunjukkan pencapaian nilai:

Tabel 1. Hasil Audit Asuhan Keperawatan RS Dirgahayu Samarinda

No	Komponen	Persentase	Kategori
1	Pengkajian	90	Baik
2	Diagnosa	72	Cukup
3	Perencanaan	71	Cukup
4	Tindakan	100	Baik
5	Evaluasi	94	Baik
6	Catatan Askep	81	Baik

Sumber: Data Bidang Keperawatan RS Dirgahayu (2015)

Audit pada komponen pengkajian, tindakan, evaluasi dan catatan asuhan keperawatan menunjukkan dalam kategori baik dan pada komponen diagnosa serta perencanaan dalam kategori cukup. Hal ini sesuai dengan observasi format asuhan keperawatan yang digunakan RS saat ini. Format

pengkajian berbentuk *checklist* sehingga memudahkan perawat dalam mengisinya. Format tindakan keperawatan dan evaluasi dalam catatan perkembangan telah ada format baku dan mudah diisi. Catatan askep dinilai secara keseluruhan dalam hasil baik karena tuntutan akreditasi RS dan legalisasi catatan perawatan. Hasil audit pada komponen diagnosa dan perencanaan keperawatan menunjukkan cukup.

Audit merupakan metode yang digunakan untuk mengevaluasi proses keperawatan, sedangkan audit klinis dapat mengidentifikasi apa yang seharusnya dan yang tidak seharusnya dilakukan. Audit tidak hanya berguna untuk meningkatkan kualitas pelayanan keperawatan, namun juga untuk membantu perawat memperoleh dan menggunakan pengetahuan, keterampilan dan perilaku yang diperlukan untuk menciptakan suasana kerja yang produktif, berarti dan memuaskan (Poortaghi et al. 2015).

Hasil ini sesuai dengan pernyataan beberapa perawat yang diwawancarai karena mengalami kesulitan dalam menyusun diagnosa berdasar pengkajian dan rencana keperawatan karena harus menuliskan serta belum ada panduan

dalam pembuatannya. Oleh karena itu, FGD pertama dilakukan dengan perawat pelaksana dari dua ruang perawatan pada tanggal 12 Juli 2017 di ruang rapat lantai 2 santo Yakobus A untuk menggali masalah yang ada. Beberapa isu strategis yang muncul adalah

1. Format diagnosa keperawatan berdasar Nanda-*international* masih dalam proses penyusunan
2. Format rencana keperawatan berdasar NOC dan NIC masih dalam proses revisi
3. Format evaluasi keperawatan masih belum efisien dalam penulisan
4. Perawat menuliskan catatan keperawatan terlebih dahulu sebelum melakukan tindakan dan tidak semua rencana keperawatan dapat dilakukan
5. Pengisian dokumentasi keperawatan setiap perawat berbeda-beda (belum terstandar)
6. Motivasi perawat untuk mendokumentasikan asuhan keperawatan dalam kategori kurang
7. Evaluasi dari supervisi atasan belum optimal
8. Belum ada penilaian keberhasilan asuhan keperawatan

Perumusan diagnosa keperawatan membutuhkan proses berpikir kritis, keterampilan penalaran dan pengalaman sebelumnya (Poortaghi et al. 2015). Penyusunan format diagnosa keperawatan standar yang sedang disusun oleh RS Dirgahayu saat ini menggunakan pendekatan standar NANDA. Tim penyusun terdiri dari kepala ruang, supervisor dan manajemen keperawatan dengan latar belakang pendidikan dan pengalaman kerja di bidang keperawatan. Perawat menyepakati bahwa tipe *checklist* mudah diaplikasikan jika format diagnosa keperawatan yang baru nanti tersusun. *Checklist* ini merupakan salah satu metode pengamatan terstruktur di mana sebelumnya secara cermat sudah mendefinisikan apa yang akan diobservasi melalui suatu perencanaan yang matang (Nursalam, 2013).

Harapan perawat terhadap format asuhan keperawatan adalah

1. Pencatatan dengan menggunakan komputer dirasakan akan memudahkan dalam dokumentasi keperawatan
2. Perlu ditunjuk sumber daya manusia khusus dalam penjaminan mutu asuhan keperawatan

3. Perlu diadakan *workshop* dan sosialisasi tentang model pendokumentasian asuhan keperawatan berdasar Nanda-NOC dan NIC bagi perawat sehingga seluruh perawat mengerti aturan baku penyusunan dan penulisan asuhan keperawatan

Data yang diperoleh dengan metode FGD tersebut dijadikan dasar dalam FGD kedua dengan pihak manajemen keperawatan RS Dirgahayu dalam rangka penyusunan format dokumentasi asuhan keperawatan yang akan dikembangkan dan diujicobakan. Sesuai dengan data dasar maka format yang perlu ditekankan dalam pengembangan adalah format diagnosa dan perencanaan keperawatan yang memiliki nilai dalam kategori cukup. Format pengkajian, tindakan dan evaluasi ditingkatkan karena telah memiliki nilai dalam kategori baik.

