

**LAPORAN PERTANGGUNGJAWABAN
SEMINAR NASIONAL DOKUMENTASI KEPERAWATAN**



**NURSE WRITING MANAGEMENT QUALITY APPLICATION (SIGAP)
DI RUMAH SAKIT**

Disusun Oleh:

Ns. Permaida, Sp.Kep.A	0310118902
Ernawati, SKp., MNg.	0330107901
Chisilia Christine	152022014
Venus Amelia Vega	152022005
Yohana Veronica Marchelina	152022012
Ester Artha Romauli	152022006

**PROGRAM STUDI DIII KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS KRISTEN KRIDA WACANA
2022/2023**

URAIAN UMUM

Judul program pengabdian masyarakat ini adalah “*NURSE WRITING MANAGEMENT QUALITY APPLICATION (SIGAP) DI RUMAH SAKIT*”. Prioritas program pada pengabdian masyarakat ini untuk menilai pemahaman perawat terkait kualitas penulisan dalam mendokumentasikan asuhan keperawatan pada pasien di rumah sakit dalam mendukung peraturan KEMENKES nomor 26 tahun 2019 tentang mengenai undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan pasal 36 F. Dengan adanya penelitian ini diharapkan terbangunnya pelayanan efektif dan optimalisasi fungsi perawat selama menjalankan peran di setiap kegiatan dalam memberikan asuhan keperawatan di rumah sakit.

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	
Lembar Pengesahan.....	ii
Uraian Umum Judul dan Prioritas Program.....	iv
Daftar Isi.....	v
BAB I. Pendahuluan	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian.....	2
1.3 Skala Prioritas Penentuan Masalah.....	2
1.4 Luaran Kegiatan.....	2
1.5 Manfaat Kegiatan	3
BAB II. Gambaran umum perawat terhadap dokumentasi keperawatan	4
2.1 Definisi	4
2.2 Standar Dokumentasi Keperawatan.....	4
BAB III. Metode Pelaksanaan	9
3.1 Bentuk Kegiatan	9
3.2 Sasaran	9
3.3 Waktu dan Tempat	9
3.4 Susunan Panitia	12
BAB V. Laporan Kegiatan Seminar	13
5.1 Biaya Pengeluaran Acara Seminar	13
5.2 Laporan Kegiatan Seminar	14
BAB VII. Luaran Kegiatan	18
Daftar Pustaka	19
Lampiran	

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Beberapa penelitian menggunakan dokumentasi sebagai kegiatan yang berhubungan langsung dengan perawatan pasien individu, seperti menyusun rencana perawatan (Bruylands et al., 2013; Michel et al., 2017). Penggunaan dokumentasi sebagai istilah perencanaan anggota tim saat bertugas (Michel et al., 2017). Dokumentasi keperawatan haruslah mencerminkan fase proses perawatan, antara lain: pengkajian, diagnosis, perencanaan (intervensi), implementasi, dan evaluasi perawatan. Selain itu, dokumentasi keperawatan menjadi rekaman informasi mengenai masalah pasien dan dianggap sebagai perangkat komunikasi tertulis. Adanya dokumentasi keperawatan ini berguna meningkatkan otonomi profesional, keterampilan berpikir kritis perawat, mengembangkan pengetahuan profesional dan pendidikan keperawatan, dan berperan penting dalam aspek hukum karena menjadi saksi terbaik untuk menunjukkan intervensi kesehatan yang diberikan secara sesuai dan benar (Myklebust & Bjørkly, 2019). Semua aspek dokumentasi asuhan keperawatan yang terimplementasi dan tertuang berbasis kertas dan elektronik tentunya dalam bentuk penulisan (Alkouri et al., 2016)

Pentingnya peran penulisan dalam dokumentasi keperawatan ini tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 26 tahun 2019 pada undang-undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan pasal 36 F mengenai mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar (KEMENKES, 2019). Dokumentasi keperawatan menjadi refleksi dalam aspek efisien, transparansi, dan akuntabilitas praktik dalam proses pemberian asuhan keperawatan yang langsung kepada pasien (de Groot et al., 2022) karena perawat dituntut mampu dalam mengatur, memperkirakan intervensi medis, dan perawatan pasien yang berkelanjutan dari penulisan yang bersifat legal dan sesuai dengan etik keperawatan (Doenges et al., 2014; Oldland et al., 2020).

Namun beberapa perawat mengalami hambatan terkait penulisan dalam dokumentasi keperawatan seperti kesalahan dalam cara penulisan pendokumentasian keperawatan sebesar 74% di beberapa negara maju (Hameed & Allo, 2014), kurangnya waktu untuk penulisan dokumentasi keperawatan hingga saat ini menjadi masalah yang substansial dan memberatkan perawat (Cooper et al., 2021). Pendokumentasi keperawatan ini terbukti telah menghabiskan waktu perawat dalam bekerja sehingga tidak berimbang dengan beban yang dijalani dan sudah menjadi masalah aktual secara internasional namun harus dijalankan karena bagian penting dari pekerjaan perawat (Olivares Bøgeskov & Grimshaw-Aagaard, 2019). Di Kanada perawat menghabiskan sekitar 26% waktu untuk dokumentasi keperawatan (Roumeliotis et al., 2018), di Inggris Raya menghabiskan 17%, di AS dengan persentase bervariasi dari 25% hingga 41% (Bruylands et al., 2013; Schenk et al., 2017). Staf keperawatan di Belanda menghabiskan rata-rata 10,5 jam atau 40% dalam seminggu untuk menyelesaikan dokumentasi per shift (Olivares Bøgeskov & Grimshaw-Aagaard, 2019). Selain itu, bobot atau isi dari dokumentasi keperawatan dalam bentuk penulisan yang dilakukan perawat bersifat monoton, tidak berkembang, dan tidak lengkap sebesar 97,8% (Annisa Nur Medinawati et al., 2019; Kadek Erna et al., 2020) dan sebesar

74,1% perawat RSUD Gambiran tidak menerapkan standar dokumentasi keperawatan (Efendy, 2017)

Dokumentasi keperawatan yang dikerjakan dan dihadapi perawat di beberapa negara maju menjadi hal yang patut dipertanyakan mengenai kualitasnya terutama dalam penulisannya (Paans et al., 2010). de Groot et al. (2022) menyatakan kualitas dokumentasi keperawatan tergantung pada prinsip-prinsip yang meliputi, spesifik, objektif, jelas, komprehensif, singkat, lengkap, akurat, faktual, benar, jujur, konsisten, tepat waktu, rahasia, terbaca, permanen dan mewakili penilaian observasional profesional (de Groot et al., 2022; Paans et al., 2010). Selain itu, untuk lebih dalam dan mengerti, pencatatan harus kontemporer, termasuk tanggal dan waktu, dengan informasi duplikat, berpusat pada pasien (de Groot et al., 2022; Lindo et al., 2016; Paans et al., 2010).

