

MODUL
MATA KULIAH DOKUMENTASI KEPERAWATAN
KODE MK :17DKP3114



SEMESTER GANJIL TAHUN AKADEMIK 2020/2021

DISUSUN OLEH:

Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep

PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN
2020

HALAMAN PENGESAHAN

Identifikasi Mata Kuliah

Nama Mata Kuliah : Dokumentasi Keperawatan
Nomor Kode : 17DKP3114
SKS : 2 SKS
Status Mata Kuliah : Wajib

Koordinator Mata Kuliah

Nama : Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep
NIDN : 1109058902
Pangkat/Golongan : IIIb
Jabatan : Dosen
Program Studi : DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Banjarmasin, Juni 2020

Menyetujui

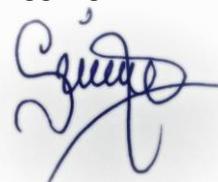
Kaprodi DIII Keperawatan,



Noor Amaliah, Ns., M.Kep

NIDN : 1103018503

Penanggung Jawab MK,



Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep

NIDN. 1109058902

VISI, MISI DAN TUJUAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN

1. Visi Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Menjadi universitas terkemuka, unggul, profesional, berkarakter Islam yang berkemajuan di Kalimantan tahun 2025.

2. Misi Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

2.1 Menyelenggarakan pendidikan akademik dan profesi dan vokasi untuk pengembangan ilmu, profesionalisme dan pembentukan peserta didik berkarakter islam yang berkemajuan;

2.2 Menyelenggarakan penelitian dasar dan terapan, produk yang inovatif, berkualitas untuk menunjang kemandirian bangsa;

2.3 Mengabdikan keahlian dalam bidang ilmu pengetahuan, teknologi dan seni untuk kepentingan masyarakat, kerja sama yang produktif dan berkelanjutan dengan kelembagaan pendidikan, pemerintahan dan dunia usaha di tingkat daerah, nasional dan internasional;

2.4 Mengembangkan organisasi dalam meningkatkan kualitas tata kelola yang baik (*good university governance*), menuju tata kelola yang unggul (*excellent university governance*), secara efektif dan efisien dalam suasana akademik yang Islami dan bermartabat.

3. Tujuan penyelenggaraan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

3.1 Terwujudnya hasil lulusan yang berdaya saing global, professional, mempunyai spirit unggul dan berkarakter islam yang berkemajuan;

3.2 Terwujudnya pengembangan dan pemanfaatan iptek dan seni yang relevan dengan tujuan pembangunan nasional dan daerah melalui penyelenggaraan program studi, penelitian, pembinaan kelembagaan, serta pengembangan sumberdaya akademik yang berdaya guna dan berhasil guna;

3.3 Terselenggaranya pengabdian kepada masyarakat sebagai wujud implementasi ilmu pengetahuan, teknologi dan seni berlandaskan nilai-nilai islam;

3.4 Terwujudnya masyarakat kampus yang handal dan professional yang didukung oleh budaya ilmiah yang mengacu kepada prinsip-prinsip dasar yang dianut oleh UM Banjarmasin;

- 3.5 Terselenggaranya tata kelola pendidikan tinggi yang efektif dan efisien dalam suasana kampus islami yang bermartabat yang diintegrasikan dengan Al-Islam dan Kemuhammadi-yahan;
- 3.6 Terlaksananya peningkatan sumber pendapatan melalui kerjasama dan pengembangan unit usaha untuk mencapai visi dan misi yang ditetapkan;
- 3.7 Terlaksananya peningkatan mutu pelayanan melalui penyediaan fasilitas, prasarana, sarana dan teknologi sesuai dengan standar yang ditetapkan nasional dan internasional serta mewujudkan suasana akademik yang kondusif dan bermanfaat bagi masyarakat;
- 3.8 Terlaksananya perluasan dan peningkatan jaringan kerja sama yang saling menguntungkan dengan berbagai lembaga, pemerintahan/swasta didalam dan luar negeri;
- 3.9 Terwujudnya pendidikan yang menghasilkan lulusan yang professional dan berkepribadian Islam, menguasai ilmu pengetahuan, teknologi dan seni.
- 3.10 Terlaksananya peningkatan dukungan untuk mahasiswa dalam rangka pemerataan dan perluasan akses pendidikan.

VISI, MISI DAN TUJUAN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN

1. Visi Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan UM Banjarmasin

Menjadi Fakultas yang terkemuka, unggul, berlandaskan nilai-nilai profesional dan karakter Islam berkemajuan dibidang Ilmu Keperawatan dan Ilmu Kesehatan di Kalimantan Tahun 2025.

2. Misi Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan UM Banjarmasin

- 2.1 Menyelenggarakan pendidikan yang bermutu;
- 2.2 Menyelenggarakan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat yang dapat meningkatkan kesejahteraan manusia dibidang Keperawatan dan Kesehatan;
- 2.3 Menyelenggarakan pengelolaan FKIK yang bertanggung jawab;
- 2.4 Menyelenggarakan pembinaan sivitas akademik dalam kehidupan yang islami sehingga mampu menjadi teladan yang baik;
- 2.5 Menjalin kerjasama dengan pihak lain yang saling menguntungkan.

3. Tujuan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan UM Banjarmasin

- 3.1 Menghasilkan lulusan profesi, sarjana, dan vokasi yang beriman, bertaqwa, menguasai IPTEKS dalam bidang keperawatan dan kesehatan, profesional, kreatif, inovatif, bertanggung-jawab, dan mandiri menuju terwujudnya masyarakat utama.
- 3.2 Meningkatkan kegiatan dan suasana akademik sebagai landasan penyelenggaraan pendidikan dan pengembangan IPTEKS dalam bidang Keperawatan dan Kesehatan.
- 3.3 Menghasilkan, mengamalkan, mengembangkan dan menyebarkan IPTEKS dalam bidang keperawatan dan kesehatan pada skala regional, nasional dan internasional melalui penelitian dan pengabdian masyarakat.
- 3.4 Mewujudkan pengelolaan professional yang terencana, terorganisasi, produktif, efektif, efisien dan terpercaya untuk menjamin keberlanjutan fakultas..
- 3.5 Mewujudkan sivitas akademika yang mampu menjadi teladan dalam kehidupan masyarakat..
- 3.6 Terjalannya kerjasama dengan pihak lain dalam lingkup regional, nasional dan internasional untuk pengembangan akademik.

VISI DAN MISI
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN

1. Visi Program Studi DIII Keperawatan

Menjadi program studi DIII Keperawatan yang terkemuka dan unggul yang berlandaskan profesionalisme dan nilai-nilai Islam berkemajuan di Kalimantan tahun 2025.

2. Misi Program Studi DIII Keperawatan

- 2.1 Menyelenggarakan pendidikan DIII keperawatan dengan berlandaskan profesionalisme dan nilai-nilai Islam berkemajuan sehingga menghasilkan lulusan yang kompeten;
- 2.2 Melaksanakan penelitian yang berbasis bukti/masalah dengan pendekatan keilmuan;
- 2.3 Melaksanakan kegiatan pengabdian kepada masyarakat mengacu pada hasil penelitian berbasis bukti/masalah;
- 2.4 Menjalin kerjasama dengan instansi terkait baik pemerintah maupun swasta yang mendukung pencapaian kompetensi baik skala nasional maupun internasional.

3. Tujuan

- 3.1 Menghasilkan perawat vokasi yang kompeten dan mempunyai kemampuan dalam penanganan bantuan hidup dasar, keterampilan dan etika dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada masyarakat yang memiliki daya saing baik nasional maupun internasional;
- 3.2 Meningkatkan kapasitas dosen proram studi dalam pelaksanaan penelitian dan publikasi ilmiah;
- 3.3 Menghasilkan kegiatan pengabdian yang dapat meningkatkan keterampilan, kemandirian dengan memaksimalkan potensi yang ada di masyarakat dalam pelaksanaan perilaku hidup bersih sehat;
- 3.4 Terlaksananya kerjasama dengan instansi kesehatan, pemerintah, perusahaan dan instansi terkait lainnya baik nasional maupun Internasional.

PROFIL LULUSAN DAN CAPAIAN PEMBELAJARAN
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN

1. Profil Lulusan

Program Studi DIII Keperawatan menghasilkan perawat pelaksana asuhan keperawatan yaitu perawat yang mampu memberikan asuhan keperawatan pada individu, keluarga, dan kelompok khusus di tatanan klinik dan komunitas untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia yang meliputi aspek bio, psiko, sosio, kultural, dan spiritual dalam kondisi sehat, sakit serta kegawatdaruratan berdasarkan ilmu dan teknologi keperawatan dengan memegang teguh kode etik perawat dan Undang-Undang yang berlaku. Pendidikan keperawatan jenjang DIII Keperawatan yang diselenggarakan oleh Universitas Muhammadiyah Banjarmasin bertujuan menghasilkan Ahli Madya Keperawatan sesuai dengan Kerangka Kualifikasi Nasional Indonesia (KKNI) pada jenjang kualifikasi level 5, yaitu:

1. Mampu menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas, memilih metode yang sesuai dari beragam pilihan yang sudah maupun belum baku dengan menganalisis data, serta mampu menunjukkan kinerja dengan mutu dan kuantitas yang terukur
2. Menguasai konsep teoritis bidang pengetahuan tertentu secara umum, serta mampu memformulasikan penyelesaian masalah prosedural
3. Mampu mengelola kelompok kerja dan menyusun laporan tertulis secara komprehensif
4. Bertanggungjawab pada pekerjaan sendiri dan dapat diberi tanggung jawab atas pencapaian hasil kerja kelompok.

Kompetensi pendukung lulusan Prodi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin yaitu terlihat pada capaian pembelajaran lulusan pada aspek pengetahuan dan keterampilan khusus, yaitu:

1. Menguasai Bahasa Inggris terkait bidang keperawatan
2. Mampu berbahasa Inggris dalam konteks pemberian asuhan keperawatan di rumah sakit dan layanan kesehatan lainnya.
3. Mampu berkomunikasi Bahasa Arab dasar

Kompetensi penciri lulusan Prodi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin yaitu terlihat pada capaian pembelajaran lulusan pada aspek sikap dan tata nilai, pengetahuan dan keterampilan khusus, yaitu:

1. Memiliki sikap dan perilaku yang berkarakter Islam berkemajuan dalam pelayanan keperawatan.
2. Menguasai konsep pengetahuan tentang Al-Islam dan Kemuhammadiyah yang berkemajuan
3. Menguasai konsep penanganan kasus gawat darurat dan perawatan intensif tingkat dasar sesuai standar dan kewenangan
4. Mengaplikasi nilai-nilai Islam di tatanan klinik saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga.
5. Mampu melakukan penanganan kasus gawat darurat dan perawatan intensif tingkat dasar sesuai standar dan kewenangan

2. Capaian Pembelajaran

Aspek Kompetensi	Kode CP	Rumusan LO Program Studi sesuai KKNI
Sikap dan Tata Nilai	S1	Bertakwa kepada Tuhan Yang Maha Esa dan mampu menunjukkan sikap religius
	S2	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama,moral, dan etika
	S3	Menginternalisasi nilai, norma, dan etika akademik;
	S4	Berperan sebagai warga negara yang bangga dan cinta tanah air, memilikinasionalismeserta rasa tanggungjawab pada negara dan bangsa
	S5	Menghargai keanekaragaman budaya, pandangan, agama, dan kepercayaan, serta pendapat atau temuan orisinal orang lain
	S6	Berkontribusi dalam peningkatan mutu kehidupan bermasyarakat, berbangsa, bernegara, dan kemajuan peradaban berdasarkan pancasila
	S7	Bekerjasama dan memiliki kepekaan social serta kepedulian terhadap masyarakat dan lingkungan
	S8	Taat hukum dan disiplin dalam kehidupan bermasyarakat dan bernegara
	S9	Menginternalisasi semangat kemandirian, kejuangan, dan kewirausahaan
	S10	Menunjukkan sikap bertanggungjawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri.
	S11	Mampu bertanggung gugat terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai dengan lingkup praktik di bawah tanggungjawabnya, dan hukum/peraturan perundangan
	S12	Mampu melaksanakan praktik keperawatan dengan prinsip etis dan peka budaya sesuai dengan Kode Etik Perawat Indonesia

	S13	Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan,serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang diperoleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggungjawabnya.
	S14	Memiliki sikap dan perilaku yang berkarakter Islam berkemajuan dalam pelayanan keperawatan
Penguasaan Pengatahuan	P1	Menguasai konsep anatomi fisiologi tubuh manusia , patologi dan Konsep Dasar Keperawatan kelainan struktur dan fungsi tubuh, gizi, mikrobiologi, parasitologi, dan farmakologi.
	P2	Menguasai prinsip fisika, biokimia, dan psikologi.
	P3	Menguasai pengetahuan faktual tentang antropologi sosial.
	P4	Menguasai konsep keperawatan sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan secara holistic dan komprehensif.
	P5	Menguasai konsep dan prinsip “Patient safety”
	P6	Menguasai konsep teoritis Kebutuhan dasar manusia.
	P7	Menguasai teknik, prinsip, dan prosedur pelaksanaan asuhan/ praktek keperawatan yang dilakukan secara mandiri atau berkelompok.
	P8	Menguasai konsep teoritis dan prosedur pencegahan penularan infeksi dan promosi kesehatan, pemberian obat oral dan obat topikal, parenteral dan supositoria.
	P9	Menguasai jenis,manfaat, dan manual penggunaan alat kesehatan.
	P10	Menguasai konsep dan prinsip sterilitas dan desinfeksi alat.
	P11	Menguasai konsep dan prinsip pelaksanaan Bantuan Hidup Dasar pada situasi gawat darurat dan atau bencana,
	P12	Menguasai teknik pengumpulan, klasifikasi, dokumentasi, dan analisis data serta informasi asuhan keperawatan.
	P13	Menguasai konsep, prinsip dan teknik komunikasi terapeutik serta hambatannya yang sering ditemui dalam pelaksanaan asuhan keperawatan.
	P14	Menguasai konsep, prinsip, dan teknik penyuluhan kesehatan sebagai bagian dari upaya pendidikan kesehatan dan promosi kesehatan bagi klien
	P15	Menguasai Kode Etik Perawat Indonesia, pengetahuan faktual tentang hukum dalam bidang keperawatan,prinsip prinsip otonomi, malpraktek, bioetik yang terkait pelayanan keperawatan.
	P16	Menguasai konsep teoritis penjaminan mutu asuhan keperawatan, konsep teoritis Praktek Keperawatan Berbasis Bukti (Evidence Based Practice).
	P17	Menguasai Bahasa Inggris terkait bidang Keperawatan
	P18	Menguasai konsep pengetahuan tentang AL Islam dan Kemuhammadiyah yang berkemajuan

