

KAJIAN LITERATUR: AUDIT DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Prasetyaningsih¹⁾, Agus Santoso, S.Kp, M.Kep²⁾
Mahasiswa Jurusan Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas
Diponegoro
Staf Pengajar Departemen Keperawatan, Keperawatan Dasar, Fakultas
Kedokteran, Universitas Diponegoro

Email: ningsihprastya82@gmail.com

ABSTRACT

Purposes: *Knowing the process and benefits of nursing documentation audits.*

Methods: *Electronic search through PubMed, Scopus, Science Direct, EBSCOhost, ProQuest, Google Scholars databases. This was followed by developing the PRISMAgroup/ flow diagram followed by the preparation of the synthesis matrix based on the objectives, inclusion and exclusion criteria. Information about the objectives, samples, design, instruments, result of each study is summarized and analysed.*

Result: *The review showed that seven articles passed screening test. The purpose of nursing documentation audit is to improve the quality of nursing care and patient safety. Documentation audits can show the quality of documentation is still lacking or not according to the standars set. Efforts that can be done are providing support from the government through establishment of standars nursing documentation policies. The nursing documentation audit process can be carried out through a retrospective or concurrent review of the patient's medical records by using an audit instrument that has passed validityand reliability tests.*

Conclusion: *The implementation of an audits requires support from the government, professional organizations, and health service facilities both in the preparation of standards, establishing instruments for conducting audits, as well as institutions that carryout the audit process.*

Keywords: *nursing documentation, documentation audit, service quality*

ABSTRAK

Tujuan: Mengetahui proses dan manfaat audit dokumentasi keperawatan

Metode: Pencarian elektronik melalui database *PubMed, Scopus, Science Direct, EBSCOhost, ProQuest, Google Scholars*. Kemudian dilanjutkan dengan proses pengembangan *PRISMAgroup/ flow diagram* yang dilanjutkan dengan penyusunan matriks sintesis berdasarkan tujuan, kriteria inklusi dan eksklusi. Informasi tentang tujuan, sampel, desain, instrument, hasil setiap studi dirangkum dan dianalisis.

Hasil: Review menunjukkan tujuh artikel lolos uji skrining. Tujuan audit dokumentasi keperawatan adalah untuk meningkatkan mutu asuhan keperawatan dan keselamatan pasien. Audit dokumentasi dapat menunjukkan kualitas dokumentasi yang masih kurang atau belum sesuai standar yang ditetapkan. Upaya yang dapat dilakukan adalah pemberian dukungan dari pemerintah melalui penetapan kebijakan standar dokumentasi keperawatan. Proses audit dokumentasi keperawatan dapat dilakukan melalui review catatan rekam medik pasien baik secara retrospektif maupun *concurrent* dengan menggunakan instrument audit yang sudah melalui uji validitas dan reliabilitas.

Kesimpulan: Pelaksanaan audit dokumentasi keperawatan memerlukan dukungan dari pemerintah, organisasi profesi, dan fasilitas pelayanan kesehatan baik dalam penyusunan standar, penetapan instrument untuk pelaksanaan audit, maupun lembaga yang melakukan proses audit.

Kata kunci: dokumentasi keperawatan, audit dokumentasi, mutu pelayanan

PENDAHULUAN

Keperawatan

memiliki kewajiban dan tanggung jawab kepada masyarakat untuk mengembangkan kualitas perawatan dalam rangka meningkatkan keselamatan pasien dan efisiensi sistem pelayanan kesehatan. Tanggung jawab ini harus didukung dengan praktik dokumentasi yang komprehensif.

Dokumen tasi keperawatan memberikan indikator penting dari kualitas perawatan yang diberikan (Brima et al., 2021) (Damanik, Fahmy, & Merdawati, 2020).