Faktor pendidikan, dan emosional perawat menjadi temuan dan laporan informasi kinerja perawat dalam melakukan pendokumentasian keperawatan (Schenk et al., 2017). Selain itu, faktor-faktor lain yang bertanggung jawab terhadap kualitas dokumentasi keperawatan terdiri dari kompetensi, pemberdayaan kepercayaan, kebijakan keperawatan atau standar atau prosedur atau pedoman, audit, supervisi, dan kinerja perawat (Ofi & Sowunmi, 2012). Adanya masalah dan hambatan yang dialami perawat terkait dokumentasi keperawatan mendorong peneliti untuk melakukan pengabdian masyarakat dokumentasi keperawatan kepada perawat yang bekerja di pelayanan kesehatan. Oleh sebab itu, peneliti mengembangkan nurse writing management quality application (SIGAP) di Rumah Sakit.

1.2 Tujuan Seminar

Tujuan kegiatan ini adalah meningkatkan pengetahuan perawat dan kualitas dokumentasi keperawatan proses penulisan sehingga perawat mampu memberikan asuhan keperawatan pasien untuk meminimalkan kesalahan dan manajemen waktu efektif selama bekerja di rumah sakit .

1.3 Skala Prioritas Penentuan Masalah

Adapun penentuan skala prioritas masalah berdasarkan:

- a. Pengetahuan perawat lapangan terkait dokumentasi keperawatan .
- b. Kualitas penulisan dalam dokumentasi keperawatan yang terstandar
- c. Memahami kaidah dokumentasi keperawatan
- d. Memahami komponen dan indikator penilaian atau evaluasi penulisan dalam dokumentasi keperawatan

1.4 Luaran Kegiatan

1.4.1 Laporan Kemajuan

Tim akan melaporkan perkembangan kegiatan yang dilakukan selama kurun waktu yang telah ditetapkan. Laporan kemajuan ini sebagai monitoring pelaksanaan program yang dilakukan.

1.4.2 Laporan Akhir

Setelah menyelesaikan kegiatan, tim akan melaporkan dalam bentuk laporan akhir sebagai pertanggung jawabannya proses dari awal hingga pada akhirnya.

1.4.3 Artikel Ilmiah

Kegiatan yang telah dilakukan akan dipublikasikan dalam bentuk artikel ilmiah program kreativitas mahasiswa pengabdian masyarakat

1.5 Manfaat Kegiatan

Adapun manfaat dari program pengabdian masyarakat ini :

- a) Meningkatkan pengetahuan dan pemahaman perawat terkait standar dokumentasi keperawatan dalam memberikan pelayanan prima kepada pasien
- b) Meningkatkan kualitas penulisan dalam dokumentasi keperawatan selama menjalani perawatan dirawat
- c) Memberikan kaidah saat melakukan dokumentasi keperawatan
- d) Memberikan komponen dan indikator dokumentasi keperawatan indikator penilaian atau evaluasi penulisan dalam dokumentasi keperawatan

BAB II

GAMBARAN UMUM PERAWAT TERHADAP DOKUMENTASI KEPERAWATAN

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian yang penting dalam pemberian asuhan keperawatan. Lingkup pengabdian masyarakat ini ditujukan kepada para perawat yang bekerja di wilayah Jakarta, Depok, Bekasi, dan Tangerang. Tim kreatifitas mendapati adanya kebutuhan dalam peningkatan pengetahuan saat memiliki beban kerja yang besar dan kualitas dokumentasi keperawatan. Kebutuhan ini didasari pada kebutuhan keperawatan terkait pendokumentasian keperawatan. Program ini sangat dibutuhkan dalam mendampingi perawat untuk memberikan pengajaran terkait pengetahuan dan kualitas dokumentasi keperawatan.

Kebutuhan ini juga sejalan dengan kondisi saat ini. Tingginya beban kerja yang diterima perawat akan sangat mempengaruhi pendokumentasi keperawatan sehingga berisiko isi dari dokumentasi keperawatan ini tidak akurat, faktual, benar, jujur, konsisten, tepat waktu, rahasia, terbaca, permanen dan mewakili penilaian observasional profesional. Bila masalah ini tidak teratasi maka perawat tidak mampu mengatur waktu dan akan berpengaruh untuk kepuasan pasien/keluarga dan keberlanjutan pekerjaannya

2.1 Definisi

Dokumentasi keperawatan merupakan bagian yang sangat penting yang menjadikan bukti tindakan perawatan telah dilaksanakan secara profesional dan legal sehingga dapat melindungi pasien selaku penerima jasa pelayanan kesehatan yang menerima proses asuhan keperawatan berkualitas, akurat, lengkap dan sesuai standar (Hameed & Allo, 2014; Michel et al., 2017; Ofi & Sowunmi, 2012).

Pendokumentasian tersebut tergambar dalam penulisan sehingga menjadi tampilan perilaku atau kinerja perawat saat memberikan asuhan keperawatan kepada pasien. Kualitas pendokumentasian keperawatan dapat dilihat dari kelengkapan dan keakuratan penulisan dalam melakukan proses asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien, yang meliputi pengkajian, diagnosa keperawatan, rencana tindakan dan evaluasi (Michel et al., 2017; Müller Staub, 2007; Olivares Bøgeskov & Grimshaw-Aagaard, 2019).

Adanya dokumentasi keperawatan maka bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki perawat dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, rekan profesi, dan tim kesehatan lainnya dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab (Ali et al., 2020; Müller Staub, 2007; Myklebust & Bjørkly, 2019). Dokumentasi dalam bentuk pencatatan menjadi petunjuk atau pedoman praktik pendokumentasian dalam memberikan tindakan keperawatan. Jika mengalami suatu masalah yang berhubungan dengan profesi keperawatan, sebagai pemberi jasa kesehatan dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi proses asuhan keperawatan sangat diperlukan dan dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan (Kurniawati et al., 2019)

2.2 Standar Dokumentasi Keperawatan

2.2.1 Tahap Pendokumentasian Asuhan Keperawatan

Dokumentasi keperawatan menjadi tuntutan profesi yang harus dapat dipertanggungjawabkan, baik dari aspek etik maupun aspek hukum. Dokumentasi keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan untuk melindungi pasien sebagai penerima pelayanan kesehatan dan melindungi perawat sebagai pemberi jasa pelayanan asuhan keperawatan (Efendy, 2017; Hameed & Allo, 2014).