	P19	Menguasai konsep penanganan kasus gawat darurat dan perawatan intensif tingkat dasar sesuai standar dan kewenangan
Keterampilan Khusus	KK1	Mampu memberikan asuhan keperawatan kepada individu, keluarga, dan kelompok baik sehat, sakit, dan kegawatdaruratan dengan memperhatikan aspek bio, psiko, sosial kultural, dan spiritual yang menjamin keselamatan klien (<i>patient safety</i>), sesuai standar asuhan keperawatan dan berdasarkan perencanaan keperawatan yang telah tersedia.
	KK2	Mampu melaksanakan prosedur bantuan hidup dasar (<i>Basic Life Support/BLS</i>) pada situasi gawat darurat/bencana dengan memilih dan menerapkan metode yang tepat, sesuai standar dan kewenangannya.
	KK3	Mampu memberikan (<i>administering</i>) dan mencatat obat oral, topikal, parenteral, dan supositoria sesuai standar pemberian obat dan kewenangan yang didelegasikan.
	KK4	Mampu memilih dan menggunakan peralatan dalam memberikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar asuhan keperawatan.
	KK5	Mampu mengumpulkan data, menganalisa dan merumuskan masalah, merencanakan, mendokumentasikan, dan menyajikan informasi asuhan keperawatan.
	KK6	Mampu melakukan komunikasi terapeutik dengan klien dan memberikan informasi yang akurat kepada klien dan/atau keluarga /pendamping/penasehat tentang rencana tindakan keperawatan yang menjadi tanggung jawabnya.
	KK7	Mampu memberikan pendidikan kesehatan untuk meningkatkan pola hidup sehat klien dan menurunkan angka kesakitan.
	KK8	Mampu menunjukkan kinerja bermutu dan kuantitas yang terukur terhadap hasil kerja sendiri, tenaga kerja pendukung (<i>support workers</i>) yang menjadi tanggung jawab pengawasan di lingkup bidangnya.
	KK9	Mampu melakukan pencegahan penularan infeksi dan promosi kesehatan.
	KK10	Mampu berbahasa Inggris dalam konteks pemberian asuhan keperawatan di rumah sakit dan tatanan layanan kesehatan lainnya
	KK11	Mampu berkomunikasi Bahasa Arab Dasar
	KK12	Mengaplikasi nilai-nilai Islam di tatanan klinik saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien dan keluarga
	KK13	Mampu melakukan penanganan kasus gawat darurat dan perawatan intensif tingkat dasar sesuai standar dan kewenangan
Keterampilan Umum	KU1	Menyelesaikan pekerjaan berlingkup luas dengan menganalisis data serta metode yang sesuai dan dipilih dari beragam metode yang sudah maupun belum baku dan dengan menganalisis data.
	KU2	Menunjukkan kinerja dengan mutu dan kuantitas yang terukur.
	KU3	Memecahkan masalah pekerjaan dengan sifat dan konteks yang sesuai dengan bidang keahliannya, didasarkan pada

		pemikiran logis dan inovatif, dilaksanakan dan bertanggung jawab atas hasilnya secara mandiri.
	KU4	Menyusun laporan tentang hasil dan proses kerja dengan akurat dan sah, mengomunikasikan secara efektif kepada pihak lain yang membutuhkannya.
	KU5	Bertanggungjawab atas pencapaian hasil kerja kelompok.
	KU6	Melakukan supervisi dan evaluasi terhadap penyelesaian pekerjaan yang ditugaskan kepada pekerja yang berada di bawah tanggungjawabnya.
	KU7	Melakukan proses evaluasi diri terhadap kelompok kerja yang berada dibawah tanggungjawabnya, dan mengelola pengembangan kompetensi kerja secara mandiri.
	KU8	Mendokumentasikan, menyimpan, mengamankan, dan menemukan kembali data untuk menjamin kesahihan dan mencegah plagiasi.

KATA PENGANTAR



Segala puji dan syukur kita panjatkan kepada Allah SWT, karena atas izin-Nya Modul Dokumentasi Keperawatan Tahun 2020-2021 dapat diselesaikan sesuai pada waktunya. Buku modul ini merupakan pedoman pembelajaran bagi mahasiswa Semester III dan staf pengajar yang bertindak sebagai dosen pengampu pada Program Studi DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin.

Buku Modul Mata Kuliah Dokumentasi Keperawatan ini dibuat berdasarkan kurikulum AIPViKI berbasis KKNi, kompetensi yang harus dimiliki oleh mahasiswa DIII Keperawatan yaitu tentang konsep dokumentasi, teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tataran klinik, sistem informasi kesehatan, model pendokumentasian asuhan keperawatan, pendokumentasian asuhan keperawatan, cara pendokumentasian asuhan keperawatan, aspek legal pendokumentasian dan praktik pendokumentasian asuhan keperawatan.

Atas terselesaikannya buku modul ini, penyusun mengucapkan terima kasih kepada tim sejawat dan semua pihak yang telah terlibat, baik secara langsung maupun tidak langsung dalam penyusunan modul ini. Kami menyadari masih banyak kekurangan dan kelemahan dalam modul ini. Kami mengharapkan masukan yang membangun agar modul ini bisa menjadi lebih baik. Semoga modul ini bermanfaat bagi mahasiswa, staf pengajar serta seluruh komponen terkait dalam proses pendidikan DIII Keperawatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin.

Banjarmasin, Juni 2020

Penyusun

DAFTAR ISI

HALAMAN PENGESAHAN.....	i
VISI, MISI DAN TUJUAN	ii
PROFIL LULUSAN DAN CAPAIAN PEMBELAJARAN.....	vi
KATA PENGANTAR.....	xi
DAFTAR ISI.....	xii
BAB 1 GAMBARAN MATA KULIAH	
1.1 Gambaran Mata Kuliah.....	1
1.2 Metode Pembelajaran.....	1
BAB 2 TIM PENANGGUNG JAWAB MATA KULIAH	
2.1 Penanggung Jawab Mata Kuliah.....	4
2.2 Dosen Pengampu.....	4
2.3 Fasilitator.....	4
BAB 3 RENCANA PEMBELAJARAN	
3.1 Rancana Pembelajaran Semester (RPS).....	5
3.2 Jadwal Pembelajaran.....	8
3.3 Penentuan Jumlah Soal Ujian.....	14
BAB 4 METODE EVALUASI	
4.1 Sistem Penilaian.....	15
DAFTAR PUSTAKA.....	17
SUPLEMEN.....	18

BAB 1

GAMBARAN MATA KULIAH

1.1 Gambaran Mata Kuliah

Modul Dokumentasi Keperawatan ini memiliki bobot 2 SKS yang dilaksanakan pada Semester III menggunakan sistem blok dengan alokasi waktu efektif perkuliahan 14 pertemuan. Mata kuliah ini menguraikan tentang konsep dasar dokumentasi, teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tatanan klinik, sistem informasi kesehatan, model pendokumentasian asuhan keperawatan, teknik pendokumentasian sesuai NANDA dan SDKI, serta aspek legal pendokumentasian.

Strategi pembelajaran yang diterapkan pada modul Dokumentasi Keperawatan ini berorientasi pada pencapaian kemampuan memahami konsep Dokumentasi Keperawatan sebagai landasan dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap pasien dengan menanamkan nilai-nilai profesionalisme perawat. Strategi pembelajaran *problem based learning* (PBL) dengan metode kuliah klasikal, *small group discussion*, penugasan terstruktur dan belajar mandiri.

1.2 Metode Pembelajaran

Berikut penjelasan singkat tentang metode pembelajaran yang digunakan pada Mata Kuliah Dokumentasi Keperawatan:

1.2.1 Kuliah Klasikal

Metode kuliah pakar/ceramah pakar berbentuk penjelasan pengajar kepada mahasiswa dan biasanya diikuti dengan tanya jawab tentang isi pelajaran yang belum jelas. Hal yang perlu dipersiapkan pengajar daftar topik yang akan diajarkan dan media visual atau materi pembelajaran. Kuliah pakar merupakan media komunikasi antara peserta didik dengan para pakar yang mempuntai kompetensi pada bidangnya untuk menjawab permasalahan yang muncul pada saat tutorial. Selama kuliah pakar seluruh dosen diwajibkan menggunakan pendekatan *student centered learning* (SCL). SCL adalah konsep pembelajaran dengan pendekatan:

1.2.1.1 Menyertakan mahasiswa dalam proses pembelajaran

1.2.1.2 Mendorong mahasiswa untuk memiliki pengetahuan yang lebih banyak,

luas dan mendalam.

1.2.1.3 Membantu mahasiswa untuk menyelami kejadian pada kehidupan nyata

1.2.1.4 Mendorong terjadinya pembelajaran secara aktif

1.2.1.5 Mendorong kemampuan mahasiswa untuk berfikir kritis

1.2.1.6 Mengarahkan mahasiswa untuk mengenali dan menggunakan berbagai macam gaya belajar

1.2.1.7 Memperhatikan kebutuhan dan latar belakang mahasiswa

1.2.1.8 Memberikan kesempatan untuk mengembangkan berbagai strategi assessment

1.2.2 *Small Group Discussion* (SGD)

Small Group Discussion adalah diskusi dalam kelompok kecil dengan menggunakan *problem based learning* (PBL). Mahasiswa dibagi menjadi beberapa kelompok kecil beranggotakan 5-10 orang. SGD dijadwalkan 2 kali seminggu dan dilakukan dengan didampingi oleh fasilitator.

Tugas fasilitator adalah untuk memfasilitasi kelompok saat SGD antara lain: menjelaskan tentang garis besar pembelajaran mata kuliah dan memfasilitasi kelompok untuk menentukan ketua dan sekretaris dan menjelaskan tugas ketua dan sekretaris. Menjelaskan tata tertib SGD, mengamati dan menilai proses SGD. Selain itu fasilitator bertugas memberikan umpan balik terhadap pelaksanaan SGD.

Tugas ketua kelompok adalah membuka dan menutup kegiatan diskusi kelompok, memimpin kegiatan diskusi kelompok, memberikan motivasi kepada anggota kelompoknya untuk berperan aktif dalam diskusi.

Tugas sekretaris atau notulen adalah mencatat semua proses kegiatan diskusi. Tugas anggota kelompok berperan serta aktif dalam proses SGD dan semua anggota kelompok bertanggung jawab terhadap pembuatan laporan SGD.

Pada proses SGD, untuk mencapai tujuan pembelajaran mahasiswa diberikan skenario kasus dan kelompok akan mendiskusikan kasus tersebut sesuai format. Setiap satu skenario akan dibahas dalam empat kali pertemuan.

Tahap pelaporan hasil diskusi SGD adalah menyimpulkan diskusi tiap tujuan

pembelajaran beserta ringkasan.

1.2.3 Penugasan terstruktur

Kegiatan pembelajaran berupa pendalaman materi untuk mahasiswa, yang telah dirancang untuk mencapai kompetensi. Waktu penyelesaian penugasan ditentukan oleh dosen/koordinator mata kuliah.

1.2.4 Belajar Mandiri

Dalam pembelajaran orang dewasa, mahasiswa dapat belajar secara mandiri dari berbagai sumber belajar eksternal yaitu: perpustakaan, website, *e-Learning*, buku, brosur dan jurnal. Metode belajar mandiri berbentuk pelaksanaan tugas membaca atau kajian jurnal oleh mahasiswa tanpa bimbingan atau pengajaran khusus. Dalam metode ini mahasiswa akan terlebih dahulu mendapatkan penjelasan tentang proses dan hasil yang diharapkan serta diberikan daftar bacaan sesuai kebutuhan. Dengan belajar mandiri diharapkan dapat meningkatkan kemampuan kerja dan memberikan kesempatan pada mahasiswa untuk memperdalam pengetahuan secara aktif.

BAB 2

TIM PENANGGUNG JAWAB

2.1 Penanggung Jawab Mata Kuliah :

Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep

2.2 Dosen Pengampu

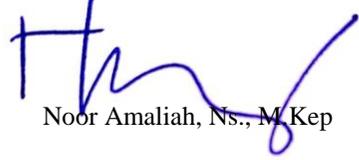
1. Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep (1 sks)
2. Ica Lisnawati, Ns., M.Kep (0,5 sks)

2.3 Fasilitator

1. Zaqqyah Huzaiyah, Ns., M.Kep (0,5 sks)
2. Dessy Hadrianti, Ns., M.Kep (0,5 sks)
3. Ahmad Juliadi, Ns., M.Kep (0,5 sks)

BAB 3
RENCANA PEMBELAJARAN

3.1 Rencana Pembelajaran Semester (RPS)

	UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN			
RENCANA PEMBELAJARAN SEMESTER (RPS)				
Mata Kuliah	Kode MK	Bobot	Semester	Tanggal Penyusunan
Dokumentasi Keperawatan	17DKP3114	2 SKS (Teori)	Semester III	Juni 2020
Otorisasi	Nama Koordinator Pengembang RPS	Koordinator RMK	Ka. Prodi	
	 Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep	 Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep	 Noor Amaliah, Ns., M.Kep	
Capaian Pembelajaran (CP)	CPL-Prodi (Capaian Pembelajaran Lulusan Program Studi) yang dibebankan pada mata kuliah			
	CP.S.02	Menjunjung tinggi nilai kemanusiaan dalam menjalankan tugas berdasarkan agama, moral dan etika		
	CP.S.09	Menginternalisasi semangat kemandirian, kejuangan dan kewirausahaan		
	CP.S.10	Menunjukkan sikap bertanggung jawab atas pekerjaan di bidang keahliannya secara mandiri		
	CP.S.11	Mampu bertanggung jawab terhadap praktik profesional meliputi kemampuan menerima tanggung gugat terhadap keputusan dan tindakan profesional sesuai denan lingkup praktik dibawah tanggung jawabnya, dan hukum/peraturan perundangan		
	CP.S.13	Memiliki sikap menghormati hak privasi, nilai budaya yang dianut dan martabat klien, menghormati hak klien untuk memilih dan menentukan sendiri asuhan keperawatan dan kesehatan yang diberikan, serta bertanggung jawab atas kerahasiaan dan keamanan informasi tertulis, verbal dan elektronik yang di peroleh dalam kapasitas sesuai dengan lingkup tanggung jawabnya.		
CP.P.06	Menguasai konsep teoritis kebutuhan dasar manusia			

	CP.P.12	Menguasai teknik pengumpulan, klasifikasi, dokumentasi dan analisis data serta informasi asuhan keperawatan
	CP.KU.04	Menyusun laporan tentang hasil dan proses kerja dengan akurat dan sah, mengkomunikasikan secara efektif kepada pihak lain yang membutuhkannya
	CP.KU.8	Mendokumentasikan, menyimpan, mengamankan dan menemukan kembali data untuk menjamin kesahihan dan mencegah plagiasi
	CP.KK.05	Mampu mengumpulkan data, menganalisa dan merumuskan masalah, merencanakan, mendokumentasikan, dan menyajikan informasi asuhan keperawatan
	CP.KK.08	Mampu menunjukkan kinerja bermutu dan kuantitas yang terukur terhadap hasil kerja sendiri, tenaga kerja pendukung (support workers) yang menjadi tanggung jawab pengawasan di lingkup bidang kerjanya
CPMK (Capaian Pembelajaran Mata Kuliah)		
	CPMK 1	Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dokumentasi (CP.S.02, CP.S.09, CP.S.10, CP.S.11, CP.S.13, CP.P.06, CP.P.12)
	CPMK 2	Mahasiswa mampu menerapkan teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tataran klinik (CP.S.02, CP.S.09, CP.S.10, CP.S.11, CP.S.13, CP.KU.04)
	CPMK 3	Mahasiswa mampu mengenal sistem informasi kesehatan (CP.S.02, CP.S.09, CP.S.10, CP.S.11, CP.S.13, CP.KU.04)
	CPMK 4	Mahasiswa mampu mengenal model pendokumentasian asuhan keperawatan (CP.S.02, CP.S.09, CP.S.10, CP.S.11, CP.S.13, CP.P.06)
	CPMK 5	Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan dengan model NANDA dan SDKI (CP.S.02, CP.S.09, CP.S.10, CP.S.11, CP.S.13, CP.P.06, CP.KU.08)
	CPMK 6	Mahasiswa mampu melakukan cara dokumentasi dengan manual dan elektronik (CP.S.02, CP.S.09, CP.S.10, CP.S.11, CP.S.13, CP.P.06)
	CPMK 7	Mahasiswa mampu menjelaskan aspek legal pendokumentasi (CP.S.02, CP.S.09, CP.S.10, CP.S.11, CP.S.13, CP.KU.08)
	CPMK 8	Mahasiswa mampu mengaplikasikan dokumentasi dalam asuhan keperawatan (CP.S.02, CP.S.09, CP.S.10, CP.S.11, CP.S.13, CP.KK.05, CP.KK.08)
Deskripsi Singkat MK	Mata kuliah ini berfokus tentang konsep dasar dokumentasi, teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tatanan klinik, sistem informasi kesehatan, model pendokumentasian asuhan keperawatan, teknik pendokumentasian sesuai NANDA dan SDKI, serta aspek legal pendokumentasian. Pengalaman pembelajaran melalui <i>problem based learning</i> (PBL) dengan metode kuliah klasikal, <i>small group discussion</i> , penugasan terstruktur dan belajar mandiri.	
Bahan Kajian/ Materi Pembelajaran	<ol style="list-style-type: none"> (BK 066) Konsep dokumentasi (BK 067) Teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tataran klinik (BK 068) Sistem informasi kesehatan (BK 069) Model pendokumentasian asuhan keperawatan (BK 070) Pendokumentasian asuhan keperawatan (BK 071) Cara pendokumentasian asuhan keperawatan (BK 072) Aspek legal pendokumentasian (BK 073) Praktik pendokumentasian asuhan keperawatan 	
Daftar Referensi	<p>Utama:</p> <ol style="list-style-type: none"> Dinarti, 2013. <i>Dokumentasi Keperawatan</i>; Jakarta : Trans Info Media Ermawati, TIM, 2011. <i>Dokumentasi Keperawatan Dengan Kurikulum Berbasis Kompetensi</i>; Jakarta :Penerbit Buku Kesehatan, Perpustakaan Nasional : Katalog Dalam Terbitan. 	