Beberapa literatur menunjukkan bahwa beberapa intervensi dapat meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan, diantaranya adalah supervisi dari organisasi yang digabungkan dengan proses audit. Proses ini merupakan faktor kunci dalam meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan. Kegiatan audit ini merupakan upaya untuk mengawasi dan mengevaluasi mutu pelayanan keperawatan yang diterima pasien dengan menggunakan rekam medis pasien. Pelaksanaan audit penting karena dapat mengetahui apakah ada penyimpangan pekerjaan dari standar, kriteria, dan norma yang ada (Brima et al., 2021). Audit dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit dilakukan oleh subkomite mutu Komite Keperawatan. Komite ini merupakan wadah non-struktural yang berfungsi untuk menjaga

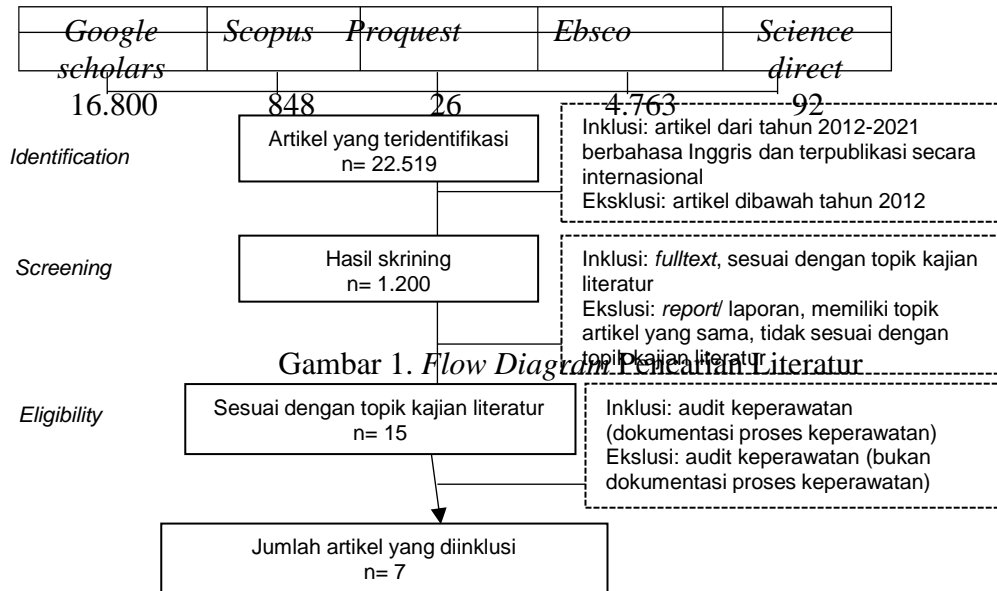
profesionalisme tenaga keperawatan dengan menjaga mutu asuhan keperawatan.

Dari uraian diatas, peneliti tertarik untuk melakukan kajian literatur audit dokumentasi keperawatan dan manfaatnya dalam upaya peningkatan menjaga mutu profesionalisme dan keselamatan pasien. Metodologi Penelitian

Penelitian ini adalah kajian literatur, yaitu berupa review sistematis dengan mencari berbagai studi atau penelitian mengenai topik tertentu kemudian membandingkan informasi yang ditemukan tersebut (Efron & Ravid, 2019). Pencarian literatur dilaksanakan secara online yaitu melalui penelusuran artikel publikasi internasional dan nasional dari tahun 2012-2021. Selanjutnya artikel ini dipilih sesuai dengan kriteria inklusi dan dapat diakses *fulltext* dalam bentuk format pdf. Artikel publikasi internasional seperti *Scopus*, *Ebsco*, *Proquest*, *Google scholars*, *Science direct* menggunakan kata kunci yang dipilih yaitu “*audits nursing, documentation*”. Artikel publikasi nasional seperti portal SINTA, GARUDA, dan *Google Scholars* dengan kata kunci “audit, dokumentasi, keperawatan”.

Pengolahan data dalam kajian literatur ini menggunakan beberapa teknik diantaranya adalah: (Aveyard, 2014) (Grove & gray, 2014) (Cochrane, 2019)

a. Pengembangan PRISMA group/ flow diagram



Gambar 1. Flow Diagram Penelitian Literatur

b. Penyusunan

matriks: menyusun poin-poin penting dalam kolom-kolom untuk membandingkan artikel yang telah dipilih

c. Analisa dan sintesis: menyatukan dan mengkombinasikan beberapa

bagian dengan membuat ringkasan dari artikel yang telah dipilih, kemudian menghubungkan dan membuat rekomendasi