Pelaksanaan dokumentasi keperawatan yang dapat dipertanggungjawabkan, perawat harus mengikuti beberapa tahapan dokumentasi asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan menjadi rangkaian kegiatan praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien yang telah ditetapkan organisasi profesi sesuai dengan ilmu untuk mengatasi masalah yang dihadapi pasien. Adapun tahapan yang wajib dijalani berdasarkan praktik keperawatan (Kadek Erna et al., 2020; Supratti & Ashriady, 2016) antara lain:

a. Dokumentasi Pengkajian Keperawatan

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam penulisan pengkajian diantaranya mengumpulkan data secara menyeluruh meliputi aspek bio-psikososial dan spiritual. Pengkajian dalam keperawatan menggunakan berbagai sumber yang ada relevansinya dari hasil observasi, wawancara, konsultasi dan pemeriksaan fisik agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, mengenali kebutuhan kesehatan dan keperawatan secara sistematis dan terus-menerus dengan dukungan pengetahuan yang relevan.

Menuangkan hasil pengumpulan data proses pengkajian menjadi hambatan bagi beberapa perawat seperti kesalahan penulisan terkait keluhan pasien, pengumpulan data hasil wawancara dari keluhan yang dialami pasien sehingga menghabiskan waktu perawat bila proses pengkajian pasien tidak lengkap. Ketidaklengkapan data saat menuliskan form pengkajian pasien bisa berakibat fatal bagi keselamatan pasien (Hameed & Allo, 2014; Ofi & Sowunmi, 2012; *Tackling Wasteful Spending on Health*, 2017)

b. Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Diagnosis Keperawatan merupakan keputusan klinik tentang respon individu, keluarga dan masyarakat tentang masalah kesehatan aktual atau potensial, sesuai dengan kompetensi perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi untuk menjaga, menurunkan, mencegah dan merubah status kesehatan pasien dengan cara penulisan diagnosa keperawatan yang benar.

Merumuskan diagnosa keperawatan dibutuhkan kemampuan analisis yang tinggi yang *capable* dan berwawasan terbuka dan maju (*futuristic*). Kenyataannya dalam rekam medik pasien di bagian diagnosa keperawatan ditemukan beberapa kendala seperti merumuskan diagnosa keperawatan yang sama menyebabkan diagnosa keperawatan menjadi monoton sehingga perawat menjadi malas serta kurang inisiatif untuk menganalisa data pengkajian terkait perkembangan status kesehatan pasien (Hartati, Handoyo, Anis, 2010), merumuskan diagnosa keperawatan tanpa mencantumkan *sign* atau *symptom* menjadikan diagnosa aktual, dan kesalahan dalam menuliskan kode diagnosa keperawatan.

c. Dokumentasi Intervensi Keperawatan

Rencana keperawatan merupakan susunan atau rancangan tindakan yang tertulis dalam laporan jangka pendek dan jangka panjang yang akan dilakukan oleh perawat untuk memulihkan status kesehatan yang lebih baik, diuraikan. Rencana keperawatan bersifat terorganisasi sehingga setiap perawat dapat dengan cepat mengidentifikasi tindakan perawatan yang diberikan. Rencana asuhan keperawatan dirumuskan untuk memfasilitasi kontinuitas asuhan perawatan dari satu perawat ke perawat lainnya yang bertujuan memberikan asuhan yang berkualitas tinggi dan konsisten sehingga berimplikasi terhadap tingkat kepuasan pasien (Supratti & Ashriady, 2016).

Hambatan yang dialami perawat dalam rencana keperawatan tidak memasukkan rencana terkait observasi yang menjadi masalah kesehatan pasien (fisik, psiko, spiritual), keengganan untuk memberikan edukasi, tidak memasukkan terkait tindakan keperawatan berdasarkan praktik berbasis bukti sebagai tindakan mandiri keperawatan, dan lebih terpatok pada tindakan kolaborasi medik (Kadek Erna et al., 2020)

d. Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Implementasi merupakan wujud nyata intervensi keperawatan yang telah disusun sesuai dengan kebutuhan pasien. Mendukung pelaksanaan atau implementasi keperawatan sesuai dengan rencana keperawatan, perawat dituntut memiliki kemampuan kognitif (intelektual), kemampuan hubungan interpersonal, dan keterampilan melakukan tindakan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan pasien dan faktor yang mempengaruhinya (Lismayanti, 2021; Supratti & Ashriady, 2016) sehingga secara berkala dapat ditinjau keakuratannya untuk meminimalkan resiko yang dapat merugikan pasien. Keterbatasan yang dialami perawat pada tahap ini, antara lain: pelaksanaan pengisian terhadap penulisan ke dokumen asuhan keperawatan akibat kurangnya waktu untuk melakukan pengisian, banyaknya jumlah pasien yang dipegang oleh perawat saat shift, dan kurang imbangnya pembagian pasien sesuai dengan tingkat kebutuhan atau ketergantungan pasien (Michel et al., 2017; Roumeliotis et al., 2018).

e. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan hasil penilaian dari semua kegiatan keperawatan yang telah dilakukan oleh perawat dengan mengacu pada standar atau kriteria hasil yang telah ditetapkan pada rumusan tujuan (Hartati, 2010). Selain itu, evaluasi keperawatan merupakan proses yang berkelanjutan untuk menilai efek dari tindakan keperawatan. Evaluasi keperawatan selalu dilakukan terus menerus untuk menilai respon pasien terhadap tindakan keperawatan tersebut (Kol, Jacobson dan Wieler, 2003). Evaluasi keperawatan dibagi menjadi dua yaitu evaluasi proses atau formatif dilakukan setiap selesai melaksanakan tindakan, dan evaluasi hasil atau sumatif dilakukan untuk melihat respon pasien pada tujuan yang ditentukan (Efendy, 2017; Lismayanti, 2021). Keberhasilan proses asuhan keperawatan dapat dilihat dievaluasi keperawatan dengan cara melihat perbandingan antara tingkat kemandirian pasien dalam kehidupan sehari-hari dan tingkat kemajuan kesehatan pasien dengan tujuan yang telah dirumuskan sebelumnya.