	<ol style="list-style-type: none"> 3. Fajar, Marhaeni. 2009. <i>Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik</i>. Yogyakarta: Graha Ilmu 4. Handayaningsih, Isti. 2009. <i>Dokumentasi Keperawatan</i>. Mitra Cendikia Press: Jogjakarta. 5. Herdman, T.H. 2018. <i>Nanda Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020</i>. Jakarta: EGC 6. Hidayat, A. Aziz Alimul. 2002. <i>Dokumentasi proses keperawatan</i>. Buku kedokteran EGC: Jakarta 7. Hutahaeen Serri. 2010. <i>Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan</i>. Jakarta: Trans A. A. Info Media. 8. Isyer, Patricia W. 2004. <i>Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan</i>. Jakarta:EGC 9. Kozier, Barbara, dkk. 2010. <i>Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, proses, dan praktik</i>. Jakarta: EGC 10. Mareli T.M, 2008. <i>Buku Saku Dokumentasi Keperawatan</i>, Jakarta : EGC 11. Nursalam. 2001. <i>Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik</i>. Jakarta: Salemba Medika. 12. Nursalam. 2008. <i>Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik</i>; Jakarta : Salemba Medika. 13. Potter & Perry. 2005. <i>Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4</i>. Jakarta: Buku Kedokteran EGC. 14. Wilkinson Judith M. 2006. <i>Buku Saku Diagnosis Keperawatan</i>. Jakarta. EGC <p>Pendukung:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Departemen Kesehatan. 2012 <i>Roadmap Sistem Informasi dan Kesehatan tahun 2011-2014</i>.Kementrian Kesehatan RI, Jakarta. <i>KEPMENKES</i> 2. Online Reading: -
Nama Dosen Pengampu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep 2. Ica Lisnawati, Ns., M.Kep
Mata Kuliah Prasyarat (Jika Ada)	Tidak ada
Assesment	20% penilaian tugas, 15% penilaian UTS, 25% penilaian UAS dan 40% penilaian OSCE/Praktikum.

Minggu / Pertemuan ke	Sub-CPMK (Kemampuan akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran (Metode dan Sumber Belajar)	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian			Dosen
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
I	Mahasiswa mampu menjelaskan konsep dokumentasi	Konsep dokumentasi 1. Pengertian dokumentasi keperawatan 2. Tujuan dokumentasi keperawatan 3. Prinsip-prinsip dokumentasi keperawatan 4. Manfaat dokumentasi keperawatan 5. Pendekatan model dokumentasi keperawatan	Ceramah Tanya jawab	TM = 1x(2x50) BT = 1x(2x60) BM = 1x(2x60) Daring	Mendengarkan penjelasan dosen terkait konsep dokumentasi Menjawab soal-soal <i>pretest</i> dan <i>posttest</i>	Kriteria : Ketepatan menjelaskan materi Bentuk: Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i>	Ketepatan menjelaskan pengertian dokumentasi	5%	Ica Lisnawati, Ns., M.Kep
II	Mahasiswa mampu menerapkan teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tataran klinik	Teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tataran klinik 1. Sejarah perkembangan computer keperawatan 2. Implementasi sistem informasi keperawatan di rumah sakit	Ceramah Tanya jawab	TM = 1x(2x50) BT = 1x(2x60) BM = 1x(2x60) Daring	Mendengarkan penjelasan dosen terkait teknik dokumentasi Menjawab soal-soal <i>pretest</i> dan <i>posttest</i>	Kriteria : Ketepatan menjelaskan materi Bentuk: Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i>	Ketepatan menjelaskan teknik dokumentasi	5 %	Ica Lisnawati, Ns.,M.Kep

Minggu / Pertemuan ke	Sub-CPMK (Kemampuan akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran (Metode dan Sumber Belajar)	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian			Dosen
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
III	Mahasiswa mampu mengenal sistem informasi kesehatan	Sistem informasi kesehatan 1. Pengertian sistem informasi kesehatan 2. Tujuan sistem informasi kesehatan 3. Kebijakan sistem informasi kesehatan 4. Kedudukan sistem informasi kesehatan dalam sistem kesehatan nasional 5. Masalah-masalah yang terjadi dalam penerapan sistem informasi kesehatan	Ceramah Tanya jawab	TM = 1x(2x50) BT = 1x(2x60) BM = 1x(2x60) Daring	Mendengarkan penjelasan dosen terkait teknik sistem informasi kesehatan Mencari sumber referensi dan membuat laporan studi literature tentang sistem informasi kesehatan di Indonesia	Kriteria : Ketepatan menjelaskan materi dan penugasan yang diberikan dengan menunjukkan performa yang ditugaskan Bentuk: 1. Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i> 2. Studi literatur	Ketepatan mengenal sistem informasi kesehatan Ketepatan membuat makalah	5 %	Ica Lisnawati, Ns.,M.Kep
IV	Mahasiswa mampu mengenal model pendokumentasian asuhan keperawatan	Model pendokumentasian asuhan keperawatan 1. <i>Source Oriented Record (SOR)</i> 2. <i>Problem Oriented Record (POR)</i> 3. <i>Charting By Exception (CBE)</i> 4. <i>Problem Intervention and Evaluation (PIE)</i> 5. <i>Process Oriented System (POS)</i> 6. <i>Coded Nursing Documentation (CND)</i>	<i>Small Group Discussion</i>	TM = 1x(2x50) BT = 1x(2x60) BM = 1x(2x60) Daring	Mendengarkan penjelasan dosen terkait model pendokumentasian asuhan keperawatan Mencari sumber referensi dan membuat laporan studi literature tentang model pendokumentasian	Kriteria : Ketepatan menjelaskan materi dan penugasan yang diberikan dengan menunjukkan performa yang ditugaskan Bentuk: 1. Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i>	Ketepatan mengenal model dokumentasi Ketepatan presentasi dan makalah	15 %	Ica Lisnawati, Ns.,M.Kep

Minggu / Pertemuan ke	Sub-CPMK (Kemampuan akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran (Metode dan Sumber Belajar)	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian			Dosen
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
					n asuhan keperawatan	2. Studi literatur			
V-VI	Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan	Pendokumentasian asuhan keperawatan 1. Pendokumentasian pengkajian 2. Pendokumentasian diagnose keperawatan	<i>Small Group Discussion</i>	TM = 2x(2x50) BT = 2x(2x60) BM = 2x(2x60) Daring	Menuliskan hasil laporan pengajian dan diagnosis keperawatan berdasarkan kasus pemicu	Kriteria : Ketepatan melakukan asuhan keperawatan dan penugasan yang diberikan dengan menunjukkan performa yang ditugaskan Bentuk: 1. Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i> 2. Laporan dokumentasi	Ketepatan melakukan dokumentasi keperawatan	10 %	Fasilitator
VII-VIII	Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan	Pendokumentasian asuhan keperawatan 1. Pendokumentasian rencana keperawatan 2. Pendokumentasian implementasi keperawatan 3. Pendokumentasian evaluasi keperawatan	<i>Small Group Discussion</i>	TM = 2x(2x50) BT = 2x(2x60) BM = 2x(2x60) Daring	Menuliskan hasil laporan rencana, implementasi dan evaluasi keperawatan berdasarkan kasus pemicu	Kriteria : Ketepatan melakukan asuhan keperawatan dan penugasan yang diberikan dengan menunjukkan performa yang ditugaskan	Ketepatan melakukan dokumentasi keperawatan	10 %	Fasilitator

Minggu / Pertemuan ke	Sub-CPMK (Kemampuan akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran (Metode dan Sumber Belajar)	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian			Dosen
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
						Bentuk: 1. Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i> 2. Laporan dokumentasi			
IX	UJIAN TENGAH SEMESTER (UTS)								
X-XI	Mahasiswa mampu melakukan dokumentasi dengan model NANDA dan SDKI	Dokumentasi dengan model 1. Domain dan Taksonomi NANDA, NIC dan NOC 2. Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI)	<i>Small Group Discussion</i>	TM = 2x(2x50) BT = 2x(2x60) BM = 2x(2x60) Daring	Mendengarkan penjelasan dosen terkait pendokumentasian asuhan keperawatan dengan model NANDA dan SDKI Mencari dan membaca sumber referensi dan membuat laporan studi literature tentang pendokumentasian model NANDA dan SDKI	Kriteria : Ketepatan melakukan dokumentasi dan penugasan yang diberikan dengan menunjukkan performa yang ditugaskan Bentuk: 1. Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i> 2. Studi literatur	Ketepatan melakukan dokumentasi dengan NANDA dan SDKI Ketepatan presentasi dan makalah	10 %	Suci Fitri R, Ns.,M.Kep

Minggu / Pertemuan ke	Sub-CPMK (Kemampuan akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran (Metode dan Sumber Belajar)	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian			Dosen
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
XII	Mahasiswa mampu menjelaskan sistem dokumentasi	Sistem dokumentasi 1. Dokumentasi secara manual 2. Dokumentasi keperawatan elektronik 3. Dokumentasi keperawatan berbasis computer 4. Manfaat dokumentasi yang terkomputerisasi	Ceramah Tanya jawab	TM = 1x(2x50) BT = 1x(2x60) BM = 1x(2x60) Daring	Mendengarkan penjelasan dosen terkait konsep sistem dokumentasi Menjawab soal-soal <i>pretest dan posttest</i>	Kriteria : Ketepatan menjelaskan materi Bentuk: Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i>	Ketepatan menjelaskan sistem dokumentasi	10 %	Suci Fitri R, Ns.,M.Kep
XIII	Mahasiswa mampu menjelaskan aspek legal pendokumentasian	Aspek legal pendokumentasian 1. Pengertian legal pendokumentasian keperawatan 2. Aspek legal pendokumentasian keperawatan 3. Standar akuntabilitas dalam pendokumentasian keperawatan	Ceramah Tanya jawab	TM = 1x(2x50) BT = 1x(2x60) BM = 1x(2x60) Daring	Mendengarkan penjelasan dosen terkait konsep aspek legal pendokumentasian Menjawab soal-soal <i>pretest dan posttest</i>	Kriteria : Ketepatan menjelaskan materi Bentuk: Tes Tertulis <i>multiple choice question</i>	Ketepatan menjelaskan aspek legal pendokumentasian	20 %	Suci Fitri R, Ns.,M.Kep
XIV-XV	Mahasiswa mampu mengaplikasikan prinsip-prinsip dokumentasi dalam asuhan keperawatan	Aplikasi prinsip-prinsip dokumentasi dalam asuhan keperawatan dengan berbagai model	<i>Small Group Discussion</i>	TM = 2x(2x50) BT = 2x(2x60) BM = 2x(2x60) Daring	Mendengarkan penjelasan dosen terkait pendokumentasian asuhan keperawatan	Kriteria : Ketepatan menjelaskan materi dan penugasan yang diberikan dengan	Ketepatan mengaplikasikan prinsip dokumentasi keperawatan	20 %	Suci Fitri R, Ns.,M.Kep

Minggu / Pertemuan ke	Sub-CPMK (Kemampuan akhir yang direncanakan)	Bahan Kajian (Materi Pembelajaran)	Bentuk dan Metode Pembelajaran (Metode dan Sumber Belajar)	Estimasi Waktu	Pengalaman Belajar Mahasiswa	Penilaian			Dosen
						Kriteria & Bentuk	Indikator	Bobot (%)	
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)
					Mencari sumber referensi dan membuat laporan studi literatur tentang pendokumentasian asuhan keperawatan	menunjukkan performa yang ditugaskan Bentuk: 1. Tes Tertulis <i>Multiple choice question</i> 2. Studi literatur	Ketepatan presentasi dan makalah		
XVI	UJIAN AKHIR SEMESTER (UAS)								

3.3 Jumlah Soal Ujian Mata Kuliah Dokumentasi Keperawatan

No	Nama Dosen	Bahan Kajian	Jumlah Soal
1	Ica Lisnawati, Ns., M.Kep	Konsep dokumentasi	3
		Teknik dokumentasi dan pelaporan dalam tataran klinik	3
		Sistem informasi kesehatan	4
		Model pendokumentasian asuhan keperawatan	5
2	Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep	Pendokumentasian asuhan keperawatan	8
		Cara pendokumentasian asuhan keperawatan	2
		Aspek legal pendokumentasian	7
		Praktik pendokumentasian asuhan keperawatan	8
Jumlah			40

BAB 4

METODE EVALUASI

4.1 Sistem Penilaian

- 4.1.1 Sistem penilain dilakukan dengan kriteria penafsiran kuantitatif dan kualitatif.
- 4.1.2 Hasil penilaian akhir dengan skor 0 – 100 digunakan untuk pemberian Nilai Angka, Nilai Huruf dan Bobot Nilai.
- 4.1.3 Pemberian Nilai Angka, Nilai Huruf dan Bobot Nilai dari hasil penilaian akhir menggunakan sistem Penilaian Acuan Patokan (PAP) atau menggunakan sistem Penilaian Acuan Normal (PAN).
- 4.1.4 Sistem PAN dapat digunakan apabila presentasi kelulusan peserta ujian rendah.
- 4.1.5 Ketentuan lulus adalah minimal angka 65. Nilai yang lebih kecil dari 65 dinyatakan tidak lulus dan harus diprogramkan kembali atau diremedial.
- 4.1.6 Penilaian dilihat dari ujian mata kuliah.
- 4.1.7 Rumus yang digunakan untuk memperoleh Nilai Akhir (NA) adalah :

$$NA = 20\% \text{ tugas} + 15\% \text{ UTS} + 25\% \text{ UAS} + 40\% \text{ OSCE/Praktikum}$$

- 4.1.8 Penilaian hasil belajar mahasiswa berdasarkan sistem PAP dinyatakan sebagai berikut :

Nilai Angka	Nilai Huruf	Bobot Nilai	Predikat	Keterangan
80 – 100	A	4,0	Istimewa	
75 – 79	A-	3,7	Hampir Istimewa	
70 – 74	B+	3,4	Baik Sekali	
65 – 69	B	3,0	Baik	
60 – 64	B-	2,7	Cukup Baik	Batas Minimal Kelulusan Jenjang S2
55 – 59	C+	2,4	Lebih dari Cukup	
50 – 54	C	2,0	Cukup	Batas Minimal Kelulusan Jenjang DIII & S1
31 – 49	D	1,0	Kurang	Harus Mengambil Ulang Mata Kuliah
< 30	E	0,0	Gagal	

- 4.1.9 Nilai mata kuliah yang dinyatakan dengan huruf A, A-, B+, B adalah Lulus

4.1.10 Nilai mata kuliah yang dinyatakan dengan huruf B-, C+, C, D, dan E adalah Tidak Lulus, dan mahasiswa bersangkutan harus menempuh kembali mata kuliah yang tidak lulus tersebut sesuai prosedur yang berlaku.