HASIL PENELITIAN

Identitas Literatur dalam Kajian

Tabell. Identitas Kajian Literatur

No.	Penulis	Tahun	Judul Artikel	Nama Jurnal	Kualifikasi Jurnal
1.	- Marit Helen Instefjord - Katrine Aasekjaer - Birgitte Espehaug - Birgitte Graverholt	2014	<i>Assesment of quality in psychiatric nursing documentation</i>	<i>Biomed Central</i>	<i>PubMed</i>
2.	C. Haw	2015	<i>An audit of nursing reports for first-tier tribunals in a secure inpatient service</i>	<i>Journal of psychiatric and mental health nursing</i>	<i>Google Scholars</i>
3.	- Jascinth Lindo - Rosain Stennett - Kayon Stephenson Wilson - Kerry Ann Barret - Donna Bunnaman - Pauline Anderson-Johnson - Veronica Waugh-Brown - Yvonne Wint	2016	<i>An audit nursing documentation at three public hospitals in Jamaica</i>	<i>Journal of nursing scholarship</i>	<i>Ebsco</i>
4.	- Carla Denise Viana - Lucianne Zambarda - Todendi de Bragas - Daniele Delacanal Lazzari - Cledir Tania Franca Gracia - Gisela Maria Schebella - Souto de Moura	2016	<i>Implementation of concurrent nursing audit: an experience report</i>	<i>Texto Contexto Enferm</i>	<i>Ebsco</i>
5.	- Kate Stewart - Owen Doody - Maria Bailey - Sue Moran	2017	<i>Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: a quality improvement initiative</i>	<i>International Journal of palliative nursing</i>	<i>Science direct</i>
6.	- Sharon M. Andrews - Joanna F. Dipnall - Rumbidzai Tichawangana - Kathryn J. Hayes - Janna Anneke Fitzgerald - Philip Siddall - Christopher Paulos - Colm Cunningham	2018	<i>An exploration of pain documentation for people living with dementia in aged care services</i>	<i>Pain management nursing</i>	<i>Science direct</i>
7.	- Spumelelo P. Nyide - Petra Brysiewicz - John Bruce - Damian L. Clarke	2019	<i>A retrospective audit of nursing-related morbidity recorded in a state hospital in KwaZulu-Natal</i>	<i>AOSIS</i>	<i>Ebsco</i>

Matriks Sintesis

Tabel2. Ide Pokok Artikel dengan Topik Audit Dokumentasi Keperawatan

Sumber No.	Penulis dan Tahun	Deskripsi isu/ topik yang sedang review
1.	(Instefjord, Aasekjær, Espehaug, & Graverholt, 2014)	Audit dokumentasi dilakukan pada rekam medik elektronik pasien di bangsal psikiatri sub akut selama 3 bulan. Audit dilakukan pada dokumentasi yang sudah disusun secara terstruktur, tervalidasi, dan sistematis sesuai panduan UU di Negara tersebut. Terdapat catatan dalam dokumentasi tersebut yang masih kurang yaitu pada catatan perkembangan dan evaluasi pasien
2.	(Haw, 2015)	Audit dokumentasi dilakukan pada dokumentasi laporan keperawatan yang digunakan di pengadilan dengan menggunakan panduan dan template yang disusun sesuai arahan praktik pelayanan pengadilan di negara tersebut. Terdapat peningkatan kualitas dokumentasi setelah dilakukan reaudit
3.	(Lindo et al., 2016)	Audit dokumentasi keperawatan dilakukan di bangsal bedah 3 RS di Jamaika. Dokumentasi keperawatan yang dilaksanakan tersebut sudah menggunakan panduan sesuai dengan standar dari <i>Ministry of health</i> Jamaika. Masih terdapat dokumentasi keperawatan yang tidak sesuai standar (kurang dari sepertiganya)
4.	(Viana, Bragas, Lazzari, Garcia, & Moura, 2016)	Audit keperawatan dilaksanakan secara bersamaan atau <i>concurrent</i> yaitu ketika pasien masih dalam perawatan di RS. Manfaat dari audit dengan sistem <i>concurrent</i> adalah adanya pengurangan waktu dalam pengiriman tagihan ke asuransi kesehatan, hubungan antara auditor dan staf keperawatan lebih erat, berkontribusi dalam penyusunan indikator untuk peningkatan kualitas perawatan dan catatan keperawatan
5.	(Stewart, Doody, Bailey, & Moran, 2017)	Audit dokumentasi keperawatan ini selain dilakukan pada dokumentasi asuhan keperawatan paliatif juga dilakukan survei kepada staf perawat yang terkait dengan menggunakan kuesioner yang berupa pertanyaan terbuka dan tertutup
6.	(Andrews et al., 2019)	Audit dokumentasi dilakukan pada rekam medik pasien lansia dengan demensia yang mengalami nyeri. Kurangnya pendokumentasian episode nyeri yang dialami lansia tidak mencerminkan standar praktik terbaik
7.	(Nyide, Brysiewicz, Bruce, & Clarke, 2019)	Audit dokumentasi keperawatan dilakukan pada rekam medik elektronik pasien. Tindakan keperawatan mempunyai hubungan yang signifikan dengan didiplin ilmu bedah dan kejadian morbiditas yang dialami pasien