Ada 3 kemungkinan hasil evaluasi yang ditemukan saat melakukan proses keperawatan, antara lain: tujuan tercapai, jika pasien telah menunjukkan perbaikan atau kemajuan sesuai dengan kriteria yang telah ditetapkan; tujuan tercapai sebagian, jika tujuan itu tidak tercapai secara maksimal, sehingga perlu mencari penyebab dan langkah mengatasinya; dan tujuan tidak tercapai, jika pasien tidak menunjukkan perubahan sama sekali bahkan timbul masalah kesehatan baru. Evaluasi keperawatan dengan tujuan tidak tercapai, maka perawat harus melakukan pengkajian lebih mendalam di bagian data analisis, diagnosa, tindakan dan faktor lain yang tidak sesuai yang menjadi penyebab. Hambatan yang sering terjadi dalam evaluasi keperawatan antara lain: perawat tidak menjelaskan secara rinci keadaan pasien setelah dilakukan evaluasi baik tindakan maupun asuhan keperawatan (Supratti & Ashriady, 2016).

2.2.2 Kaidah Dokumentasi Keperawatan

Penulisan dokumentasi keperawatan yang tentu harus mengikuti kaidah supaya mudah dipahami oleh petugas kesehatan lainnya. Oleh karena itu, perawat harus memerhatikan kaidah tersebut (Kadek Erna et al., 2020), antara lain:

- a. *Simplicity* (sederhana): Perawat mampu menggunakan kata-kata dasar, sederhana dan mudah dipahami oleh anggota kesehatan lain.
- b. *Conservatism* (Konservatif): setiap dokumentasi keperawatan harus akurat, berdasarkan informasi yang terkumpul baik secara subjektif dan objektif.
- c. *Patience* (Kesabaran): manajemen waktu secara tepat untuk mengetahui hambatan atau masalah dan perkembangan pasien.

- d. *Irrefutability* (tak terbantahkan): pendokumentasian harus yang jelas, akurat dan objektif dengan penulisan yang dapat dibaca

2.2.3 Komponen dan Indikator Dokumentasi Keperawatan

Standar dokumentasi yang lengkap menurut Hameed & Allo (2014) dan Lismayanti (2021) ada tiga komponen yang disertai indikator terdiri dari

a. Komunikasi

Perawat melakukan dokumentasi yang berisi informasi yang akurat, relevan dan komprehensif mengenai kondisi, kebutuhan, intervensi keperawatan dan evaluasi kesehatan pasien.

Indikator:

- Perawat memberikan tanda tangan lengkap atau inisial, dan gelar profesional dengan semua dokumentasi;
- Memberikan tanda tangan lengkap, dan inisial pada data base saat installing dokumentasi (E-HR);
- Memastikan bahwa dokumentasi tulisan tangan terbaca dan menggunakan tinta permanen;
- Menggunakan singkatan dan simbol yang telah disepakati dan diterima dalam bidang pelayanan dan profesi kesehatan;
- Mendokumentasikan saran, perawatan atau layanan yang diberikan kepada individu dalam kelompok, kelompok khusus, komunitas atau populasi (misalnya: sesi pendidikan kelompok);
- Mendokumentasikan asuhan keperawatan yang diberikan teknologi informasi dan telekomunikasi (misalnya: memberikan terapi melalui telepon)
- Mendokumentasikan *inform consent* ketika perawat memberikan pengobatan atau intervensi tertentu dan advokasi kebijakan dokumentasi yang jelas dan prosedur yang konsisten dengan Standar Asuhan Keperawatan (SAK).

Seorang perawat dapat memenuhi standar dokumentasi keperawatan dengan cara:

- Memastikan dokumentasi yang merupakan catatan lengkap tentang asuhan keperawatan tersedia dan mencerminkan semua aspek proses keperawatan, termasuk penilaian, perencanaan, intervensi (independen dan kolaboratif) dan evaluasi;
- Mendokumentasikan informasi baik berupa data objektif maupun data subjektif;
- Memastikan bahwa rencana perawatan jelas, terkini, relevan dan individual untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan klien;
- Meminimalkan duplikasi informasi dalam catatan kesehatan;
- Mendokumentasikan komunikasi anggota keluarga/orang lain, pengganti pengambil keputusan dan penyedia perawatan lainnya;
- Memastikan bahwa data informasi perawatan pasien telah disimpan dalam dokumen *hard copy* sementara (seperti KARDEX, laporan shift atau buku komunikasi) serta disimpan dalam catatan kesehatan permanen.

b. Akuntabilitas dan Kewajiban

Perawat mendokumentasikan asuhan keperawatan sesuai dengan standar profesional dan etika, peraturan dan kebijakan yang akurat dan relevan dari rumah sakit.

Indikator:

- Pendokumentasian perawatan dilakukan sesegera mungkin setelah tindakan perawatan dilakukan.
- Penulisan tanggal dan waktu pelaksanaan tindakan perawatan.
- Dokumentasi dibuat berdasarkan urutan kronologis kejadian.

- Pendokumentasian tidak boleh meninggalkan baris kosong pada lembar dokumentasi perawat harus menutup bagian yang kosong itu dengan garis yang memenuhi lembar dokumentasi. Pendokumentasian menggunakan sistem elektronik, perawat harus melakukan koreksi entri data untuk memastikan bahwa informasi asli tetap terlihat sesuai dengan kebijakan aturan rumah sakit dengan tujuan meminimalkan kekeliruan atau kesalahan.
- Dilarang menghapus, mengubah atau memodifikasi dokumentasi orang lain
- Dokumen apapun yang tak terduga, kejadian tak terduga atau tidak normal pada pasien, harus di rekam berdasarkan fakta kejadian dengan berkaitan dengan proses perawatan.

c. Keamanan

Perawat melindungi informasi kesehatan pasien dengan menjaga kerahasiaan dan menyimpan informasi sesuai dengan prosedur yang konsisten sesuai dengan standar profesional dan etika berdasarkan peraturan perundang-undangan .

Indikator:

- Memastikan bahwa informasi perawatan pasien yang relevan diambil dalam catatan kesehatan klien, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit.
- Mempertahankan kerahasiaan informasi kesehatan pasien, termasuk password atau informasi yang diperlukan untuk mengakses catatan kesehatan klien.
- Memahami dan mematuhi kebijakan, standar dan peraturan perundang- undangan yang berkaitan dengan kerahasiaan, privasi dan keamanan.
- Mengakses informasi hanya dapat dilakukan oleh perawat yang memiliki kebutuhan profesional untuk memberikan perawatan.
- Menjaga kerahasiaan pasien lain dengan menggunakan inisial atau kode ketika mengacu pada pasien lain dalam catatan kesehatan pasien
- Memfasilitasi hak-hak klien untuk mengakses informasi kesehatan tentang dirinya.
- Memeriksa dan mendapatkan salinan catatan kesehatan, seperti yang didefinisikan oleh kebijakan rumah sakit.
- Memperoleh persetujuan pasien atau pengganti pengambil keputusan untuk menggunakan dan mengungkapkan informasi kepada orang lain di luar lingkaran perawatan, sesuai dengan peraturan yang relevan.
- Menggunakan metode yang aman untuk mengirimkan informasi kesehatan pasien jika diminta oleh hukum
- Mempertahankan catatan kesehatan sesuai dengan kebijakan dan peraturan organisasi dan melakukannya sebagai bagian dari tanggung jawab perawat.
- Memastikan penghancuran dokumen yang sudah tidak diperlukan dengan aman dan menjaga rahasia dokumen tetap terjaga sesuai dengan ketentuan perundang-undangan.