4.1.11 Perbaikan nilai ditujukan untuk memperbaiki nilai akhir suatu mata kuliah dengan memprogramkan kembali mata kuliah tersebut pada semester berikutnya secara regular.

4.1.12 Nilai akhir suatu mata kuliah mata kuliah yang dicantumkan merupakan nilai terakhir yang dicapai oleh mahasiswa setelah menempuh perbaikan melalui perkuliahan regular.

DAFTAR PUSTAKA

- Departemen Kesehatan. 2012 *Roadmap Sistem Informasi dan Kesehatan tahun 2011-2014*. Kementrian Kesehatan RI, Jakarta. *KEPMENKES*
- Dinarti, 2013. *Dokumentasi Keperawatan*; Jakarta : Trans Info Media,
- Ermawati, TIM, 2011. *Dokumentasi Keperawatan Dengan Kurikulum Berbasis Kompetensi*; Jakarta : Penerbit Buku Kesehatan, Perpustakaan Nasional : Katalog Dalam Terbitan.
- Fajar, Marhaeni. 2009. *Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik*. Yogyakarta: Graha Ilmu
- Handayaningsih, Isti. 2009. *Dokumentasi Keperawatan*. Mitra Cendikia Press: Jogjakarta.
- Hidayat, A. Aziz Alimul. 2002. *Dokumentasi proses keperawatan*. Buku kedokteran EGC: Jakarta
- Hutahaean Serri. Konsep dan Dokumentasi Proses Keperawatan. Jakarta: Trans A. A. Info Media. 2010
- Isyer, Patricia W. 2004. *Dokumentasi Keperawatan: Suatu Pendekatan Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC
- Kozier, Barbara, dkk. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan: konsep, proses, dan praktik*. Jakarta: EGC
- Mareli T.M, 2008. *Buku Saku Dokumentasi Keperawatan*, Jakarta : EGC
- Nursalam. 2001. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan Konsep dan Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam, M.Nurs (Hons), 2008. *Proses dan Dokumentasi Keperawatan: Konsep dan Praktik*; Jakarta : Salemba Medika.
- Perpustakaan Nasional: Katalog Dalam Terbitan. NANDA Internasional, 2012-2014. *Diagnosis Keperawatan, Definisi dan Klasifikasi*; Jakarta : EGC
- Potter & Perry. 2005. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep, Proses, dan Praktik Edisi 4*. Jakarta: Buku Kedokteran EGC.
- Wilkinson Judith M. 2006. *Buku Saku Diagnosis Keperawatan*. Jakarta. EGC
- Wilkinson, Judith M. 2016. *Diagnosis Keperawatan: diagnosis NANDA-I, intervensi NIC, hasil NOC*. Jakarta: EGC

SUPLEMEN

1. Skenario Kasus 1 (*Small Group Discussion*)

1.1 Tujuan Umum

Membahas tentang praktik dokumentasi pengkajian dalam proses keperawatan

1.2 Tujuan Khusus

Setelah mempelajari Skenario Kasus 1 diharapkan Anda mampu mempraktikkan dokumentasi pengkajian dalam proses keperawatan :

1.2.1 Mengidentifikasi format atau lembar yang digunakan untuk pengkajian keperawatan

1.2.2 Mengumpulkan data subjektif dan objektif sebagai bahan kajian asuhan keperawatan

1.2.3 Menyajikan informasi pasien yang digunakan sebagai bahan kajian asuhan keperawatan

1.2.4 Memvalidasi dan mengorganisasi data pengkajian keperawatan

1.2.5 Mendokumentasikan berbagai data secara utuh

1.3 Instruksi

Pada format pengkajian, Anda perhatikan komponen data apa saja yang ada pada format tersebut. Komponen yang ada pada format pengkajian antara lain identitas klien, riwayat keperawatan, pengkajian fisik, data penunjang dan penatalaksanaan medis. Tugas Anda adalah memasukkan data hasil pengkajian kedalam format sesuai komponen data.

KASUS 1

Klien bernama Ny.A berusia 42 tahun, dengan nomor rekam medik 123xxx, jenis kelamin wanita, beragama Islam, sudah menikah, pekerjaan guru SD, pendidikan terakhir S1 dan bertempat tinggal di Jalan Gatot Subroto Banjarmasin. Sumber informasi dari klien, keluarga dan status rekam medik. Klien masuk RS Islam Banjarmasin pada tanggal 17 September 2020. Keluhan utama klien saat dilakukan pengkajian tanggal 17 September 2020 nyeri di daerah perut kuadran kanan atas dan dibelakang tengah, faktor pencetus berubah posisi dan melakukan aktivitas sedang seperti berjalan, karakteristik nyeri panas dengan skala nyeri 7, intensitas 10 menit, timbul keluhan mendadak. Nyeri semakin berat bila klien beraktivitas sedang seperti

berjalan dan berkurang saat klien tiduran dengan posisi semi fowler dan setelah diberikan obat Paracetamol 2 x 250 mg via oral. Klien mual, tidak selera makan, perut terasa begah, berat badan turun 3 kg, makanan habis ½ porsi. Klien mengatakan minum dalam sehari kurang lebih 1 liter.

Hasil pemeriksaan fisik di dapatkan data keadaan umum sedang, kesadaran compos mentis, GCS 15 (E: 4, M: 6, V: 5), klien meringis sambil memegang bagian yang nyeri perut kanan atas. Tekanan darah: 110/80 mmHg, nadi: 130 x/menit, pernafasan: 24 x/menit dan suhu: 36,5⁰C. BB saat ini: 50 kg, BB sebelum sakit: 53 kg, tinggi badan 160 cm, BBI: 54-66 kg. Makanan yang di sajikan habis ½ porsi, LILA: 24 cm, lingkar perut: 90 cm, konjungtiva anemis, warna kulit pucat, akral dingin, sklera ikterik, CRT: 4 detik. Pemeriksaan inspeksi permukaan abdomen asites, auskultasi: peristaltik (+), bising usus 8 x/menit, palpasi: perut kembung, nyeri tekan di rasakan pada kuadran kanan atas, terdapat pembesaran hepar/hepar teraba, perkusi: dullness pada daerah kanan atas, timpani pada kuadran yang lain.

Pemeriksaan penunjang tanggal 17 September 2020: Hemoglobin ↓ 10 g/dL (13.2 - 17.3g/dL), Hematokrit ↓ 23 % (33 - 45 %), Leukosit ↓ 3 ribu/ul (5.0 - 10.0 ribu/uL), Trombosit ↓ 60 ribu/ul (150 - 440 ribu/uL), Eritrosit ↓ 3 juta/uL (4.40 - 5.90 juta/uL), RDW ↑ 18 % (11.5 - 14.5 %) VER 80.5 fl (80.0 - 100.0 fL), HER ↓ 23.1 pg (26.0 - 34.0 pg), KHER ↓ 28.7 g/dl (32.0 - 36.0 g/dL). Pemeriksaan Rontgen thorax tanggal 17 September 2020 kesan: Cor dan pulmo dalam batas normal. Pemeriksaan ultrasonografi hasil: Sirosis hepatis, splenomegaly dan asites. Terapi obat tanggal 17 September 2020 : Ciprofloxacin 2 x 200 mg (jam 08.00 dan jam 14.00) via drip, Cefotaxime 3 x 1 gr (jam 08.00, jam 14.00 dan 22.00) via IV, Omeprazole 2 x 20 mg (jam 08.00 dan jam 14.00) via IV, Sukralfat 2 x 250 mg (jam 08.00 dan jam 14.00) via oral, Paracetamol 2 x 250 mg (jam 08.00 dan jam 14.00) via oral, Kalium klorida (KSR) 2 x 1000 mg (jam 08.00 dan jam 14.00) via oral, Laktulak 2 x 60 ml (jam 08.00 dan jam 14.00) via oral, Vit K 2 x 10 mg (jam 08.00 dan jam 14.00) via drip. Tanggal 18 September 2020: Furosemide 1 x 40 mg (jam 08.00) via oral, Spironolakton 1 x 100 mg (jam 08.00) via oral. Klien mendapat Diet TKTP 2200 kkal.

**FORMAT PENGKAJIAN KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN**

1. PENGKAJIAN

A. IDENTITAS

IDENTITAS KLIEN

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Alamat :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Status Perkawinan :
Agama :
Suku/Bangsa :
Tanggal Masuk RS :
Diagnosa Medis :
No. RM :

IDENTITAS PENANGGUNG JAWAB

Nama :
Jenis Kelamin :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :
Hubungan dengan klien :

B. RIWAYAT KESEHATAN

1. Keluhan utama

Diisi tentang keluhan yang dirasakan klien pada saat perawat melakukan pengkajian pada kontak pertama dengan klien.

2. Riwayat Kesehatan /penyakit sekarang

Diisi tentang perjalanan penyakit klien, dari pertama kali keluhan yang dirasakan saat di rumah, usaha untuk mengurangi keluhan (diobati dengan apa, dibawa ke puskesmas atau ke pelayanan kesehatan lain), sampai di bawa kerumah sakit dan menjalani perawatan.

3. Riwayat Kesehatan/penyakit dahulu

Diisi tentang riwayat kesehatan klien sebelum sakit yang di alami sekarang, diagnosa penyakit yang pernah di derita, apakah dulu pernah mengalami keluhan yang sama dengan yang dirasakan sekarang, atau pernah menderita penyakit/di diagnosa suatu penyakit sebelumnya.

4. Riwayat Kesehatan/Penyakit Keluarga

Diisi tentang riwayat kesehatan keluarga, adakah anggota keluarga yang pernah atau sedang mengalami sakit seperti yang klien alami sekarang. Adakah anggota keluarga yang mengalami penyakit yang berhubungan dengan sakit yang di derita klien sekaran. Adakah anggota keluarga yang menderita penyakit menular atau penyakit keturunan.

C. PEMERIKSAAN FISIK

1. Keadaan umum

Diisi tentang riwayat data-data tanda-tanda vital, tingkat kesadaran dan antropometri.

2. Kulit

Diisi tentang data hasil pengkajiaan sistem integumen/kulit, keadaan umum kulit, kebersihan, integritas kulit, tekstur, kelembaban, adanya ulkus/luka, turgor, warna kulit dan bentuk kelainan dari kulit.

3. Kepala dan leher

Diisi tentang data hasil pengkajian daerah kepala, distribusi rambut, keadaan umum kepala, kesimetrisan, adanya kelainan pada kepala secara umum. Pengkajian leher yaitu adanya pelebaran vena jugularis, pembesaran kelenjar tiroid, pembesaran kelenjar limfe, keterbatasan gerak, kelainan lain.

4. Penglihatan dan Mata

Diisi tentang data hasil pengkajian daerah mata dan fungsi sistem penglihatan, keadaan mata secara umum, konjungtiva (anemis, peradangan, trauma) adanya abnormalitas pada mata/kelopak mata, visus, daya akomodasi mata, penggunaan alat bantu penglihatan, kelainan/gangguan saat melihat.

5. Penciuman dan hidung

Diisi tentang hasil pengkajian daerah hidung dan fungsi sistem penciuman, keadaan umum hidung, jalan nafas/adanya sumbatan pada hidung, polip, peradangan, sekret/keluar darah, kesulitan bernafas, adanya kelainan bentuk dan kelainan lainnya.

6. Pendengaran dan telinga

Diisi tentang data hasil pengkajian daerah telinga dan fungsi sistem pendengaran, keadaan umum telinga, gangguan saat mendengar, penggunaan alat pendengaran adanya kelainan bentuk dan gangguan lainnya.

7. Mulut dan gigi

Diisi tentang data hasil pengkajian mulut dan fungsi pencernaan bagian atas, keadaan umum mulut dan gigi, gangguan menelan, adanya peradangan pada mulut (mukosa mulut, gusi, faring), adanya kelainan bentuk dan gangguan lainnya.

8. Dada, Pernafasan dan sirkulasi

Diisi tentang data hasil pengkajian dada yaitu dari hasil inspeksi (perkembangan/ekspansi dada, kesimetrisan dada), palpasi (kesimetrisan dada, taktil premitus), perkusi (paru:resonan adanya penumpukan sekret/cairan/darah), auskultasi (pernafasan : suara nafas, jantung : bunyi jantung).sirkulasi : perfusi dara ke perifer. Warna ujung-ujung jari, bibir, kelembapan kulit, urine output, keluhan pusing, pandangan kabur saat berubah posisi CRT, keluhan lainya seperti dada berdebar-debar nyeri dada, sesak nafas.

9. Abdomen

Hasil inspeksi : keadaan umum abdomen, pergerakan nafas, adanya benjolan, warna kulit

Palpasi : adanya masa pada abdomen, turgor kulit, adanya asites

Perkusi : bunyi timpani, hipertimpani untuk perut kembung, pekak untuk jaringan padat

Auskultasi : peristaltik usus per menit.

10. Genitalia dan reproduksi

Hasil pengkajian tentang keadaan umum alat genital dan fungsi sistem reproduksi. kelainan pada anatomi dan fungsi. Keluhan dan gangguan pada sistem reproduksi.

11. Ekstremitas atas dan bawah

Hasil pengkajian ekstremitas atas dan bawah, rentang gerak, kekuatan otot, kemampuan melakukan mobilisasi, keterbatasan gerak, adanya trauma/kelainan pada kaki/tangan. insersi infus, keluhan/gangguan lain.

D. KEBUTUHAN FISIK, PSKOLOGI, SOSIAL DAN SPRITUAL

1. Aktivitas dan istirahat (di rumah/sebelum sakit dan di rumah sakit/saat sakit)

Di Rumah : kebiasaan mandi, keramas, gosok gigi (personal hygiene)

Di RS : kemampuan beraktivitas, gangguan aktivitas

2. Personal hygiene

Di rumah : kebiasaan mandi, keramas, gosok gigi (personal hygiene)

Di RS : gambaran umum kebersihan klien, kemampuan untuk perawatan diri.