Tabel3. Audit Dokumentasi Keperawatan

No.	Ide Pokok	Kesamaan Temuan	Sumber
1.	Kualitas dokumentasi keperawatan	Hasil penelitian menunjukkan masih perlunya peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan	Sumber no.1, Sumber no.2, Sumber no.3, Sumber no. 6, Sumber no.7
2.	Dukungan dari Pemerintah dalam pembuatan standar pendokumentasian	Hasil penelitian menyebutkan dukungan dari pemerintah dalam peningkatan kualitas dokumentasi keperawatan dapat dilakukan dengan penetapan standar dokumentasi	Sumber no.1, Sumber no.2, Sumber no.3, Sumber no. 6
3.	Metode yang digunakan dalam proses audit dokumentasi	Hasil penelitian menunjukan metode penelitian yang digunakan dalam proses audit dokumentasi menggunakan review retrospektif pada catatan rekam medik pasien baik berbasis elektronik maupun kertas dengan berbagai pendekatan. Setelah data terkumpul dilakukan analisa statistic	Sumber no.1, Sumber no.2, Sumber no.5, Sumber no. 6, Sumber 7
4.	Instrumen/ <i>tools</i> dalam pelaksanaan audit dokumentasi	Penggunaan instrumen/ <i>tools</i> dalam audit keperawatan adalah hal yang sangat penting dan merupakan panduan dalam proses audit tersebut	Sumber no.1, Sumber no.2, Sumber no.3, Sumber no. 4, Sumber no. 5, Sumber no.6, Sumber no.7
5.	Tujuan pelaksanaan audit dokumentasi	Hasil penelitian menyebutkan audit dokumentasi keperawatan dilakukan untuk meningkatkan kualitas dokumentasi dalam rangka menghindari kejadian yang tidak diinginkan, keselamatan pasien, dan efisiensi biaya RS	Sumber no.1, Sumber no.2, Sumber no.3, Sumber no. 4, Sumber no. 5, Sumber no.6, Sumber no.7

PEMBAHASAN Kualitas Dokumentasi Keperawatan

Sebagian besar hasil audit dokumentasi pada beberapa artikel dalam penelitian ini menyebutkan bahwa kualitas dokumentasi keperawatan masih belum sesuai standar (Instefjord et al., 2014) (Haw, 2015) (Lindo et al., 2016) (Andrews et al., 2019) (Nyide et al., 2019). Asuhankeperawatan sebaiknya menggunakan pendekatan yang komprehensif dan terintegrasi. Pendekatan ini ditandai dengan kolaborasi dan komunikasi yang baik diantara professional kesehatan (Joint Commission International, 2020). Dasar komunikasi efektif adalah catatan dokumentasi perawatan pasien secara rinci yang dapat memastikan kesinambungan perawatan yang diterima pasien dan menunjukkan pemenuhan tugas perawatan (Brima et al., 2021).

Dokumentasi dikatakan berkualitas jika data yang ditulis sesuai dengan fakta, akurat, lengkap dan langsung dicatat pada saat itu, bersifat rahasia dan terorganisir (Noviari & Susanti, 2015). Selain itu dokumentasi keperawatan yang berkualitas apabila memenuhi standar penilaian akreditasi RS, yaitu harus dapat menggambarkan tahapan proses perawatan yaitu dimulai dari pengkajian (skrining dan asesmen awal saat pasien masuk rawat inap), penetapan prioritas masalah/diagnosis, penetapan rencana asuhan/intervensi (melibatkan pasien dan keluarga), dan pemberian tindakan/ implementasi asuhan sesuai dengan rencana yang telah disusun. Selama proses implementasi dilakukan evaluasi dan asesmen ulang sesuai kondisi terkini dari pasien (Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), 2017).