BAB III

METODE PELAKSANAAN

Pelaksanaan kegiatan seminar yang direncanakan secara luring pada tim panitia dan daring pada pemateri dan peserta seminar. Pelaksanaan kegiatan berdasarkan kebutuhan untuk mengetahui kepatuhan perawat terhadap kualitas dokumentasi keperawatan di rumah sakit. Kegiatan dilakukan dalam bentuk seminar secara virtual dengan menghadirkan narasumber dan penyajian materi menggunakan berbagai aplikasi sesuai kebutuhan dan perkembangan teknologi saat ini. Adapun rencana kegiatan yang dilakukan yaitu sebagai berikut:

1. Persiapan
 - a. Melakukan rapat mengenai asesmen pengetahuan perawat terhadap kualitas dokumentasi keperawatan pasien di Rumah Sakit terkait jadwal kegiatan
 - b. Menghubungi narasumber yang telah direncanakan
 - c. Mengumpulkan materi seminar untuk memahami bahan ajar yang diberikan pemateri
 - d. Menyiapkan google form terkait asesmen kualitas dokumentasi keperawatan kepada peserta
 - e. Mempersiapkan paket data/akun zoom/publikasi seminar (flyer dan virtual background)
2. Pelaksanaan
 - a. Pelaksanaan dilakukan dalam bentuk seminar nasional. Seminar ini dilakukan secara virtual kepada peserta/ perawat. Kegiatan direncanakan sebanyak 1 kali dengan durasi 3 jam pertemuan.
 - b. Mengumpulkan feedback dari peserta untuk setiap kegiatan yang dilakukan
 - c. Mendokumentasikan seluruh kegiatan virtual
3. Terminasi
 - a. Melakukan rapat evaluasi bersama mitra di setiap kegiatan yang dilakukan
 - b. Memberikan sertifikat kepada peserta dan pelatih/narasumber
 - c. Melaporkan kemajuan/ akhir kegiatan

Perancangan program hingga evaluasi akan dilaksanakan kurang dari 6 bulan sejak pengurusan. Perancangan ini dilaksanakan oleh peneliti utama bersama anggota dan bekerjasama dengan semua pihak terkait dengan tujuan terbentuknya rancangan asesmen kualitas dokumentasi keperawatan. Target program ini bagi masyarakat khusus perawat ini adalah meningkatnya kualitas dokumentasi keperawatan yang berstandar dalam mendukung upaya pemerintah dalam membentuk standar dokumentasi keperawatan di Indonesia

3.1 Bentuk Kegiatan

Bentuk kegiatan yang akan dilakukan adalah seminar nasional. Topik seminar: “Dokumentasi Keperawatan berstandar International”.

3.2 Sasaran

Sasaran untuk kegiatan adalah seluruh mahasiswa keperawatan dan seluruh perawat rumah sakit di Indonesia.

3.3 Waktu Dan Tempat Kegiatan

Pelaksanaan kegiatan secara *online* pada hari Sabtu, tanggal 18 Maret 2023 pukul 07.30 – 12:30 WIB dan *platform* di Zoom Meeting UKRIDA_ Keperawatan dengan jumlah peserta yang hadir sebanyak 503 orang.

Tabel 3.1. Pelaksanaan Kegiatan Pengabdian Masyarakat Asesmen Pengetahuan Perawat dan Kualitas Dokumentasi Keperawatan

NO	ACARA	WAKTU	Jam	KEGIATAN	PJ
PENDAHULUAN					
1	Pra Pembukaan	60 menit	07:30-08.30	Registrasi <ul style="list-style-type: none"> • Pengisian daftar hadir (link) • Pengisian google form (link) Disertai vidio promosi fakultas dan ucapan selamat datang	Panitia
2	Pembukaan	10 menit	08.45-08.55	Ucapan pembuka dan selamat datang oleh MC	MC
3	Doa pembuka	5 menit	08.55-09.00	Pembacaan Doa	Panitia
4	Lagu:	10 menit	09.00-09.10	Menyanyikan Lagu : <ul style="list-style-type: none"> • Indonesia Raya • Mars Ukrida • Mars PPNI 	MC
5	Kata Sambutan	15 menit	09.10-09.25	<ul style="list-style-type: none"> • Dekan FKIK UKRIDA • Ka.Prodi D3 Keperawatan 	MC
ACARA SEMINAR					
1	Alih MC ke Moderator	3 menit	09.25-09.28	Pembacaan CV moderator	MC
2	Pembukaan	5 menit	09.30-09.35	Seminar dibawakan oleh moderator: ibu Ernawati S.Kp.M.Ng	Moderator
3	CV Pembicara 1	3 menit	09.35-09.38	Pembacaan CV Pembicara 1	Moderator
4	Pembicara 1	20 menit	09.40-10.00	legal aspek pendokumentasian keperawatan <ul style="list-style-type: none"> • Aspek legal (UU) terkait dokumentasi keperawatan 	Ns. Shanti Farida Rahmi,S.Kep.M.Kep. Sp.Kep.MB Kepala Program Studi S1 Ners Fakultas Ilmu Keperawatan,

				<ul style="list-style-type: none"> • Standar Tahapan Dokumentasi Keperawatan di Indonesia • Komponen dan indikator penulisan dalam dokumentasi keperawatan • Dokumentasi Keperawatan berbasis kertas dan elektronik • Kesan menuliskan atau dokumentasi keperawatan 	Universitas Indonesia
7	CV Pembicara 2	3 menit	10.15-10.18	Pembacaan CV Pembicara 2	Moderator
8	Pembicara 2	20 menit	10.20-10.40	<ul style="list-style-type: none"> • individual dan sistem; penyebab kesalahan pendokumentasian keperawatan 	Ns. Permaida, Sp.Kep. A.
9	CV Pembicara 3	3 menit	10.40-10.43	Pembacaan CV Pembicara 2	Moderator
9	Pembicara 3	20 menit	10.45-11.05	Materi: kualitas pendokumentasian keperawatan <ul style="list-style-type: none"> • Kaidah dokumentasi keperawatan berstandar JCI (RSPI) • Kualitas dokumentasi keperawatan di Rumah Sakit berstandar JCI di RSPI • Audit dan Supervisi Dokumentasi Keperawatan 	Ns. Airin Yulistiani Taslim,S.Kep.MM Manajer Keperawatan Rumah Sakit Pondok Indah