3. Nutrisi

Di rumah : kebiasaan makan, pantangan, makanan yang bisa menyebabkan alergi.

Di RS : pola makan, gangguan makan, diet yang di berikan.

4. Eliminasi

Di rumah : kebiasaan/pola BAB dan BAK, keluhan/gangguan saat eliminasi

Di RS : pola BAB dan BAK, perubahan pola eliminasi.

5. Seksualitas

Pola seksualitas, keluhan seksualitas.

6. Psikososial

Hubungan klien dengan orang lain, hubungan klien dengan keluarga, orang terdekat, hubungan klien dengan tetangga kesehatan, keadaan psikologis klien, penerimaan dan harapan klien tentang penyakitnya, pengetahuan klien tentang penyakitnya.

7. Spritual

Kepercayaan klien terhadap tuhan, keyakinan klien tentang sakit yang di derita.

E. PEMERIKSAAN PENUNJANG

Diisi tentang pemeriksaan penunjang di lakukan seperti pemeriksaan rontgen, biopsi, laboratorium, CT Scan dan lain-lain.

F. TERAPI FARMAKOLOGI (OBAT-OBATAN)

Diisi tentang daftar obat yang diberikan kepada klien (jenis obat, cara pemberian, waktu pemberian, dosis dan indikasi obat). Setiap perubahan terapi obat dicatat sesuai dengan hari tanggal pemberian.

Hari, Tanggal, Bulan dan Tahun

Jenis Obat	Cara Pemberian	Waktu Pemberian	Dosis	Indikasi

Banjarmasin, 17 September 2020

TTD

(Nama Perawat)

2. Skenario Kasus 2 (*Small Group Discussion*)

2.1 Tujuan Umum

Setelah mempelajari Skenario Kasus 2 diharapkan Anda mampu mempraktikkan dokumentasi diagnosa dalam proses keperawatan

2.2 Tujuan Khusus

Setelah mempelajari Skenario Kasus 2 diharapkan Anda mampu:

- 2.2.1 Menjelaskan dokumentasi diagnosa keperawatan
- 2.2.2 Menjelaskan perbedaan diagnosa keperawatan dan diagnosa medis
- 2.2.3 Menyebutkan tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan
- 2.2.4 Menjelaskan metode dokumentasi diagnosa keperawatan
- 2.2.5 Menyebutkan langkah-langkah dalam penulisan diagnosa keperawatan
- 2.2.6 Menjelaskan kategori diagnosa keperawatan.

2.3 Instruksi

Cobalah Anda buat analisa data yang ada pada kasus di Skenario Kasus 1, kemudian buatlah diagnosa Aktual, Risiko, Kemungkinan, Wellness, dan Sindrom. Langkah Pertama Anda masukan data subjektif dan data objektif kedalam format, kemudian menentukan masalah dan etiologi. Langkah Kedua memasukan masalah dan etiologi ke dalam format diagnosa keperawatan dengan menambahkan kata “berhubungan dengan”.

FORMAT ANALISA DATA

Nama Klien / Umur :
Ruangan / No. Kamar :
No. RMK :
Hari,Tanggal,Bulan,Tahun :

NO	Data	Problem	Etiologi
1	Data Subyektif - - Data Obyektif - -		
2	Dst		

Diagnosa Keperawatan

1. berhubungan dengan
2. berhubungan dengan

TTD

(Nama Perawat)

3. Skenario Kasus 3 (*Small Group Discussion*)

3.1 Tujuan Umum

Setelah mempelajari Skenario Kasus 3 diharapkan Anda mampu mendokumentasikan perencanaan keperawatan.

3.2 Tujuan Khusus

Setelah mempelajari Skenario Kasus 3 diharapkan Anda mampu:

3.2.1 Menjelaskan dokumentasi pada perencanaan keperawatan

3.2.2 Menjelaskan tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan

3.2.3 Menyebutkan tahapan penyusunan rencana keperawatan

3.2.4 Menyebutkan karakteristik pendokumentasian rencana tindakan keperawatan

3.3 Instruksi

Berdasarkan latihan merumuskan diagnosa yang sudah Anda buat pada Skenario Kasus 2, pilihlah salah satu diagnosanya kemudian susunlah perencanaan tindakan keperawatan yang memenuhi kriteria SMART.

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil (NOC)	NIC	Rasional
	Tujuan : SMART Contoh : Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama ... x ... jam ... teratasi Kriteria Hasil : a. b.		

4. Skenario Kasus 4 (*Small Group Discussion*)

4.1 Tujuan Umum

Setelah mempelajari Skenario Kasus 4 diharapkan Anda mampu mendokumentasikan implementasi dan evaluasi keperawatan.

4.2 Tujuan Khusus

Setelah mempelajari Skenario Kasus 4 diharapkan Anda mampu:

- 4.2.1 Mengidentifikasi format atau lembar yang digunakan untuk implementasi dan evaluasi keperawatan
- 4.2.2 Mendokumentasikan tanggal/jam dan nomor diagnosa pada format implementasi dan evaluasi keperawatan
- 4.2.3 Mendokumentasikan tindakan dan hasil/respon pasien yang telah dilakukan sesuai dengan rencana keperawatan
- 4.2.4 Mendokumentasikan hasil evaluasi keperawatan dalam bentuk SOAP dalam 24 jam
- 4.2.5 Mendokumentasikan paraf dan nama jelas pada format implementasi dan evaluasi keperawatan

4.3 Instruksi

Berdasarkan latihan merumuskan perencanaan yang sudah Anda buat pada Skenario Kasus 3, kemudian dokumentasikanlah tindakan keperawatan yang Anda telah lakukan sesuai dengan prinsip implementasi dan evaluasi

IMPLEMENTASI KEPERAWATAN

No.Dx. Kep	Hari & Tanggal	Jam	Implementasi	Evaluasi Hasil	Nama dan Paraf Perawat
			1. Melakukan pengkajian nyeri	P: Q: R: S: T:	

EVALUASI KEPERAWATAN

No.Dx. Kep	Hari & Tanggal	Jam	Evaluasi Akhir	Nama dan Paraf Perawat
			S: O: A: P:	

CATATAN PERKEMBANGAN

Hari & Tanggal	Jam	No. Dx.Kep	Implementasi dan hasilnya	Evaluasi Hasil	Nama dan Paraf Pera wat
				S : O : A : P :	

SUPLEMEN

1. KONSEP DOKUMENTASI

Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi juga didefinisikan sebagai segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang. Pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting (Tungpalan, 2013).

Webster's new world dictionary mendefinisikan dokumentasi sebagai penyediaan bukti pencatatan, pengumpulan, ringkasan dan pengkodean informasi yang tercetak atau tertulis untuk referensi di masa mendatang.

Dokumentasi yang baik mencerminkan tidak hanya kualitas perawatan tetapi juga membuktikan pertanggungjawaban setiap anggota tim perawatan dalam memberikan perawatan.

2. DEFINISI

Dokumentasi keperawatan menurut Carpenito (1999), merupakan suatu rangkaian kegiatan yang rumit dan sangat beragam serta memerlukan waktu yang cukup banyak dalam proses pembuatannya. Perkiraan waktu pembuatan dokumentasi asuhan keperawatan dapat mencapai 35-40 menit, hal ini dikarenakan seringnya perawat melakukan pencatatan yang berulang-ulang atau duplikatif. Walaupun demikian, terkadang dokumentasi keperawatan yang dihasilkan masih sering kurang berkualitas. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan bagian dari proses asuhan keperawatan yang dilakukan secara sistematis dengan cara mencatat tahap-tahap proses perawatan yang diberikan kepada pasien. Dokumentasi asuhan keperawatan merupakan catatan penting yang dibuat oleh perawat baik dalam bentuk elektronik maupun manual berupa rangkaian kegiatan yang dikerjakan oleh perawat meliputi lima tahap yaitu:

- a. Pengkajian
- b. Penentuan diagnosa keperawatan
- c. Perencanaan tindakan keperawatan,

- d. Pelaksanaan/implementasi rencana keperawatan
- e. Evaluasi perawatan

Dokumentasi proses keperawatan merupakan bagian dari media komunikasi antara perawat yang melakukan asuhan keperawatan dengan perawat lain atau dengan tenaga kesehatan lain, serta pihak-pihak lain yang memerlukan dan yang berhak mengetahuinya. Dokumentasi keperawatan merupakan sesuatu yang mutlak harus ada sebagai bukti profesionalisasi keperawatan. Dokumentasi keperawatan merupakan salah satu bentuk upaya membina dan mempertahankan akuntabilitas perawatan dan pelayanan keperawatan. Kualitas asuhan keperawatan bergantung pada akuntabilitas dari individu perawat dalam hal menggunakan proses keperawatan pada pelaksanaan asuhan keperawatan.

Dokumentasi proses keperawatan mencakup pernyataan dan pelaporan terutama yang berkaitan dengan pelaksanaan asuhan yang dilaksanakan pada setiap tahap dalam proses keperawatan, mulai dari pengkajian (pengumpulan dan analisa data), diagnose keperawatan, menyusun rencana tindakan keperawatan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengadakan evaluasi hasil tindakan keperawatan. Dokumentasi meliputi pencatatan tentang segala sesuatu yang terjadi pada setiap tahapan proses keperawatan.

Memungkinkan dilakukannya evaluasi yang bersifat terarah dan menyeluruh maka semua data dan informasi penting harus didokumentasikan secara baik dan teratur. Seluruh data hasil pengkajian, proses analisa data dan diagnosa keperawatan, rencana asuhan keperawatan (terutama mencakup tujuan, kriteria hasil, bentuk intervensi, cara serta urutan pelaksanaannya), hasil intervensi keperawatan dan respon klien secara keseluruhan harus tercatat secara teratur.

Dokumentasi keperawatan yang merupakan bagian dari informasi kesehatan secara keseluruhan harus dikelola sebagai satu kesatuan tanpa harus meninggalkan informasi dari tenaga kesehatan lain. Pencatatan keperawatan sama pentingnya dengan pencatatan dalam pelaksanaan kegiatan keprofesian dari profesi lain dalam bidang kesehatan. Karena pentingnya nilai pencatatan keperawatan maka segala data dan informasi yang

diperlukan agar ia dapat berfungsi seperti yang diuraikan di atas, harus terdokumentasi dalam bentuk pencatatan keperawatan.

Falsafah keperawatan menyatakan bahwa pelayanan yang diberikan kepada klien didasarkan pada kebutuhan objektif klien. Oleh karena itu sistem pencatatan dan pelaporan dalam keperawatan harus berorientasi kepada klien. Bentuk ini berbeda dengan pencatatan atau dokumentasi medis yang berbentuk Problem Oriented Medical Record (POMR) yang berarti bahwa fokus perhatian dan kegiatan proses asuhan medis adalah kepentingan pasien.

3. KOMPONEN DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Terdapat 3 komponen untuk kegiatan Dokumentasi Keperawatan

3.1 Komunikasi

Meningkatkan mutu pelayanan keperawatan seorang perawat perlu memahami teknik komunikasi yang benar. Dokumentasi merupakan komunikasi secara tertulis sehingga perawat dituntut untuk dapat mendokumentasikan secara benar. Keterampilan dokumentasi yang efektif memungkinkan perawat untuk mengkomunikasikan kepada tenaga kesehatan lain dan menjelaskan apa saja yang sudah, sedang dan yang akan dikerjakan perawat.

Contoh efektifitas pola penulisan komunikasi :

- 3.1.1 Dapat digunakan ulang untuk keperluan yang bermanfaat
- 3.1.2 Mengkomunikasikan kepada tenaga perawat lainnya dan tenaga kesehatan lain apa yang telah terjadi dan diharapkan terjadi
- 3.1.3 Data klien yang akurat dapat dicatat dengan jelas dan dikelompokkan secara sistematis
- 3.1.4 Penulisan catatan menggambarkan suatu kreatifitas.

3.2 Dokumentasi Proses Keperawatan

Lingkup pencatatan pada proses keperawatan yang spesifik meliputi :

- 3.2.1 Klien masuk rumah sakit/kontak dengan pelayanan perawat
- 3.2.2 Kelengkapan riwayat keperawatan dan pemeriksaan
- 3.2.3 Diagnosa keperawatan
- 3.2.4 Rencana tindakan keperawatan
- 3.2.5 Pendidikan kepada klien

- 3.2.6 Dokumentasi parameter monitoring dan intervensi keperawatan lainnya
- 3.2.7 Perkembangan terhadap hasil yang diharapkan
- 3.2.8 Evaluasi perencanaan
- 3.2.9 Justifikasi terhadap proses intervensi, jika perlu
- 3.2.10 Sistem rujukan
- 3.2.11 Klien pulang

3.3 Standar Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi adalah suatu pernyataan tentang kualitas dan kuantitas dokumentasi yang dipertimbangkan secara adekuat dalam suatu situasi tertentu. Dengan adanya standar dokumentasi memberikan informasi bahwa adanya suatu ukuran terhadap kualifikasi dokumentasi keperawatan.

Standar diartikan sebagai ukuran atau model terhadap sesuatu yang hampir sama. Model tersebut mencakup kualitas, karakteristik, properties dan performance yang diharapkan dalam suatu tindakan, pelayanan dan seluruh komponen yang terlibat.

Nilai suatu standar ditentukan oleh adanya pemakaian konsisten dan evaluasi. Standar keperawatan adalah suatu pernyataan yang menjelaskan kualitas, karakteristik, properties dan performance yang diharapkan terhadap beberapa aspek praktik keperawatan. Perawat memerlukan suatu standar dokumentasi untuk memperkuat pola pencatatan dan sebagai petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Fakta tentang kemampuan perawat dalam pendokumentasian ditunjukkan pada keterampilan menuliskan sesuai standar dokumentasi yang konsisten, pola yang efektif, lengkap dan akurat.

Standar ini juga diperlukan sebagai petunjuk dan arah terhadap penyimpanan dan teknik pencatatan yang benar. Oleh karena itu standar harus dipahami oleh teman sejawat dan tenaga kesehatan profesional lainnya, termasuk tim akreditasi.

Beberapa standar yang perlu diketahui :

3.3.1 **Standar Individual Profesional Accountability**

Menggambarkan tanggung jawab perawat dalam pendokumentasian praktik keperawatan berdasarkan proses keperawatan. Tanggung jawab untuk bekerja dengan baik dalam praktik keperawatan meliputi kegiatan dokumentasi yang independen dan interdependen.

4. Standar Tanggung Jawab Profesi Keperawatan

Perawat mempunyai suatu keahlian tertentu untuk mengidentifikasi, mengartikan, memberikan rekomendasi dan memvalidasi suatu standar yang bermanfaat . Hal ini sangat sesuai bahwa profesi keperawatan dalam melakukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya, mempunyai peran yang penting dalam menentukan suatu standar keperawatan.

Tanggung jawab profesi keperawatan dalam pendokumentasian keperawatan, meliputi :

- Menggunakan standar untuk pencatatan dan penyimpanan
- Memberikan masukan sebagai suatu code
- Menggunakan kebijaksanaan tenaga keperawatan untuk pencatatan
- Melaksanakan kegiatan yang berhubungan dengan praktik keperawatan dan multidisiplin profesi keperawatan
- Memprioritaskan masalah dan kebutuhan klien
- Memenuhi permintaan kelompok, tim akreditasi dan pemakai/masyarakat.