Dukungan dari Pemerintah dalam Pembuatan Standar Dokumentasi Keperawatan

Beberapa penelitian yang dilakukan di negara-negara Eropa melaporkan bahwa asuhan keperawatan yang kurang baik berkaitan dengan lingkungan praktik yaitu tingkat sumber daya, komunikasi antar staf, sistem kerja, dan manajemen kepemimpinan (Kim, Yoo, & Seo, 2018). Diperlukan pedoman agar asuhan keperawatan dapat diterapkan secara kompeten, sesuai kode etik, hak asasi manusia dan hukum. Peningkatan kualitas layanan dapat dilakukan dengan memfasilitasi penciptaan standar dalam asuhan keperawatan termasuk dalam sistem pelaporan dan pencatatannya.

Beberapa artikel yang dikaji dalam penelitian ini menyebutkan bahwa dalam upaya meningkatkan kualitas dokumentasi keperawatan, pemerintah bekerjasama dengan fasilitas pelayanan kesehatan menyusun dan menetapkan standar dokumentasi pelayanan kesehatan termasuk dalam keperawatan. Standar dokumentasi keperawatan yang sudah ditetapkan ini, sudah digunakan di beberapa fasilitas kesehatan (Instefjord et al., 2014)(Haw, 2015)(Lindo et al., 2016)(Nyide et al., 2019). Di Indonesia, standar penilaian akreditasi dari Komisi Akreditasi Rumah Sakit/ KARS dapat juga dijadikan standar dalam penyusunan dokumentasi keperawatan karena sudah berorientasi pada peningkatan mutu dan keselamatan pasien (Komisi Akreditas Rumah Sakit (KARS), 2017).

Pembuatan standar dalam dokumentasi ini juga membantu terciptanya komitmen dalam pelaksanaan dokumentasi. Perlu adanya dukungan dari bidang keperawatan di sebuah RS berupa kebijakan standar ini sebagai masukan bagi pemerintah dalam

pembuatan standar yang berlaku secara nasional. Penerapan standar ini diserahkan kepada kebijaksanaan

masing-masing RS, dengan pembentukan komite di bawah pengawasan pemerintah (departemen kesehatan). Salah satu tugas komite ini adalah melakukan audit dalam pelaksanaan standar yang telah ditetapkan (Chellan & Sibiya, 2018).

dalam penelitian ini menyebutkan

Metode yang digunakan dalam Proses Audit Dokumentasi

Ada tiga macam metode yang digunakan dalam audit keperawatan, yaitu: a) Retrospektif (yaitu setelah perawatan pasien diberikan; b) *Concurrent/* bersamaan (saat perawatan pasien); c) Prospektif (sebelum memberikan perawatan pasien (Mary & Arsi, 2017). Dalam kajian literatur ini metode yang paling sering digunakan adalah review retrospektif dengan beberapa metode pendekatan yang berbeda (Instefjord et al., 2014)(Haw, 2015)(Lindo et al., 2016)(Stewart et al., 2017)(Andrews et al., 2019)(Nyide et al., 2019).

Dua dari tujuh artikel dalam kajian literatur ini menggunakan review retrospektif dengan pendekatan “siklus”(Stewart et al., 2017)(Andrews et al., 2019). Pendekatan seperti ini disebut juga dengan *Plan Do-Study Act/ PDSA*, yaitu sebuah siklus perbaikan yang menawarkan mekanisme pengembangan berulang dan pengujian ilmiah dalam sistem perawatan kesehatan yang kompleks. Pada pendekatan ini sebuah rencana intervensi dirancang (*Plan*), intervensi dilaksanakan (*Do*), data dikumpulkan dan hasilnya dianalisis dan ditafsirkan (*Study*), dan rencana apa yang dilakukan selanjutnya ditentukan dan ditindaklanjuti (*Act*) (Brima et al., 2021).