Diskusi kelompok terarah kedua dilakukan pada tanggal 12 Agustus 2017 di ruang rapat lantai 2 kompleks ruangan manajemen RS Dirgahayu. Pada FGD kedua ini peneliti mempresentasikan isu strategis yang diperoleh dalam FGD 1, kemudian mendiskusikan kemungkinan harapan perawat dan peneliti dalam

mengembangkan format dokumentasi asuhan keperawatan yang sudah ada.

Format dokumentasi asuhan keperawatan yang diusulkan dalam pengembangan penelitian ini adalah mulai dari penegakan diagnosa keperawatan berdasar NANDA-*international*, perencanaan keperawatan berdasar NOC dan NIC, implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan sesuai dengan perencanaan. Format dokumentasi keperawatan dipresentasikan di hadapan manajemen keperawatan RS dan masukan atas format tersebut dicatat untuk kemudian dievaluasi dan direvisi sebelum dilakukan uji coba kepada perawat.

Workshop dan sosialisasi tentang proses keperawatan berbasis SNL NANDA-I, NOC dan NIC dilakukan pada hari Selasa, 21 Agustus 2017 yang diikuti oleh 11 orang perawat yang dipilih oleh manajemen RS untuk mewakili ruang perawatan medikal bedah. Masing-masing perawat mendapatkan modul berisi dokumentasi asuhan keperawatan berbasis *Standardized Nursing Language* (SNL) NANDA-I, NOC dan NIC. Workshop dan sosialisasi ini berlangsung selama satu hari pemberian materi dan dilanjutkan dengan latihan pembuatan

catatan keperawatan uji coba penggunaan format hasil pengembangan. Uji coba format dokumentasi asuhan keperawatan dilakukan selama 10 hari mulai dari tanggal 21-30 Agustus 2017 dan tanggal 31 Agustus 2017 dilakukan pengumpulan lembar uji coba.

Tabel 2. Mutu Format Asuhan Keperawatan pada Penelitian Pengembangan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan berbasis *Standardized Nursing Language* NANDA-I, NOC dan NIC di Ruang Rawat Inap Medikal Bedah RS Dirgahayu Samarinda (N=11)

Parameter	Persentase	Kategori
<i>Functionality</i>	82,39	Baik
<i>Efficiency</i>	85,80	Baik
<i>Usability</i>	82,95	Baik

Hasil analisa secara deskriptif menunjukkan mutu format dokumentasi keperawatan adalah baik untuk semua parameter mutu format asuhan keperawatan.

Tabel 3. Mutu Dokumentasi Asuhan Keperawatan pada Penelitian Pengembangan Format Dokumentasi Asuhan Keperawatan berbasis *Standardized Nursing Language* NANDA-I, NOC dan NIC di Ruang Rawat Inap Medikal Bedah RS Dirgahayu Samarinda (N=11)

Parameter	Format	Persentase	Kategori
Kelengkapan	Pengkajian	98,18	Baik
	Diagnosa	95,45	Baik
	Perencanaan	92,27	Baik
	Tindakan	86,36	Baik
	Evaluasi	90,45	Baik
Akurasi	Pengkajian	98,18	Baik
	Diagnosa	92,27	Baik
	Perencanaan	91,82	Baik
	Tindakan	90,00	Baik
	Evaluasi	93,18	Baik
Relevansi	Pengkajian	99,09	Baik
	Diagnosa	91,36	Baik
	Perencanaan	100	Baik
	Tindakan	93,18	Baik
	Evaluasi	94,09	Baik

Parameter	Format	Persentase	Kategori
Kebaruan	Pengkajian	100	Baik
	Diagnosa	100	Baik
	Perencanaan	100	Baik
	Tindakan	100	Baik
	Evaluasi	100	Baik

Rekomendasi berdasarkan uji coba format dokumentasi asuhan keperawatan yang diusulkan oleh perawat adalah

1. Semua perawat mendapatkan pelatihan tentang bahasa keperawatan standar menurut NANDA-I, NOC dan NIC
2. Format dokumentasi asuhan keperawatan untuk dapat diaplikasikan di RS Dirgahayu
3. Melakukan pengembangan format asuhan keperawatan untuk diagnosa prioritas yang sering muncul di RS
4. Membedakan batasan karakteristik masalah keperawatan menurut usia (pada dewasa dan anak)

SIMPULAN

Penelitian ini dilakukan melalui dua tahap yaitu tahap pertama survei untuk mengetahui isu strategis dalam format dokumentasi keperawatan serta mengembangkannya. Tahap dua adalah uji coba format hasil pengembangan awal dan penilaian mutu format serta mutu dokumentasi keperawatan yang dibuat oleh perawat pelaksana.

Penilaian audit asuhan keperawatan di ruang perawatan RS Dirgahayu didapatkan hasil pengkajian, tindakan dan evaluasi keperawatan dengan kategori baik, sedangkan pada diagnosa dan perencanaan menunjukkan kategori cukup. Komponen format asuhan keperawatan yang dikembangkan adalah pada bagian diagnosa keperawatan yang menyediakan acuan menurut NANDA-international, perencanaan keperawatan mengacu pada NOC untuk tujuan/ *outcome* dan NIC untuk intervensi. Format tindakan dan evaluasi keperawatan mengikuti perencanaan yang disusun menggunakan NOC dan NIC sehingga indicator pencapaian terukur jelas dan terstandar. Mutu format asuhan keperawatan menurut *functionality*, *efficiency* dan *usability* semuanya dalam kategori baik. Mutu dokumentasi proses keperawatan (pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi) menurut kelengkapan, akurasi, relevansi dan kebaruan semuanya dalam kategori baik.

