**Mata kuliah : Dokumentasi Keperawatan**

**Kode : 0.201106**

**Semester : I**

**Jumlah SKS : 2 SKS**

**Program Studi : D III Keperawatan**

**Dosen pengampu : Ns. Tri Siwi Kusumaningrum, S.Kep. M.Kes**

**Capaian pembelajaran lulusan yang dibebankan pada mata kuliah ini :**

1. Mahasiswa mampu memahami konsep dokumentasi keperawatan
2. Mahasiswa mampu melakukan pendokumentasian pengkajian keperawatan
3. Mampu menganalisa dan merumuskan masalah keperawayan
4. Mampu melakukan pendokumentasian perencanaan tindakan
5. Mampu melakukan pendokumentasian implementasi dan evaluasi keperawatan menggunakan model dokumentasi keperawatan secara berkualitas dan mandiri

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Minggu Ke | Kemampuan akhir yang diharapkan | Bahan kajian | Metode pembelajaran | waktu | Pengalaman belajar mahasiswa | Kriteria penilaian dan indikator | Bobot nilai |
| 1 | mampu memahami sejarah, konsep dan prinsip dan efektifitas dokumentasi keperawatan | 1. Pengertian dokumentasi keperawatan 2. Area dokumentasikeperawatan 3. Sejarah dokumentasi keperawatan 4. Tujuan dokumentasi keperawatan 5. Pentingnya dokumentasi keperawatan 6. Manfaat dokumentasi keperawatan 7. Prinsip dokumentasi keperawatan 8. Ciri dokumentasi keperawatan yang efektif | Ceramah, diskusi | 1x2x50’ mnt | Diskusi | Pemahaman |  |
| 2 | mampu menjelaskan proses keperawatan sebagai kerangka dokumentasi keperawatan | a. pengetahuan tentang proses keperawatan sebagai kerangka dokumentasi keperawatan  b. ketrampilan tentang proses keperawatan yang diperlukan untuk dokumentasi  c. aspek legal dokumentasi keperawatan | Ceramah, diskusi | 1x2x50 mnt | diskusi | Pemahaman |  |
| 3-5 | Mahasiswa mampu memahami tehnik dokumentasi POR , SOR, flowsheet, dokumentasi progress note, DAR dan discharge planning | Pengertian, keuntungan dan kerugian serta format :   1. Dokumentasi POR 2. Dokmentasi SOR 3. Dokumentasi flowsheet 4. Dokumentasi discharge planning 5. Dokumentasi progress note 6. Dokumentasi DAR   **(tugas 1)** | seminar | 3x2x50 mnt | Tugas makalah, presentasi, | Kualitas menjelaskan isi makalah  Ketepatan pemahaman  Ketepatan pengumpulan tugas | 20% |
| 6-10 | Mahasiswa mampu memahami tehnik dokumentasi askep secara umum | Dokumentasi keperawatan secara umum  **(tugas 2)** | Diskusi, pemahaman isi format asuhan keperawatan | 4x2x50 mnt | Tugas menghafal istilah pada format asuhan keperawatan  Tugas cara pengisian format asuhan keperawatan | Ketepatan pemahaman tentang arti istilah pada format asuhan keperawatan  Ketepatan cara pendokumentasian format asuhan keperawatan | 40 % |
| 11-13 | Mahasiswa mampu memahami serta mempraktikkan tehnik dokumentasi askep pada tatanan pelayanan khusus secara mandiri | 1. Dokumentasi keperawatan pada tatanan keperawatan gawat darurat 2. Dokumentasi keperawatan pada tatanan keperawatan kritis 3. Dokumentasi keperawatan pada tatanan keperawatan akut 4. Dokumentasi keperawatan pada tatanan keperawatan perioperatif   **(tugas 3)** | Diskusi, pemahaman isi format asuhan keperawatan | 4x2x50 mnt | Tugas menghafal istilah pada format asuhan keperawatan  Tugas cara pengisian format asuhan keperawatan | Ketepatan pemahaman tentang area dokumentasi askep pada tatanan pelayanan khusus  Ketepatan menjelaskan arti istilah pada format asuhan keperawatan  Ketepatan cara pendokumentasian format asuhan keperawatan | 20% |
| 14-16 | Mahasiswa mampu memahami tehnik dokumentasi askep pada tatanan populasi khusus secara mandiri | 1. Dokumentasi keperawatan pada tatanan keperawatan anak dan maternitas 2. Dokumentasi keperawatan pada tatanan keperawatan lansia 3. Dokumentasi keperawatan pada tatanan keperawatan komunitas   **(tugas 4)** | Diskusi, pemahaman isi format asuhan keperawatan | 2x2x50 mnt | Tugas menghafal istilah pada format asuhan keperawatan  Tugas cara pengisian format asuhan keperawatan | Ketepatan pemahaman tentang area dokumentasi askep pada tatanan populasi khusus  Ketepatan pemahaman tentang arti istilah pada format asuhan keperawatan  Ketepatan cara pendokumentasian format asuhan keperawatan | 20% |

**9. Referensi**

Doengoes. 2003. Rencana Asuhan Keperawatan. Pedoman untk Perencanaan & Pendokumentasian perawatan pasien. EGC

Nancy.2010. Buku Saku Diagnosa Keperawatan NANDA. EGC

Nursalam. 2008. Proses & Dokumentasi Keperawatan. Salemba