Instrumen/ Tools dalam Pelaksanaan Audit Dokumentasi

Beberapa artikel yang dikaji

bahwa pelaksanaan audit dokumentasi

keperawatan menggunakan instrumen yang sudah ditetapkan baik dari pemerintah (Instefjord et al., 2014)(Lindo et al., 2016), instansi terkait yang melaksanakan audit di bawah pengawasan dari departemen kesehatan di suatu negara (Haw, 2015)(Viana et al., 2016)(Stewart et al., 2017)(Nyide et al., 2019), dan dari hasil penelitian tim ahli di bidang kesehatan (Andrews et al., 2019). Instrumen ini sudah ditetapkan sebelumnya sebagai instrumen standar dalam pelaksanaan audit dokumentasi

keperawatan.

Instrumen yang digunakan harus mampu mengidentifikasi praktik yang baik dan juga kesenjangan yang mungkin muncul (Redley & Waugh, 2018). Instrumen ini dapat mengukur keakuratan struktur dokumentasi, diagnosis dan intervensi

keperawatan, kemajuan dan evaluasi hasil, dan *legibility* (dapat dibaca dengan jelas) (Tuinman, de Greef, Krijnen, Paans, & Roodbol, 2017).

Tujuan Pelaksanaan Audit Dokumentasi Keperawatan

Tujuan audit dokumentasi keperawatan berdasarkan kajian beberapa artikel dalam penelitian ini adalah meningkatkan kualitas dokumentasi dalam rangka menghindari kejadian yang tidak diinginkan, keselamatan pasien, dan efisiensi biaya RS (Instefjord et al., 2014)(Haw, 2015)(Lindo et al., 2016)(Viana et al., 2016)(Stewart et al., 2017)(Andrews et al., 2019)(Nyide et al., 2019). Tujuan audit keperawatan mencakup evaluasi asuhan keperawatan,

memastikan sesuai standar yang ditetapkan, dan berkontribusi pada penelitian. Audit klinis dapat mengidentifikasi kekuatan dan kelemahan sistem perawatan kesehatan dalam suatu organisasi dan menyediakan mekanisme untuk memperkenalkan perubahan prosedural untuk meningkatkan kualitas perawatan (Mary & Arsi, 2017).

KESIMPULAN

Sebagian besar dokumentasi keperawatan masih belum memiliki kualitas yang baik. Diperlukan beberapa upaya untuk meningkatkannya. Salah satu upaya yang dilakukan adalah dengan melakukan audit dokumentasi keperawatan. Audit ini bertujuan untuk mengevaluasi asuhan keperawatan apakah sesuai dan lengkap sesuai standar yang ditentukan, memberikan kerangka kerja dalam pemberian asuhan keperawatan yang lebih komprehensif dan berkualitas sehingga dapat meningkatkan kualitas perawatan dan juga dapat membantu perawat untuk memperoleh, menggunakan pengetahuan, ketrampilan, dan sikap yang diperlukan untuk menciptakan pekerjaan yang produktif, bermakna dan memuaskan.

Pemerintah berkewajiban untuk memberikan dukungan dalam pembuatan standar dokumentasi dan penyusunan instrument/ tools yang digunakan dalam audit dokumentasi keperawatan. Penerapan standar ini diserahkan kepada kebijaksanaan masing-masing RS, dengan pembentukan komite di bawah pengawasan pemerintah (Departemen Kesehatan). Metode yang digunakan dalam proses audit adalah review dokumen rekam medik secara retrospektif. Metode ini

memungkinkan penggunaan sampel yang lebih banyak sehingga diharapkan hasil audit lebih akurat dan lengkap. Pendekatan yang digunakan yang sering digunakan adalah “siklus”. Pendekatan ini terdiri dari 6 langkah yaitu: 1) Pemilihan topik; 2) Penentuan kriteria dan standar; 3) Pengumpulan data; 4) Analisa data; 5) Menentukan perubahan, rencana tindak lanjut; dan terakhir 6) Reaudit.

SARAN

Komite keperawatan di RS sebaiknya mengembangkan sistem audit dokumentasi keperawatan tidak hanya dengan membuat tim audit saja melainkan juga harus menyusun uraian tugas anggota tim audit, membuat dokumentasi alat yang digunakan oleh anggota tim audit, dan mengikuti pelatihan audit dokumentasi yang diadakan di dalam RS ataupun oleh penyelenggara lain di luar RS. Bagi peneliti selanjutnya diharapkan dapat menganalisa informasi yang didapatkan dari proses audit keperawatan yang bermanfaat dalam penelitian yang berhubungan dengan peningkatan kualitas asuhan keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Andrews, S. M., Dipnall, J. F., Tichawangana, R., Hayes, K. J., Fitzgerald, J. A., Siddall, P., ... Cunningham, C. (2019). An Exploration of Pain Documentation for People Living with Dementia in Aged Care Services. *Pain Management Nursing*, 20(5), 475–481.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a literature review in health and social care* (3rd ed.). Mc Graw hill education: open university press.
- Brima, N., Sevdalis, N., Daoh, K., Deen, B., Kamara, T. B., Wurie,