5. Standar yang disusun oleh Pelayanan Kesehatan

Tujuan Standar Dokumentasi Proses Keperawatan

- a. Mengetahui kemampuan perawat untuk memberikan asuhan keperawatan
- b. Mengetahui mutu asuhan keperawatan
- c. Meningkatkan kualitas asuhan keperawatan
- d. Meningkatkan kepuasan pasien terhadap pelayanan kesehatan
- e. Menurunkan biaya perawatan
- f. Melindungi kepentingan pasien dan perawat

Karakteristik Standar Dokumentasi Proses Keperawatan

- a. Dari sudut pandang secara umum
Standar ditetapkan oleh organisasi profesi (PPNI) berdasarkan definisi dan proses keperawatan.
- b. Dari sudut pandang Perawat
Memberikan panduan untuk perawat dalam memberikan pertanggungjawaban yang profesional yang mampu meningkatkan kepuasan perawat sesuai standar yang harus ditaati dengan kriteria hasil yang dapat mengevaluasi asuhan keperawatan, memberi kerangka bagi pendekatan sistematis untuk pengambilan keputusan praktik keperawatan
- c. Dari sudut pandang Klien
Memungkinkan klien memberikan ide pertanggungjawaban terhadap kualitas asuhan keperawatan, meningkatkan kepuasan dan merefleksikan hak klien.

Komponen Standar Dokumentasi

Standar dokumentasi proses keperawatan memiliki komponen yang penting, yaitu :

a. Komunikasi

Perawat mendokumentasikan informasi akurat, relevan, dan komprehensif mengenai kondisi klien, kebutuhan klien, intervensi keperawatan dan hasil kondisi kesehatan klien.

b. Akuntabilitas dan kewajiban

Dokumentasi keperawatan harus sesuai dengan standar profesional dan etika, peraturan dan kebijakan yang relevan dari institusi/RS.

c. Keamanan

Perawat melindungi klien terhadap informasi kesehatan dengan menjaga kerahasiaan dan menyimpan informasi sesuai dengan prosedur yang konsisten sesuai standar profesional serta etika.

Dokumentasi perawatan memerlukan standar penulisan dokumentasi yang ditetapkan oleh RS dengan dukungan organisasi profesi. Standar dokumentasi

proses keperawatan yang lengkap harus memenuhi kriteria standar komunikasi,

Pengetahuan dan Keterampilan Perawat Yang Dibutuhkan Dalam Dokumentasi Proses Keperawatan

Tahap	Pengetahuan dan keterampilan yang dibutuhkan
Pengkajian	yang berkaitan dengan kebutuhan dasar manusia, status kesehatan, patofisiologi, sistem keluarga, kultur, lingkungan, komunikasi, pemeriksaan fisik
Diagnosa	yang berkaitan dengan penyebab, tanda dan gejala, merumuskan karakteristik diagnosa keperawatan, membedakan hasil data obyektif, kesimpulan perawat terhadap masalah dan kebutuhan pasien, mengetahui hubungan sebab akibat dari komponen diagnosa
Perencanaan	Yang berkaitan dengan wawasan dan ruang lingkup praktek keperawatan, kemampuan dan pengetahuan pasien tanggapan tim kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien, memprioritaskan masalah pengambilan keputusan, perumusan tujuan dan rencana intervensi
Pelaksanaan	Yang berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan dasar pasien, teknik aseptik dan antiseptik, mengobservasi secara sistematis, keterampilan psikomotor, kolaborasi, penyuluhan dan pendidikan kesehatan pada pasien dengan menerapkan etika dan memperhatikan norma
Evaluasi	Yang berkaitan dengan perbandingan data awal dengan data yang didapat saat evaluasi perkembangan pasien, evaluasi tindakan, modifikasi rencana dan tujuan

akuntabilitas dan kewajiban serta keamanan

B. TUJUAN DOKUMENTASIAN KEPERAWATAN

Tujuan Utama :

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencata kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan keperawatan dan mengevaluasi tindakan.

2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hokum dan etika

Tujuan Lain dari pendokumentasian keperawatan

1. Sebagai media untuk mendefinisikan fokus keperawatan bagi klien dan kelompok.
2. Untuk membedakan tanggung gugat perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya.
3. Sebagai sarana untuk melakukan evaluasi terhadap tindakan yang telah diberikan kepada klien.
4. Sebagai data yang dibutuhkan secara administratif dan legal formal.
5. Memenuhi persyaratan hukum, akreditasi dan professional.
6. Untuk memberikan data yang berguna dalam bidang pendidikan dan penelitian.

C. MANFAAT DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN

1. Aspek hukum

Dokumentasi keperawatan yang dibuat merupakan aspek legal didepan hukum. Dokumentasi merupakan bukti catatan dari tindakan yang diberikan dan sebagai dasar untuk melindungi pasien, perawat dan institusi.

2. Kualitas pelayanan

Melalui audit keperawatan dokumentasi keperawatan dijadikan alat untuk mengukur dalam membandingkan antara tindakan yang diberikan dengan standar yang dijadikan rujukan. Dengan demikian dapat diketahui apakah dalam bekerja telah sesuai dengan standar yang ditetapkan.

3. Keuangan

Dokumentasi yang baik dan teliti akan menjadi bukti bahwa tindakan telah dilakukan oleh perawat. Dan dengan dokumentasi ini maka besarnya jasa yang diberikan akan diberikan sesuai dengan aturan yang ditetapkan ditempat masing-masing.

4. Pendidikan

Dokumentasi keperawatan dapat dijadikan sebagai rujukan bagi siswa-siswa perawat.

5. Penelitian

Penelitian keperawatan dengan menggunakan data-data sekunder akan sangat bergantung dengan kualitas dari dokumentasi keperawatan yang dibuat. Kesalahan dalam membuat atau pengisian dokumentasi yang tidak lengkap akan membuat informasi tentang riwayat pasien menjadi kabur

A. Macam – macam teknik dokumentasi dan pelaporan keperawatan

Ada tiga teknik dokumentasi yang sering digunakan:

1. *SOR (Source Oriented Record)*

SOR (Source Oriented Record) merupakan teknik dokumentasi yang dibuat oleh setiap anggota tim kesehatan. Dalam melaksanakan tindakan, mereka tidak bergantung pada tim lainnya. Contoh catatan ini adalah format untuk pasien rawat inap. Di dalamnya, ada catatan pesanan dokter yang ditulis oleh perawat. Masing – masing catatan ini memberikan penekanan tersendiri.

Model catatan ini secara umum berisi pesanan dari dokter. Model ini antara lain formulir grafik, format pemberian obat, format catatan perawat, riwayat penyakit, riwayat perawatan/pemeriksaan, dan perkembangan pasien. Termasuk dildalamnya, pemeriksaan laboratorium dan diagnostik, formulir masuk rumah sakit, dan formulir untuk operasi yang di tandatangani oleh pasien dan keluarga. Secara khusus catatan ini berisi riwayat sosial (identitas), terapi, psikoterapi, konsultasi atau rujukan, format operasi, pemeriksaan khusus, format catatan tanda vital, masukan dan keluaran cairan.

2. Kardex

Teknik dokumentasi ini memanfaatkan serangkaian kartu dan membuat data penting tentang klien dengan memanfaatkan ringkasan problem dan terapi klien yang diberdayakan pada pasien rawat jalan.

3. *POR (Problem Oriented Record)*

Suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masalah klien, dapat memanfaatkan multi disiplin dengan mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide-ide dan pikiran anggota tim. Pendekatan ini pertama kali dikenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Dalam format aslinya pendekatan berorientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi,

dengan sistem ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

Sistem POR ini mempunyai 4 komponen:

a. Data dasar

Dasar data merupakan kumpulan informasi tentang klien sejak diterima di unit pelayanan kesehatan. Data ini meliputi: riwayat klien tentang keadaan umum pasien, riwayat keluarga, keadaan penyakit, tindakan keperawatan yang pernah diberikan, pemeriksaan fisik, dan data penunjang (laboratorium dan diagnostik).

b. Daftar masalah

Daftar masalah merupakan hasil penafsiran dari data dasar atau hasil analisis dari perubahan data. Daftar ini mencerminkan keadaan atau nilai yang tidak normal dengan menggunakan urutan prioritas yang dituliskan ke dalam daftar masalah yang diberikan pada setiap *shift*.

c. Rencana awal

Rencana awal merupakan rencana yang dapat dikembangkan secara spesifik untuk setiap masalah yang meliputi tiga komponen yaitu diagnostik, manajemen kasus, dan pendidikan kesehatan.

d. Catatan Perkembangan

Catatan perkembangan merupakan catatan tentang perkembangan keadaan klien yang didasarkan pada setiap masalah yang ditemui pada klien. Modifikasi rencana dan tindakan mengikuti perubahan keadaan klien. Pada teknik ini catatan perkembangan dapat menggunakan bentuk SOAPIER.

S : Data subjektif

Perkembangan keadaan didasarkan pada apa yang dirasakan, dikeluhkan, dan dikemukakan klien.

O : Data objektif

Perkembangan yang bisa diamati dan diukur oleh perawat atau tim kesehatan lain.

A : Analisis

Kedua jenis data tersebut, baik subjektif maupun objektif dinilai dan dianalisis, apakah berkembang kearah perbaikan atau kemunduran. Hasil analisis dapat menguraikan sampai dimana masalah yang ada dapat diatasi atau adakah perkembangan masalah baru yang menimbulkan diagnosa keperawatan baru.

P : Perencanaan

Rencana penanganan klien dalam hal ini didasarkan pada hasil analisis di atas yang berisi melanjutkan rencana sebelumnya apabila keadaan atau masalah belum teratasi dan membuat rencana baru bila rencana awal tidak efektif.

I : Implementasi

Tindakan yang dilakukan berdasarkan rencana.

E : Evaluasi

Evaluasi berisi penilaian tentang sejauh mana rencana tindakan dan evaluasi telah dilaksanakan dan sejauh mana masalah pasien teratasi.

R : Reassessment

Bila hasil evaluasi menunjukkan masalah belum teratasi, pengkajian ulang perlu dilakukan kembali melalui proses pengumpulan data subjektif, data objektif, dan proses analisisnya.

B. Pendokumentasian / pencatatan dan pelaporan

1. Pengertian

Pendokumentasian/pencatatan dan pelaporan merupakan kegiatan dalam pendokumentasian proses keperawatan. Pelaporan secara umum dapat dilaksanakan secara lisan atau secara tertulis karena tujuan laporan secara umum adalah mengomunikasikan informasi yang spesifik kepada orang yang membutuhkan laporan. Pelaporan yang akan disampaikan harus memiliki pedoman sebagai berikut.

- a. Mulai dengan nama pasien dalam pelaporan
- b. Laporkan hanya informasi yang penting tidak mencakup data yang tidak relevan.
- c. Informasi jelas

Jika melaporkan pasien, maka informasinya mencakup data pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, intervensi dan evaluasi

Dalam pendokumentasian dan pelaporan dokumentasi proses keperawatan harus tersusun dengan baik dan harus memiliki kriteria serta syarat sebagai berikut:

- a. *Accuracy* (ketepatan). Informasi yang didapat harus tepat. Perawat tidak boleh mencatat apa yang ia pikirkan atau apa yang diuraikan oleh perawat lain tetapi hanya hasil observasi. Sebagai akhir catatan ada tanda tangan dan nama jelas.
- b. *Conciseness* (ringkas). Komunikasi yang ringkas akan mudah dimengerti untuk semua informasi dan tidak akan membosankan setiap penerima informasi
- c. *Thoroughness* (kesempurnaan/ketelitian). Kesempurnaan data dan ketelitian diharuskan untuk memudahkan penginformasian data.
- d. *Currentness* (terbaru). Dalam pendokumentasian, data yang ada segera dicatat dan dipilih data – data yang penting.
- e. *Organization*. Data merupakan informasi yang terorganisasi dalam pengkajian yang didapat dari keluhan pasien atau intruksi dokter, yang merupakan satu kesatuan dalam pengkajian.
- f. *Confidentiality* (rahasia). Informasi yang didapat dari pasien akurat dan perawat dapat menjaga/melindungi rahasia pasien.

2. Tujuan Pelaporan

Tujuan pelaporan adalah menyampaikan informasi spesifik pada seseorang ataupun kelompok orang. Laporan, apakah lisan atau tulisan, harus singkat, yang mencakup informasi yang berhubungan, tetapi bukan detail yang tidak berhubungan. Selain laporan pergantian sip dan laporan telepon, pelaporan juga dapat mencakup pencapaian informasi atau ide dengan rekan sejawat dan profesional kesehatan lain tentang beberapa aspek perawatan klien. Contohnya meliputi konferensi rencana perawat dan ronde keperawatan

SISTEM INFORMASI KESEHATAN

Sistem informasi terdiri dari dua kata, yaitu *System* dan *Information*. Sistem adalah kumpulan elemen yang berintegrasi untuk mencapai tujuan tertentu, sedangkan informasi adalah data yang telah diolah menjadi bentuk yang lebih berarti bagi penerimanya dan bermanfaat dalam mengambil keputusan saat ini atau mendatang (Davis, 1999)

Sistem Informasi Kesehatan (SIK) adalah suatu sistem pengelolaan data dan informasi kesehatan di semua tingkat pemerintahan secara sistematis dan terintegrasi untuk mendukung manajemen kesehatan dalam rangka peningkatan pelayanan kesehatan kepada masyarakat. Peraturan perundang undangan. Bagian atau ranah yang menyebutkan sistem informasi kesehatan adalah Kepmenkes Nomor 004/Menkes/SK/I/2003 tentang kebijakan dan strategi desentralisasi bidang kesehatan dan Kepmenkes Nomor 932/Menkes/SK/VIII/2002 tentang petunjuk pelaksanaan pengembangan sistem laporan informasi kesehatan kabupaten/kota. Kebutuhan akan data dan informasi disediakan melalui penyelenggaraan Sistem Informasi Kesehatan, yaitu dengan cara pengumpulan, pengolahan, analisis data serta penyajian informasi.

Sistem Informasi dibagi menjadi 2:

1. Sistem Informasi Rumah Sakit (SIRS)

Sistem informasi rumah sakit (SIRS) adalah suatu tatanan yang berurusan dengan pengumpulan data, pengelolaan data, penyajian informasi, analisis dan penyimpulan informasi serta penyampaian informasi yang dibutuhkan untuk kegiatan rumah sakit. Sistem informasi rumah sakit ini meliputi : sistem informasi klinik, sistem informasi administrasi dan sistem informasi manajemen. Sistem Informasi ini mencakup semua Rumah Sakit umum maupun khusus, baik yang dikelola secara publik maupun privat, sebagaimana diatur dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 pasal 2 ayat 1, **SIRS merupakan aplikasi sistem pelaporan rumah sakit kepada Kementerian Kesehatan yang meliputi :**

- a. Data identitas rumah sakit;
- b. Data ketenagaan yang bekerja di rumah sakit;
- c. Data rekapitulasi kegiatan pelayanan;
- d. Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat inap; dan
- e. Data kompilasi penyakit/morbiditas pasien rawat jalan.

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 1171/MENKES/PER/VI/2011 Pasal 3 Penyelenggaraan **SIRS bertujuan** untuk:

- a. merumuskan kebijakan di bidang perumahsakitian;
- b. menyajikan informasi rumah sakit secara nasional; dan
- c. melakukan pemantauan, pengendalian dan evaluasi penyelenggaraan rumah sakit secara nasional.