				berstandar JCI di RSPI <ul style="list-style-type: none"> • Hambatan perawat lapangan saat melakukan dokumentasi keperawatan • Inovasi pendokumentasian RS berstandar JCI di RSPI saat ini • Pengalaman (kesan) saat menuliskan dokumentasi keperawatan 	
10	Diskusi	20 Menit	11.05-11.25	Sesi : Tanya Jawab	Moderator
11	Ucapan terima kasih panitia	2 menit	11.25-11.27	Pemberian Sertifikat dari Nursing Ukrida dan E-Sertifikat Pembicara PPNI	Moderator
PENUTUP					
1	Acara MC	30 menit	11.30-12.00	Kuis Kahoot	Panitia (Sie acara)
2	Dokumentasi	5 menit	12.00-12.05	Foto bersama di ruang zoom	Panitia (Sie Dokumentasi)
3	Doa Penutup	5 menit	12.05-12.10	Pembacaan doa penutup	MC – Panitia
4	Penutupan	20 menit	12.10 – 12.30	Pengisian link daftar hadir telah mengikuti webinar untuk mendapatkan E-Sertifikat	Panitia

3.4 Susunan Panitia

Penasehat	: dr. Antonious Ritchi Castilani, M.Si., DFM
Pelindung	: Ns. Mey Lona Verawaty Zendrato, M.Kep
Penanggung jawab	: Ns. Permaida, Sp.Kep. A
Ketua	: Chisilia Christine
Sekretaris dan Bendahara	: Venus Amelia Vega (PIC) Fanny Yulianingsih S. Psi
Sie acara	: PIC Ernawati, S.Kp.M.Ng (Moderator Seminar) Venus (MC Seminar)
Sie Konsumsi	: Ester Artha Romauli
Humas & Dokumentasi	: Yohana Veronica Marchelina (PIC)

BAB IV
LAPORAN KEGIATAN SEMINAR NASIONAL

4.1 Laporan Keuangan Pelaksanaan Kegiatan Seminar Nasional

No	Jenis Pengeluaran	Item	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Nilai (Rp)
1	Publikasi & Sertifikat				
	a. Desain E- sertifikat	1000	0	0	Rp 0,-
	b. Siaran Youtube Ukrida TV life				Rp 0,-
	Sub Total				Rp. 0,-
2	Acara Seminar				
	Pembicara	2	1	1.000.000	2.000.000,-
	Moderator Lektor	1	1	200.000	200.000,-
	Pengurusan Persetujuan Seminar PPNI DPK ke DPP	1	1	1.550.000	1.550.000,-
	Pengurusan SKP Seminar PPNI DPP	1	1	1.750.000	1.750.000,-
	Konsumsi snack pagi panitia seminar (Kue)	13	1	13.538	176.000,-
	Konsumsi snack pagi panitia seminar (Minum)	13	1	3.761	48.900,-
	Konsumsi makan siang Panitia Seminar (Nasi Kotak + Minum)	13	1	26.000	338.000,-
,-	Biaya akun Kahoot	1	1	53.964	53.964,-
	Biaya pengiriman pos surat undangan pembicara FIK UI (Arsip Dekanat dan Pembicara)	2	1	10.000	20.000,-
	Biaya pengiriman pos surat undangan pembicara RSPI (Arsip Direktur RSPI dan Pembicara)	2	1	18.000	36.000,-
	a. Peserta terbaik Kahoot (Voucher/pulsa)	3	1	50.000	150.000,-
	Sub Total				Rp. 6.322.864,-
TOTAL KESELURUHAN					Rp.6.322.864,-

Rancangan Anggaran Biaya

No	Jenis Pengeluaran	Item	Kuantitas	Harga Satuan (Rp)	Nilai (Rp)
1	Publikasi & Sertifikat				
	a. Desain E- sertifikat	1000	0	0	Rp 0,-
	b. Siaran Youtube Ukrida TV life				Rp 0,-
	Sub Total				Rp. 0,-
2	Acara Seminar				
	Pembicara	2	1	1.000.000	2.000.000,-
	Moderator Lector	1	1	200.000	200.000,-

	Pengurusan SKP Seminar PPNI Pusat	1	1	2.500.000	2.500.000,-
	Konsumsi snack pagi panitia seminar	13	1	15.000	195.000,-
	Konsumsi makan siang Panitia Seminar (Nasi Kotak + Minum)	13	1	28.000	364.000,-
,-	Biaya akun Kahoot	1	1	150.000	150.000,-
	Biaya pengiriman pos surat undangan pembicara FIK UI dan RSPI	2	1	20.000	40.000,-
	b. Peserta terbaik Kahoot (Voucher/pulsa)	3	1	50.000	150.000,-
				Sub Total	Rp. 5.599.000,-
	TOTAL KESELURUHAN				Rp. 5.599.000,-

Rancangan Anggaran	Rp. 5.599.000,-	-Rp. 723.864
Laporan Pelaksanaan	Rp. 6.322.864,-	

Adapun laporan keuangan pelaksanaan kegiatan terjadi perbedaan dengan anggaran rancangan keuangan awal pada proposal pengajuan. Selesih anggaran ini terjadi pada bagian kepengurusan SKP Nasional Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) harus membayar kepada Dewan Pengurus Wilayah (DPW) PPNI Provinsi DKI Jakarta sebagai syarat mendapatkan surat persetujuan dan melakukan pembayaran kepada Dewan Pengurus Pusat (DPP) PPNI untuk mendapatkan SKP tersebut (Terlampir pada lampiran halaman 28-29 dan 33-35). Ada perbedaan biaya pengiriman surat undangan pembicara yang dikirimkan secara pos untuk kepada atasan langsung pembicara dan pembicara tersebut (Terlampir pada lampiran halaman 22-23), biaya konsumsi lebih besar dari rencana anggaran (Terlampir pada lampiran halaman 24-25), Biaya pembelian Kahoot untuk peserta seminar lebih murah dari yang dianggarkan Rp. (Terlampir pada lampiran halaman 21),