UCAPAN TERIMA KASIH

1. DRPM Ditjen Penguatan Riset dan Pengembangan untuk hibah dana penelitian ini
2. Ketua Yayasan Setia Budi Samarinda yang memberikan arahan dan dorongan untuk melakukan penelitian ini
3. Direktur Akper Dirgahayu untuk dukungan dalam penelitian ini
4. Ketua UPPM atas arahan dalam pengajuan proposal sampai penyelesaian laporan penelitian

DAFTAR PUSTAKA

- Depkes RI, 2006, *Intrumen evaluasi penerapan standar asuhan keperawatan di rumah sakit*, Jakarta.
- Egilegor, et al. 2013. *Retrospective study of the implementation of the nursing process in a health area*. www.eerp.usp.br/rlae. Diakses 9 April 2015. Pukul 20.00 WIB
- Herdman dan Kamitsuru. 2014. *Nursing Diagnoses; definition and classification 2015-2017. Tenth edition*. UK: Wiley Blackwell.
- Irwan, Maulana, S. 2011. *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta : EGC.
- James, Stoner A.F. 2013. *Principles and Practice of Management & Business Communication*. India: Pearson Education
- Johnson, M., Maas, M., Moorhead S., & Swanson, E. 2013. *IOWA Outcome Project: Nursing Outcomes Classification (NOC)*. 5th ed. Missouri; Mosby, Inc
- Herdman, T.H & Kamitsuru, S., 2014, *Nanda International Inc. diagnosis keperawatan: definisi & klasifikasi 2015-2017*; alih bahasa: Budi Anna Keliat et al; editor penyelarar: Monica Ester. Edisi 10. Jakarta: EGC.
- Mangkunegara, Anwar Prabu. 2005. *Evaluasi Kinerja*. Bandung : Refika Aditama. Edisi 3 Hal 31-35
- Mark. M.S., et al. 2008. *Patient care standards: nursing process, diagnosis and outcomes*, Mosby, St. Louis
- Mc Closkey, J. C., Butcher, H. K., & Bulechek, G. M. 2013. *IOWA Outcome Project: Nursing Interventions Classification (NIC)*. 6th ed. Missouri; Mosby, Inc
- Moorhead, S., et al, 2013. *Nursing Outcomes Classification (NOC) Measurement of Health Outcomes* 5th ed., Elsevier.
- Nurjannah, Intansari. 2014. *Clinical reasoning model for NOC and NIC Application*. <http://www.keperawatan.ugm.ac.id/berita-psik-fk-ugm/berita-psik-fk-ugm/52-clinical-reasoning-model-for-noc-and-nic-application.html>. Diakses 20 Mei 2015 pukul 20.00 WIB.
- Nursalam. 2001. *Proses & Dokumentasi Keperawatan Konsep & Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam 2013, *Metodologi penelitian ilmu keperawatan; pendekatan praktis, edisi 3*, Penerbit Salemba Medika, Jakarta Selatan.
- Nursalam. 2014. *Proses & Dokumentasi Keperawatan Konsep & Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.

- Nursing and Midwifery Council (NMC). 2002. *Guidelines for records and record keeping*. NMC, London.
- Poortaghi, S. et al., 2015. Findings From a Nursing Care Audit Based on the Nursing Process : A Descriptive Study. , 4(3), pp.0–5.
- Rachmania, Diana. 2016. Pengembangan Instrumen Dokumentasi Keperawatan berbasis Standardized Nursing Language (NANDA-I, NOC , NIC). Tesis dipublikasikan. Fakultas Keperawatan Universitas Airlangga.
- Ragab, Om Hashem Gomaa; Torkey, Mohamed Ali Mohamed; Abdalla, Samah Mohamed. 2013. *Nursing documentation in trauma and post operative intensive care units at Assiut University Hospital*. *Journal of American Science* 2013;9(12).
- Robbins dan Judge. 2007. *Perilaku Organisasi*, Buku 1 dan 2. Jakarta : Salemba Medika Edisi. 8 hal 66-67
- Taylor, Cynthia M & Ralph, Sheila S. 2002. *Diagnosis Keperawatan dengan Rencana Asuhan*. Jakarta: EGC
- Wang N., hailey d. & yu p. 2011. Quality of nursing documentation and approaches to its evaluation: a mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 00(0),000–000. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05634.
- Yuniarti, K. 2005. *Analisis Kesesuaian Penggunaan Diagnosis Keperawatan, Tujuan dan Intervensi menurut NANDA NIC NOC pada Pasien Gagal Ginjal Kronik di RS. Sardjito Yogyakarta*. Yogyakarta : Skripsi Keperawatan UGM