2. Sistem Informasi Puskesmas (SIMPUS)

Sistem Informasi Puskesmas (Simpus) yaitu seluruh kegiatan Puskesmas mulai registrasi, tindakan medis/pengobatan, farmasi/apotik, serta manajemen terhubung menjadi satu dengan sistem real online (up to date). Setiap saat manajemen atau pihak yang berkepentingan dapat memonitor perkembangannya.

Simpus merupakan sebagian dan kemampuan sistem informasi Manajemen Puskesmas yang terintegrasi, disamping keuntungan lain seperti:

1. Pencatatan medical record
2. Kecepatan pelayanan administrasi
3. Pembuatan laporan data penyakit secara cepat dan akurat.

Untuk mengatasi hambatan dalam pelayanan kesehatan dalam Puskesmas keberadaan teknologi informasi merupakan salah satu faktor penunjang untuk meningkatkan mutu pelayanan kesehatan yang ada.

Perencanaan suatu sistem informasi Puskesmas dilakukan dengan mempertimbangkan dua faktor yakni informasi dan proses, yang berbasis pada

struktur manajemen Puskesmas yang bersangkutan. Secara garis besar struktur manajemen Puskesmas dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu bagian struktural dan fungsional. Aktivitas pada bagian struktural lebih berhubungan dengan penanganan aspek administratif dan Puskesmas yang bersangkutan seperti pembayaran dan perlengkapan, sedangkan aktivitas pada bagian fungsional lebih terfokus pada sisi pelayanan kesehatan pada pasien.

Faktor lain yang tidak kalah penting untuk menjadi dasar pengembangan sistem informasi Puskesmas adalah faktor keamanan, baik keamanan terhadap transmisi data maupun keamanan terhadap isi informasi atau information content. Salah satu bagian yang sangat memfokuskan perhatiannya terhadap masalah keamanan sistem informasi di Puskesmas adalah bagian pelayanan di BP. Data-data pada bagian ini berupa terbagi menjadi dua data utama yaitu data hasil pemeriksaan dan data diagnosis, dimana kedua jenis data tersebut menyangkut hal-hal yang berhubungan dengan privasi pasien.

Sumber Data Sistem Informasi Puskesmas

Sumber data adalah bukti nyata yang menggambarkan kondisi atau fakta yang sebenarnya di lapangan atau di masyarakat. Informasi adalah hasil dari pengolahan data dalam bentuk yang lebih berguna dan lebih berarti bagi penerimanya yang menggambarkan suatu kejadian sehingga akan berguna untuk pengambilan keputusan. Data dapat dikumpulkan dengan berbagai macam cara, yaitu:

1. metode rutin
2. metode non-rutin.

Pengumpulan data secara rutin dilakukan untuk data yang berasal dari fasilitas kesehatan. Data ini dikumpulkan atas dasar catatan atau rekam medik pasien/klien baik yang berkunjung ke fasilitas pelayanan kesehatan maupun yang dilayani di luar gedung fasilitas pelayanan kesehatan. Pengumpulan data secara rutin umumnya dilakukan oleh petugas kesehatan. Akan tetapi pengumpulan data secara rutin juga dapat dilakukan oleh masyarakat (kader kesehatan). Bentuk lain dari pengumpulan data secara rutin adalah registrasi vital. Adapun pengumpulan data secara non-rutin umumnya dilakukan melalui survei, sensus, evaluasi cepat (kuantitatif atau kualitatif), dan studi-studi khusus/penelitian.

MODEL PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEPERAWATAN

Hutahaean (2010) menyatakan model dokumentasi asuhan keperawatan merupakan model dokumentasi dimana data-data klien dimasukkan dalam suatu format, catatan dan prosedur dengan tepat yang dapat memberikan gambaran perawatan secara lengkap dan akurat. Model dokumentasi keperawatan tersebut terdiri dari komponen yaitu sebagai berikut (Hutahaean, 2010) :

1. Model dokumentasi *SOR* (*Source-Oriented-Record*)

Suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan yang lain. Misalnya, kumpulan dokumentasi yang bersumber dari dokter, bidan, perawat, fisioterapi, ahli gizi, dan lainlain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit. perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari lima komponen yaitu:

- 1) Lembar penerimaan berisi biodata
- 2) Lembar order dokter
- 3) Lembar riwayat medik atau penyakit.
- 4) Catatan perawat
- 5) Catatan dan laporan khusus

Keuntungan model dokumentasi *SOR* :

- 1) Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi
- 2) Memudahkan perawat untuk cesara bebas bagaimana informasi akan dicatat.

- 3) Format Dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan respon klien atau hasil.

Kerugian model dokumentasi *SOR* :

- 1) Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi, karena tidak berdasarkan urutan waktu.
- 2) Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.
- 3) Superficial pencatatan tanpa data yang jelas. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- 4) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- 5) Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak.
- 6) Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi/analisa.
- 7) Perkembangan klien sulit di monitor.

2. Model dokumentasi POR (*Problem-Oriented-Record*)

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

Model dokumentasi ini terdiri dari empat komponen yaitu :

- 1) Data Dasar
 - a) Data dasar berisi kumpulan dari data atau semua informasi baik subyektif maupun obyektif yang telah dikaji dari klien ketika pertama kali masuk Rumah Sakit atau pertama kali diperiksa. Data dasar mencakup :
 - (1) Pengkajian keperawatan
 - (2) Riwayat penyakit/ kesehatan
 - (3) Pemeriksaan fisik
 - (4) Pengkajian ahli gizi
 - b) Data penunjang (hasil laboratorium)
 - c) Data dasar yang telah terkumpul selanjutnya digunakan sebagai sarana mengidentifikasi masalah dan mengembangkan daftar masalah klien.

2). Daftar masalah

Daftar masalah merupakan suatu daftar inventaris masalah yang sudah dinomori menurut prioritas untuk memudahkan mencapainya daftar masalah ini berada didepan dari catatan medik. Daftar masalah ini bisa mencerminkan keadaan pasien, masalah-masalah ini diberi nomor sehingga akan memudahkan bila perlu dirujuk ke masalah tertentu dalam catatan klinik tersebut. Bila masalah sudah teratasi juga diberi catatan dan diberi tanggal kapan masalah tersebut teratasi juga diberi catatan dan diberi tanggal kapan masalah tersebut teratasi dan

petugas yang mengidentifikasi masalah tersebut untuk pertama kalinya. Dengan demikian daftar masalah ini berfungsi sebagai indeks maupun gambaran dari klien tersebut, diantaranya adalah :

- a) Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar, kemudian disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah.
- b) Daftar masalah ditulis pertama kali oleh tenaga yang pertama bertemu dengan klien atau orang yang diberi tanggung jawab.
- c) Daftar masalah dapat mencakup masalah fisiologis, psikologis, sosiokultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan.
- d) Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan dicantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.

3) Daftar Awal Rencana

Rencana asuhan merupakan hasil yang diharapkan tindak lanjut dikembangkan untuk masalah yang teridentifikasi. Rencana asuhan harus mencakup instruksi untuk memperoleh data tambahan, untuk intervensi terapeutik dan penyuluhan untuk pasien. Setiap masalah yang ada dimaksudkan kebutuhan akan asuhan, dilaksanakan oleh siapa, frekuensi pelaksanaan dan hasil yang diharapkan, tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Batas waktu ditentukan untuk evaluasi respon pasien terhadap intervensi maupun kemajuan terhadap pencapaian tujuan, yaitu:

- a) Rencana asuhan ditulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksinya, sedang perawat atau bidan menulis instruksi menulis instruksi rencana asuhan
- b) Perencanaan awal terdiri dari 3 (tiga) bagian :
 - (1) Diagnostik

Dokter mengidentifikasi apa pengkajian diagnostik yang perlu dilakukan terlebih dahulu. Menetapkan prioritas untuk mencegah duplikasi tindakan dan memindahkan pemenuhan kebutuhan klien. Koordinasi pemeriksaan untuk menegakkan diagnostik sangat penting.

(2) Usulan Terapi

Dokter menginstruksikan terapi khusus berdasarkan masalah. Termasuk pengobatan, kegiatan yang tidak boleh dilakukan, diet, penanganan secara khusus, observasi yang harus dilakukan. Jika masalah awal diagnosa kebidanan, bidan dapat menyusun urutan usulan tindakan asuhan kebidanan

(3) Pendidikan klien

Diidentifikasi kebutuhan pendidikan klien bertujuan jangka panjang. Team kesehatan mengidentifikasi jenis informasi atau keterampilan yang diperlukan oleh klien untuk beradaptasi terhadap masalah yang berkaitan dengan kesehatan.

4) Catatan Perkembangan (Proses Note)

Catatan perkembangan membentuk rangkaian informasi dalam sistem pendekatan berorientasi masalah. Catatan ini dirancang sesuai dengan format khusus untuk mendokumentasikan informasi mengenai setiap nomor dan judul masalah yang sudah terdaftar. Catatan ini menyediakan suatu rekaman kemajuan pasien dalam mengatasi masalah khusus, perencanaan dan evaluasi. Catatan perkembangan biasanya ditampilkan dalam tiga bentuk, yaitu flow sheet berisi hasil observasi dan tindakan tertentu, catatan perawat/ keterpaduan memberi tempat untuk evaluasi kondisi pasien dan kemajuan dalam mencapai tujuan, catatan pulang dan ringkasan asuhan dan memudahkan follow up waktu pasien pulang, yaitu:

- a) Catatan perkembangan berisikan catatan tentang perkembangan tiap-tiap masalah yang telah dilakukan tindakan, dan disusun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama.
- b) Beberapa acuan catatan perkembangan dapat digunakan antara lain :
 - (1) SOAP : Subyektif data, Obyektif Data, Assesment, Plan
 - (2) SOAPIER : SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi dan Revisi.
 - (3) PIE : Problem, Intervensi Evaluasi.

Keuntungan model dokumentasi POR

- 1) Pencatatan sistem ini berfokus atau lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- 2) Pencatatan tentang kontinuitas atau kesinambungan dari asuhan keperawatan.
- 3) Evaluasi masalah dan pemecahan masalah didokumentasikan dengan jelas, susunan data mencerminkan masalah khusus. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik. Keduanya ini memperlihatkan penggunaan logika untuk pengkajian dan proses yang digunakan dalam pengobatan pasien.
- 4) Daftar masalah, setiap judul dan nomor merupakan “checklist“ untuk diagnosa kebidanan dan untuk masalah klien. Daftar masalah tersebut membantu mengingatkan bidan untuk masalah-masalah yang meminta perhatian khusus .
- 5) Daftar masalah bertindak sebagai daftar isi dan mempermudah pencarian data dalam proses asuhan. Masalah yang membutuhkan intervensi (yang teridentifikasi dalam data dasar) dibicarakan dalam rencana asuhan.

Kerugian model dokumentasi POR

- 1) Penekanan pada hanya berdasarkan masalah, penyakit, ketidakmampuan dan ketidakstabilan.
- 2) Sistem ini sulit digunakan apabila daftar tidak dimulai atau tidak secara terus menerus diperbaharui dan mengenai masalah belum disetujui, atau tidak ada batas waktu untuk evaluasi dan strategi untuk follow up belum disepakati atau terpelihara.
- 3) Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru.
- 4) Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
- 5) SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.
- 6) Tidak ada kepastian mengenai perubahan pencatatan distatus pasien, kejadian yang tidak diharapkan misalnya pasien jatuh, ketidakpuasan mungkin tidak lengkap pencatatannya. Dalam praktek catatan serupa mungkin tidak tertulis, bila tidak hubungannya dengan catatan sebelumnya

3. Model dokumentasi CBE (*Charting By Exception*)

Charting by exception adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar.

Keuntungan model dokumentasi CBE

- 1) Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi
- 2) Data yang tidak normal nampak jelas
- 3) Data yang tidak normal secara mudah ditandai dan dipahami
- 4) Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan

Kerugian model dokumentasi CBE

- 1) Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat tergantung pada “checklist”
- 2) Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan

Pedoman Penulisan CBE

- 1) Data dasar dicatat untuk setiap klien dan disimpan sebagai catatan yang permanen.
- 2) Daftar diagnosa keperawatan disusun dan ditulis pada waktu masuk rumah sakit dan menyediakan daftar isi untuk semua diagnosa keperawatan. Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnosa keperawatan pada sat klien pulang.
- 3) SOAPIER digunakan sebagai catatan respon klien terhadap intervensi

4. Model dokumentasi PIE (*Problem Intervention dan Evaluation*)

Suatu pendekatan orientasi-proses pada dokumentasi dengan penekanan pada proses keperawatan dan diagnosa keperawatan. Proses dokumentasi PIE dimulai pengkajian waktu klien masuk diikuti pelaksanaan pengkajian sistem tubuh setiap pergantian jaga (8 jam). Data masalah hanya dipergunakan untuk asuhan keperawatan klien jangka waktu yang lama dengan masalah yang kronis. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin dicatat dalam “*Flowsheet*“. Catatan perkembangan digunakan untuk pencatatan nomor intervensi keperawatan yang spesifik berhubungan dengan masalah yang spesifik

Keuntungan model dokumentasi PIE

- 1) Memungkinkan penggunaan proses keperawatan
- 2) Rencana tindakan dan catatan perkembangan dapat dihubungkan
- 3) Memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang kontinue karena secara jelas mengidentifikasi masalah klien dan intervensi keperawatan

Kerugian model dokumentasi PIE

- 1) Tidak dapat dipergunakan untuk pencatatan untuk semua disiplin ilmu
- 2) Pembatasan rencana tindakan yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan

5. Model dokumentasi POS (*Process-Oriented-System*)

Pencatatan FOCUS adalah suatu proses–orientasi dan klien–fokus. Hal ini digunakan proses keperawatan untuk mengorganisir dokumentasi asuhan. Jika menuliskan catatan perkembangan, format *DAR (Data – Action – Response)* dengan 3 kolom :

- 1) *Data* : Berisi tentang data subyektif dan obyektif yang mendukung dokumentasi fokus
- 2) *Action* : Merup tindakan keperawatan yang segera atau yang akan dilakukan berdasarkan pengkajian / evaluasi keadaan klien
- 3) *Response* : Menyediakan keadaan respon klien terhadap tindakan medis atau keperawatan

Keuntungan model dokumentasi POS

- 1) Istilah FOCUS lebih luas dan positif dibandingkan penggunaan istilah problem
- 2) Pernyataan FOCUS pada tingkat yang tinggi adalah diagnosa keperawatan
- 3) Focus dengan DAR adalah fleksibel dan menyediakan kunci dan pedoman pencatatan diagnosa keperawatan

Kerugian model dokumetasi POS

- 1) Penggunaan pencatatan Action dapat membingungkan, khususnya tindakan yang akan atau telah dilaksanakan
- 2) Penggunaan FOCUS pada kolom tidak konsisten dengan istilah pada rencana tindakan keperawatan

6. Dokumentasi keperawatan dengan kode (*Coded Nursing*)

Documentation/CND) adalah dokumentasi menggunakan sistem computer dimana catatan keperawatan yang terlihat hanya kode saja. Kode sendiri berdasarkan standar asuhan keperawatan yang telah dirumuskan. Virginia, dkk mengembangkan dokumentasi yang dilakukan berupa dokumentasi keperawatan dengan sistem pengkodean. Pengkodean dilakukan dengan memasukkan data pasien ke komputer, pada akhirnya akan terlihat data dokumentasi hanya berupa kode secara lengkap menguraikan mulai dari penyakit hingga evaluasi yang akan dicapai oleh pasien tersebut. Pengkodean ini tidak menuntut perawat untuk melakukan aktivitas menulis lebih banyak (Pancanigrum, 2013).