4.2 Laporan Kegiatan Acara Seminar Nasional

Jam	Pelaksanaan Acara
7.30	<ul style="list-style-type: none"> - Terdapat masalah pada link zoom, dan di ganti oleh link zoom baru - Beberapa partisipan tidak dapat mengakses link zoom yang sudah di berikan <p>Masukan: Diberikan akses lain selain zoom meeting seperti Youtube untuk mempermudah peserta dapat mengikuti acara seminar mengingat peserta yang hadir berasal dari 34 provinsi</p>
07:50 – 8.30	Pemberian video promosi Ukrida berjalan dengan lancar
08.30 – 8.35	<ul style="list-style-type: none"> - Mc membacakan tata tertib zoom webinar - Pemberian ucapan pembukaan dan selamat datang - Doa dipimpin oleh mc dengan baik - Dilakukan Share screen Indonesia raya dan mars PPNI dengan lancar - Signal mengalami down selama 5 menit <p>Tim IT mengatasi masalah jaringan tetapi beberapa peserta seminar terlempar dan susah masuk ke link zoom yang berikan panitia</p>
08.40 – 08.53	<ul style="list-style-type: none"> - Sambutan oleh ketua panitia dengan lancar dan baik - Sambutan selanjutnya oleh dekan FKIK Ukrida (dr.Anton) secara

	lancar tanpa ada kendala dalam signal
08.53 – 10.00	<ul style="list-style-type: none"> - Pembacaan CV Moderator oleh MC berjalan dengan lancar - Dilanjutkan dengan Moderator memperkenalkan pemateri 1 dengan membacakan CV - Pemberian materi 1 dilakukan selama 49 menit oleh bu Shanti - Waktu tanya jawab selama 14 menit dan terdapat sebanyak 4 pertanyaan - Penutupan pada materi 1 - Signal lancar dan tidak ada kendala
10.00 – 10.57	<ul style="list-style-type: none"> - Pembacaan CV Moderator oleh MC berjalan dengan lancar - Dilanjutkan dengan Moderator memperkenalkan pemateri 1 dengan membacakan CV - Pemberian materi 1 dilakukan selama 49 menit oleh bu Shanti - Waktu tanya jawab selama 14 menit dan terdapat sebanyak 4 pertanyaan. - Penutupan pada materi 2 - Signal lancar dan tidak ada kendala
10.57 – 11.36	<ul style="list-style-type: none"> - Pembacaan CV pembicara 3 oleh Bu Erna dengan baik - Pemberian materi 3 oleh Ns.Permaida selama 25 menit - PPT yang diberikan oleh pemateri sangat lancar dan sangat baik - Tanya jawab dilakukan selama 7 menit dengan 2 pertanyaan - Signal lancar dan tidak ada kendala
11.36 -11.38	<ul style="list-style-type: none"> - Moderator memberikan rangkuman secara jelas materi seminar yang dibawakan oleh 3 pembicara - Signal lancar dan tidak ada kendala
11.38 – 11.56	<ul style="list-style-type: none"> - Selanjutnya acara di alihkan ke Mc - Kuis kahoot dibawakan oleh ketua panitia hingga selesai - Signal lancar dan tidak ada kendala
11.56-11:59	<ul style="list-style-type: none"> - Hymne PPNI - Penyebaran link daftar hadir - Signal lancar dan tidak ada kendala
11.59 – 12.30	<ul style="list-style-type: none"> - Foto Bersama di ruang Zoom
12.03 – 12.30	<ul style="list-style-type: none"> - Doa penutup oleh Mc dan Diakhiri zoom SEMINAR NASIONAL 2023 - Signal lancar dan tidak ada kendala

Pertanyaan – pertanyaan yang di ajukan:

Pertanyaan Sesi 1 (Ns. Shanti Farida Rahmi, S.Kep.M.Kep.Sp.Kep.MB)

1. Tanya_ M Saeful rohman. Cirebon. Bisa dijelaskan lebih lanjut mengenai Badan akreditasi yg menetapkan standar informasi rekam medis sebagai bagian penjaminan mutu?

2. Tanya_ Marthen_PPNI Papua_ Evidance Based ditemukan bahwa perawat mengeluh mencatat dokumentasi aspek terlalu banyak. Jika dibandingkan dengan profesi lain seperti dokter dan bidan. Dokter dan Bidan menggunakan pola dokumentasi pendekatan SOAP (ada referensi tentang ini, bisa di browsing). Bagaimana jika UKRIDA membuat suatu model dokumentasi yang ringkas yang teruji kehandalannya. Salam sukses dan terima kasih atas seminar yang

bermutu ini. Salam dari kami Perawat di Papua.

3. Tanya_M Saeful Rohman_Cirebon. dalam indicator pendukung. layanan konsultasi 24 jam via phone utk pasien saat pulang ke rumah . bias dijelaskan lebih lanjut? siapa yg bertanggung jawab dlm pelayanan konsultasi 24 jam tersebut ? apakah wajib utk semua pasien ? adakah paying hukum legalisasinya?

4. Tanya_Vera Mayasari Izin bertanya Bu, untuk evaluasi ada aplikasi yang hanya SOAP ada yang sampai SOAPIR, bagusnya Bagaimana ya Bu?

5. Tanya_Roma Radiah_Pusat Krisis dan Kegawatdaruratan Kesehatan Daerah_Apakah plus minus dari masing-masing metode dokumentasi keperawatan (SOAP, PIE, DAR)? Lalu menurut ibu kalau di system pra hospital, metode dokumentasi keperawatan apakah yang paling cocok? Terimakasih

6. Tanya_Novi_RSPB_Izin bertanya untuk ERM khusus inform concent, apakah menggunakan berkas rekam medis manual yang disimpan khusus tersendiri apakah bisa di pdf kan masuk ke ERM. Terimakasih

Pertanyaan Sesi 2 (Ns. Airin Yulistiani Taslim, S.Kep.MM)

1. Tanya_Rizkia_RSPON Jakarta_Izin bertanya, untuk pelaporan rutin lewat WA. Apakah ada standarisasi? Dan bentuk TBAKnya bagaimana?

2. Tanya_Arianto Nugroho_Rs Pku Aisyiyah Boyolali_Bagaimana metode dokumentasi untuk pasien safety terkait komunikasi di IGD antar dokter jaga IGD? Terimakasih

3. Tanya_Rizkiani_Rs Dr.Suyoto Pusrehab Kemhan_Pada SBAR, Untuk assessment yang di isi apakah diagnosa medis atau diagnosa keperawatan? Sampai saat ini masih banyak yang tercampur-campur jadi kadang membuat bingung untuk SOAP SBAR. Terimakasih

4. Tanya_Andina Devika Sari_Klinik Fertilitas Bocah Indonesia_Bagaimana standar JCI dokumentasi jika kita mendapatkan adviced dai Dpjp atau tim medis lainnya via WA dan bagaimana dokumentasi edukasi jika penjelasan di lakukan secara online/via zoom

5. Tanya_Saeful_Cirebon_Izin bertanya, di kamar OK/IBS, transfer pasien di ruang RR ke ruang perawatan di kirim oleh siapa ya bu?