- H., ... Leather, A. J. M. (2021). Improving nursing documentation for surgical patients in a referral hospital in Freetown, Sierra Leone: protocol for assessing feasibility of a pilot multifaceted quality improvement hybrid type project. *Pilot and Feasibility Studies*, 7(1), 1–14.
- Chellan, J., & Sibiya, M. N. (2018). Perceptions of nursing staff regarding the existence of best practice standards in selected private hospitals in eThekwin

- district, South Africa. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 9(December 2017), 14–22.
- Cochrane, T. (2019). *Cochrane handbook for systematic review of intervention*. (J. Higgins, J. Thomas, J. Chadler, M. Cumpston, & Li, Eds.) (6th ed.).
- Damanik, M., Fahmy, R., & Merdawati, L. (2020). Gambaran Keakuratan Dokumentasi Asuhan Keperawatan. *Jurnal Kesehatan Andalas*, 8(4), 138–144.
- Efron, S. ., & Ravid, R. (2019). *Writing the literature review*. United states of America: The guilford press.
- Grove, S., & gray, J. (2014). *Understanding nursing research-E-Book: building an evidence based practice* (6th ed.). Elsevier health sciences.
- Haw, C. (2015). An audit of nursing reports for First-Tier Tribunals in a secure inpatient service. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(6), 407–412.
- Instefjord, H. H., Aasekjær, K., Espehaug, B., & Graverholt, B. (2014). Assessment of quality in psychiatric nursing documentation - a clinical audit. *BMC Nursing*, 13(1), 1–7.
- Joint Commission International. (2020). *Joint Commission International Accreditation Standards*.
- Kim, K. J., Yoo, M. S., & Seo, E. J. (2018). Exploring the Influence of Nursing Work Environment and Patient Safety Culture on Missed Nursing Care in Korea. *Asian Nursing Research*, 12(2), 121–126.
- Komisi Akreditasi RumahSakit (KARS). (2017). Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit Edisi 1, 65.
- Lindo, J., Stennett, R., Stephenson-Wilson, K., Barrett, K. A., Bunnaman, D., Anderson- Johnson, P., ... Wint, Y. (2016). An Audit of Nursing Documentation at Three Public Hospitals in Jamaica. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 499–507.
- Mary, W., & Arsi, L. K. (2017). Audits, nursing: an overview. *Ebsco*.
- Noviari, E. A., & Susanti, D. D. (2015). Faktor-faktor yang mempengaruhi kelengkapan dokumentasi asuhan keperawatan di ruang bedah rsud dr. Soekardjo kota Tasikmalaya. *Media Informasi*, 11(1), 27–38.
- Nyide, S. P., Brysiewicz, P., Bruce, J., & Clarke, D. L. (2019). A retrospective audit of nursing-related morbidity recorded in a state hospital in KwaZulu-Natal. *Curationis*, 42(1), 1–6.
- Redley, B., & Waugh, R. (2018). Mixed methods evaluation of a quality improvement and audit tool for nurse-to-nurse bedside clinical handover in ward settings. *Applied Nursing Research*, 40(May 2017), 80–89.
- Stewart, K., Doody, O., Bailey, M., & Moran, S. (2017). Improving the quality of nursing documentation in a palliative care setting: A quality improvement initiative. *International Journal of Palliative Nursing*, 23(12), 577–585.
- 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), 1–7.

Tuinman, A., de Greef, M. H. G., Krijnen, W. P., Paans, W., & Roodbol, P. F. (2017). Accuracy of documentation in the nursing care plan in long-term institutional care. *Geriatric Nursing*, 38(6), 578–583.

Viana, C. D., Bragas, L. Z. T. de, Lazzari, D. D., Garcia, C. T. F., & Moura, G. M. S. S. de. (2016) Implementation of Concurrent Nursing Audit: an Experience Report. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1), 1–8