POIN PENILAIAN PRESENTASI

Komponen penilaian	Sangat Memuaskan 10	Bagus 8-7	Cukup 6	Kurang 5-1	Keterangan
1. Isi: 50					
a. Akurat					
b. Lengkap					
c. Runtut/Urutan					
d. Jelas dan Padat					
e. Memahami keseluruhan isi					
2. Kemampuan Presentasi: 50					
a. Kesiapan					
b. Pendahuluan					
c. Bahasa Verbal dan nonverbal					
d. Media/audiovisual					
e. Penggunaan waktu					
JUMLAH					



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN
FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN
PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN

RENCANA TUGAS MAHASISWA

MATA KULIAH	DOKUMENTASI KEPERAWATAN				
KODE	17DKP3114	SKS	2	SEMESTER	III
DOSEN PENGAMPU	Ica Lisnawati, Ns., M.Kep				
BENTUK TUGAS		WAKTU Pengerjaan Tugas			
Studi Literatur		1 Minggu			
JUDUL TUGAS					
Tugas 1					
SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH					
Mahasiswa mampu mengenal sistem informasi kesehatan					
DESKRIPSI TUGAS					
Masalah-masalah yang terjadi dalam penerapan sistem informasi kesehatan					
METODE Pengerjaan Tugas					
1.	Memilih minimal 2 sumber textbook/jurnal/artikel/website online				
2.	Menganalisis minimal 2 sumber textbook/jurnal/artikel/website online				
3.	Menyusun makalah berdasarkan textbook/jurnal/artikel/website online yang diambil				
4.	Mengumpulkan makalah dalam bentuk Ms Word (softfile) ke email dosen pengajar				
5.	Mempelajari tugas untuk direview dosen pengajar saat pertemuan				
BENTUK DAN FORMAT LUARAN					
a.	Objek garapan : Penyusunan Makalah				
b.	Bentuk luaran:				
1.	Kumpulan ringkasan textbook/jurnal ditulis dengan Ms Word dengan sistematika penulisan dikumpulkan dengan format ekstensi dengan sistematika nama file : (Tugas-1-Ringkasan-no NPM MHS-nama depan mhs)				
2.	Makalah dalam bentuk Ms Word				
INDIKATOR, KRITERIA, DAN BOBOT PENILAIAN					
a.	Ringkasan kajian literature (50%) Ringkasan dengan sistematika dan format yang telah ditentukan, kemutakhiran literatur, ketajaman dan kejelasan meringkas, konsistensi dan kerapian dalam sajian tulisan				
b.	Makalah (50%)				
1.	Ketepatan sistematika penyusunan makalah				
2.	Konsistensi dalam penggunaan istilah				
3.	Kerapian sajian makalah				
4.	Kelengkapan penggunaan fitur yang ada dalam Ms Word dalam penulisan dan sajian makalah				
JADWAL PELAKSANAAN					
Menyusun makalah					
LAIN-LAIN					
Bobot penilaian tugas ini adalah 10% dari 100% penilaian MK ini.					
DAFTAR RUJUKAN					
1.	Dinarti, 2013. Dokumentasi Keperawatan; Jakarta : Trans Info Media				
2.	Ermawati, TIM, 2011. Dokumentasi Keperawatan Dengan Kurikulum Berbasis Kompetensi; Jakarta :Penerbit Buku				
3.	Fajar, Marhaeni. 2009. Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu				
4.	Herdman, T.H. 2018. Nanda Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. Jakarta: EGC				
5.	Artike/Jurnal/Website Online				

Rencana Tugas 2

		UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN			
RENCANA TUGAS MAHASISWA					
MATA KULIAH	DOKUMENTASI KEPERAWATAN				
KODE	17DKP3114	SKS	2	SEMESTER	III
DOSEN PENGAMPU	Ica Lisnawati, Ns., M.Kep				
BENTUK TUGAS		WAKTU Pengerjaan Tugas			
Studi Literatur		1 Minggu			
JUDUL TUGAS					
Tugas 2					
SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH					
Mahasiswa mampu mengenal model pendokumentasian asuhan keperawatan					
DESKRIPSI TUGAS					
Model pendokumentasian asuhan keperawatan (SOR,POR,CBE,PIE,POS,CND)					
METODE Pengerjaan Tugas					
1.	Memilih minimal 2 sumber textbook/jurnal/artikel/website online				
2.	Menganalisis minimal 2 sumber textbook/jurnal/artikel/website online				
3.	Menyusun makalah berdasarkan textbook/jurnal/artikel/website online yang diambil				
4.	Mengumpulkan makalah dalam bentuk Ms Word (softfile) ke email dosen pengajar				
5.	Mempelajari tugas untuk direview dosen pengajar saat pertemuan				
BENTUK DAN FORMAT LUARAN					
a.	Objek garapan : Penyusunan Makalah				
b.	Bentuk luaran:				
1.	Kumpulan ringkasan textbook/jurnal ditulis dengan Ms Word dengan sistematika penulisan dikumpulkan dengan format ekstensi dengan sistematika nama file : (Tugas-2-Ringkasan-no NPM MHS-nama depan mhs)				
2.	Makalah dalam bentuk Ms Word				
INDIKATOR, KRITERIA, DAN BOBOT PENILAIAN					
a.	Ringkasan kajian literature (50%) Ringkasan dengan sistematika dan format yang telah ditentukan, kemutakhiran literatur, ketajaman dan kejelasan meringkas, konsistensi dan kerapian dalam sajian tulisan				
b.	Makalah (50%)				
1.	Ketepatan sistematika penyusunan makalah				
2.	Konsistensi dalam penggunaan istilah				
3.	Kerapian sajian makalah				
4.	Kelengkapan penggunaan fitur yang ada dalam Ms Word dalam penulisan dan sajian makalah				
JADWAL PELAKSANAAN					
Menyusun makalah					
LAIN-LAIN					
Bobot penilaian tugas ini adalah 10% dari 100% penilaian MK ini.					
DAFTAR RUJUKAN					
1.	Dinarti, 2013. Dokumentasi Keperawatan; Jakarta : Trans Info Media				
2.	Ermawati, TIM, 2011. Dokumentasi Keperawatan Dengan Kurikulum Berbasis Kompetensi; Jakarta :Penerbit Buku				
3.	Fajar, Marhaeni. 2009. Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu				
4.	Herdman, T.H. 2018. Nanda Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. Jakarta: EGC				
5.	Artikel/Jurnal/Website Online				

Rencana Tugas 3

		UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN			
RENCANA TUGAS MAHASISWA					
MATA KULIAH	DOKUMENTASI KEPERAWATAN				
KODE	17DKP3114	SKS	2	SEMESTER	III
DOSEN PENGAMPU	Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep				
BENTUK TUGAS		WAKTU Pengerjaan Tugas			
Studi Literatur		1 Minggu			
JUDUL TUGAS					
Tugas 3					
SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH					
Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian asuhan keperawatan					
DESKRIPSI TUGAS					
Pendokumentasian asuhan keperawatan (pengertian, pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi)					
METODE Pengerjaan Tugas					
1.	Memilih minimal 2 sumber textbook/jurnal/artikel/website online				
2.	Menganalisis minimal 2 sumber textbook/jurnal/artikel/website online				
3.	Menyusun makalah berdasarkan textbook/jurnal/artikel/website online yang diambil				
4.	Mengumpulkan makalah dalam bentuk Ms Word (softfile) ke email dosen pengajar				
5.	Mempelajari tugas untuk direview dosen pengajar saat pertemuan				
BENTUK DAN FORMAT LUARAN					
a.	Objek garapan : Penyusunan Makalah				
b.	Bentuk luaran:				
1.	Kumpulan ringkasan textbook/jurnal ditulis dengan Ms Word dengan sistematika penulisan dikumpulkan dengan format ekstensi dengan sistematika nama file : (Tugas-3-Ringkasan-no NPM MHS-nama depan mhs)				
2.	Makalah dalam bentuk Ms Word				
INDIKATOR, KRITERIA, DAN BOBOT PENILAIAN					
a.	Ringkasan kajian literature (50%) Ringkasan dengan sistematika dan format yang telah ditentukan, kemutakhiran literatur, ketajaman dan kejelasan meringkas, konsistensi dan kerapian dalam sajian tulisan				
b.	Makalah (50%)				
1.	Ketepatan sistematika penyusunan makalah				
2.	Konsistensi dalam penggunaan istilah				
3.	Kerapian sajian makalah				
4.	Kelengkapan penggunaan fitur yang ada dalam Ms Word dalam penulisan dan sajian makalah				
JADWAL PELAKSANAAN					
Menyusun makalah					
LAIN-LAIN					
Bobot penilaian tugas ini adalah 10% dari 100% penilaian MK ini.					
DAFTAR RUJUKAN					
1.	Dinarti, 2013. Dokumentasi Keperawatan; Jakarta : Trans Info Media				
2.	Ermawati, TIM, 2011. Dokumentasi Keperawatan Dengan Kurikulum Berbasis Kompetensi; Jakarta :Penerbit Buku				
3.	Fajar, Marhaeni. 2009. Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu				
4.	Herdman, T.H. 2018. Nanda Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. Jakarta: EGC				
5.	Artikel/Jurnal/Website Online				

Rencana Tugas 4.

		UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH BANJARMASIN FAKULTAS KEPERAWATAN DAN ILMU KESEHATAN PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN			
RENCANA TUGAS MAHASISWA					
MATA KULIAH	DOKUMENTASI KEPERAWATAN				
KODE	17DKP3114	SKS	2	SEMESTER	III
DOSEN PENGAMPU	Suci Fitri Rahayu, Ns., M.Kep				
BENTUK TUGAS			WAKTU Pengerjaan Tugas		
Studi Literatur			1 Minggu		
JUDUL TUGAS					
Tugas 3					
SUB CAPAIAN PEMBELAJARAN MATA KULIAH					
Mahasiswa mampu melakukan dokumentasi keperawatan dengan model NANDA dan SDKI					
DESKRIPSI TUGAS					
Meresume terkait domain dan taksonomi NANDA dan SDKI					
METODE Pengerjaan Tugas					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Memilih minimal 2 sumber textbook/jurnal/artikel/website online 2. Menganalisis minimal 2 sumber textbook/jurnal/artikel/website online 3. Menyusun makalah berdasarkan textbook/jurnal/artikel/website online yang diambil 4. Mengumpulkan makalah dalam bentuk Ms Word (softfile) ke email dosen pengajar 5. Mempelajari tugas untuk direview dosen pengajar saat pertemuan 					
BENTUK DAN FORMAT LUARAN					
a. Objek garapan : Penyusunan Makalah					
b. Bentuk luaran:					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Kumpulan ringkasan textbook/jurnal ditulis dengan Ms Word dengan sistematika penulisan dikumpulkan dengan format ekstensi dengan sistematika nama file : (Tugas-4-Ringkasan-no NPM MHS-nama depan mhs) 2. Makalah dalam bentuk Ms Word 					
INDIKATOR, KRITERIA, DAN BOBOT PENILAIAN					
a. Ringkasan kajian literature (50%)					
Ringkasan dengan sistematika dan format yang telah ditentukan, kemutakhiran literatur, ketajaman dan kejelasan meringkas, konsistensi dan kerapian dalam sajian tulisan					
b. Makalah (50%)					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ketepatan sistematika penyusunan makalah 2. Konsistensi dalam penggunaan istilah 3. Kerapian sajian makalah 4. Kelengkapan penggunaan fitur yang ada dalam Ms Word dalam penulisan dan sajian makalah 					
JADWAL PELAKSANAAN					
Menyusun makalah					
LAIN-LAIN					
Bobot penilaian tugas ini adalah 10% dari 100% penilaian MK ini.					
DAFTAR RUJUKAN					
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dinarti, 2013. Dokumentasi Keperawatan; Jakarta : Trans Info Media 2. Ermawati, TIM, 2011. Dokumentasi Keperawatan Dengan Kurikulum Berbasis Kompetensi; Jakarta :Penerbit Buku 3. Fajar, Marhaeni. 2009. Ilmu Komunikasi Teori dan Praktik. Yogyakarta: Graha Ilmu 4. Herdman, T.H. 2018. Nanda Diagnosis Keperawatan: Definisi dan Klasifikasi 2018-2020. Jakarta: EGC 5. Artike/Jurnal/Website Online 					

MULTIPLE CHOICE

1. Segala sesuatu yang tertulis atau tercetak yang dapat diandalkan sebagai catatan tentang bukti bagi individu yang berwenang adalah pengertian dari ?
- A. Dokumentasi
 - B. Pengkajian
 - C. Diagnosa Keperawatan
 - D. Intervensi
 - E. Implementasi

ANS: A

2. Urutan proses keperawatan meliputi?
- A. Evaluasi-Pengkajian-Diagnosa Keperawatan-Intervensi-Implementasi
 - B. Implementasi-Pengkajian-Diagnosa Keperawatan-Intervensi-Evaluasi
 - C. Pengkajian-Diagnosa Keperawatan-Implementasi-Intervensi-Evaluasi
 - D. Pengkajian-Diagnosa Keperawatan-Intervensi- Evaluasi-Implementasi
 - E. Pengkajian-Diagnosa Keperawatan-Intervensi-Implementasi-Evaluasi

ANS: E

3. Yang bukan termasuk dalam prinsip dokumentasi adalah ?
- A. Berdasarkan format
 - B. Kegiatan yang ditulis secara panjang dan rinci
 - C. Waktu pelaksanaan ditulis jelas
 - D. Inisial dan paraf yang melaksanakan
 - E. Didokumentasikan oleh yang melakukan tindakan

ANS: B

4. Seorang anak berusia 3 tahun datang dengan orangtuanya ke ruang IGD jam 23.00 WITA dengan keluhan buang air besar cair 10 x dalam sehari, dari hasil pemeriksaan fisik perawat didapatkan mata cekung, turgor kulit menurun >3 detik, BAB cair tanpa ampas dan menangis tanpa air mata. Mata cekung, turgor kulit menurun >3 detik, BAB cair tanpa ampas dan menangis tanpa air mata termasuk dalam proses keperawatan yang disebut ?
- A. Pengkajian Keperawatan
 - B. Diagnosa Keperawatan

- C. Intervensi Keperawatan
- D. Implementasi Keperawatan
- E. Evaluasi Keperawatan

ANS: A

5. Seorang anak berusia 3 tahun datang dengan orangtuanya ke ruang IGD jam 23.00 WITA dengan keluhan buang air besar cair 10 x dalam sehari, dari hasil pemeriksaan fisik perawat didapatkan mata cekung, turgor kulit menurun >3 detik, BAB cair tanpa ampas dan menangis tanpa air mata. Diagnosa keperawatan yang tepat pada kasus diatas adalah?
- A. Defisien Volume Cairan
 - B. Hipertermia
 - C. Ketidakefektifan Termoregulasi
 - D. Ketidakseimbangan Nutrisi: Kurang Dari Kebutuhan Tubuh
 - E. Ketidakefektifan Perfusi Jaringan Perifer

ANS: A