6. Tanya_Vera Mayasari_RS Regina Maris Medan_Izin bertanya bu tadi saya sekilas lihat form triage disitu dokumentasinya lengkap dari TTV, dll sampai resiko jatuh, yang mau saya tanyakan apakah semua assessment di lakukan di ruang triage atau hanya beberapa Tindakan untuk menentukan triage berapa lalu ditempatkan ke bed sesuai triagenya baru di situ di lakukan pengkajian
menyeluruh.

7.Tanya_Ai Tanti_RSUD Ciawi_Untuk pendokumentasian SBAR, yang kita tulis di catatan terintegritasnya itu SBAR atau tetap SOAP?

8. Tanya_Vera Mayasari_Rs Regina Maris Meda_Izin Bu, jika resep awal dokter yang input ke system, apakah untuk obat rutin lanjutan bolehkah perawat yang input resep?

Pertanyaan Sesi 3 (Ns. Permaida, M.Kep., Sp.Kep. A.)

1. Tanya_Ai Tanti_RSUD Ciawi_Untuk penulisan SOAP di catatan terintegrasi jika kita menulis 2 halaman, apakah di akhir halaman 1 harus pakai TTD juga apa Cuma di akhir halaman 2 saja TTD nya? Terimakasih banyak

2. Tanya_Mahmud salim_Puskesmas Jatirogo_Salah satu sasaran keselamatan pasien adalah komunikasi efektif, di dalam rekam medis ada form SBAR dan apakah setiap pasien yang dilayani dan diberikan resep oleh perawat harus disertai tanda tangan dokter saat dokter juga sedang berhalangan hadir, atau hanya pasien yang dikonsultasikan yang harus tanda tangan oleh dokter? Terimakasih.

Kesimpulan oleh Moderator (Ernawati, S.Kp, Mng)

1. Pendokumentasian oleh perawat perlu didukung oleh sarana pelayanan yaitu pimpinan rumah sakit.
2. Perawat wajib melakukan pendokumentasian sesuai standar karena merupakan otonomi profesional perawat.
3. Pendokumentasian merupakan komunikasi utama, tertulis, nyata dan bisa dipakai tim lain.
4. Perlu memperhatikan standar pendokumentasian
 - Factual
 - Current
 - Organized
 - Accurate
 - Complete
5. Pendokumentasian oleh perawat perlu didukung oleh sarana pelayanan yaitu pimpinan rumah sakit, serta iklim kerja.
6. Rumah Sakit perlu menyusun pedoman serta format-format.

BAB VI
LUARAN KEGIATAN

Luaran kegiatan program pengabdian masyarakat ini adalah :

- a. Publikasi flyer seminar keperawatan
- b. Berita populer di media massa atau Youtube Ukrida TV dengan link :
<https://youtu.be/zQ7ddIqASxk>
- c. Publikasi artikel ilmiah akreditasi nasional

Peneliti



Ns. Permaida, Sp. Kep.A
NIP: 1967

Jakarta, 06 April 2023
Ka. Prodi D3 Keperawatan FKIK UKRIDA



Ns. Meylona V. Zentrato, M.Kep.
NIDN. 0301058903

DAFTAR PUSTAKA

- Ali, A., Albashir, W., & Mariod, A. (2020). Nursing documentation in selected hospitals in Khartoum State-Sudan. In *Journal of International Health Sciences and Management* (Vol. 6, Issue 10).
- Alkouri, O. A., AlKhatib, A. J., & Kawafhah, M. (2016). Importance and implementation of nursing documentation: Review study. *European Scientific Journal, ESJ, 12*(3), 101. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n3p101>
- Annisa Nur Medinawati, Ernawati, & Mita. (2019). Relationship of nursing work motivation with compliance supporting nursing care implementation in Yarsi Pontianak Hospital. *Jurnal UNTAN, 4*.
- Bruylands, M., Paans, W., Hediger, H., phil, lic, & Müller-Staub, M. (2013). *Effects on the quality of the nursing care process through an educational program and the use of electronic nursing documentation*.
- Cooper, A. L., Brown, J. A., Eccles, S. P., Cooper, N., & Albrecht, M. A. (2021). Is nursing and midwifery clinical documentation a burden? An empirical study of perception versus reality. *Journal of Clinical Nursing, 30*(11–12), 1645–1652. <https://doi.org/10.1111/jocn.15718>
- de Groot, K., de Veer, A. J. E., Munster, A. M., Francke, A. L., & Paans, W. (2022). Nursing documentation and its relationship with perceived nursing workload: a mixed-methods study among community nurses. *BMC Nursing, 21*(1). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00811-7>
- Doenges, M. E., Moorhouse, M. F., & Murr, A. C. (2014). *Nursing Care Plans, Edition 9 - Murr, Alice, Doenges, Marilyn, Moorehouse, Mary*. 891.
- Efendy, M. A. (2017). Analysis of nursing documentation application standard with the quality of service in Inpatient Hospitals Gambiran. *Strada: Jurnal Ilmiah Kesehatan, 6*.
- Hameed, R. Y., & Allo, R. R. (2014). *Assessment of nurses' knowledge about nursing documentation*.
- Kadek Erna, N., Luh Putu Thrisna Dewi, N., & Azis, A. (2020). Kepatuhan perawat dalam melakukan dokumentasi asuhan keperawatan. *Journal of Holistic Nursing and Health Science, 3*(1), 17–23.
- KEMENKES. (2019). *PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA*.
- Kurniawati, A., Indrachyani, A., & Yatnikasari, A. (2019). The analysis of nursing care documentation in outpatient units. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS), 2*(3), 89–99. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i3.97>
- Lindo, J., Stennett, R., Stephenson-Wilson, K., Barrett, K. A., Bunnaman, D., Anderson-Johnson, P., Waugh-Brown, V., & Wint, Y. (2016). An audit of nursing documentation at Three Public Hospitals in Jamaica. *Journal of Nursing Scholarship, 48*(5), 499–507. <https://doi.org/10.1111/jnu.12234>
- Lismayanti. (2021). Hubungan motivasi perawat pelaksana dengan pendokumentasian asuhan keperawatan diruang rawat inap RSUD R Syamsudin SH kota Sukabumi. *Journal Health Society/*, *10*(2).
- Michel, L., Waelli, M., Allen, D., & Minvielle, E. (2017). The content and meaning of administrative work: a qualitative study of nursing practices. *Journal of Advanced Nursing, 73*(9), 2179–2190. <https://doi.org/10.1111/jan.13294>
- Müller Staub, Maria. (2007). *Evaluation of the implementation of nursing diagnostics : A study on the use of nursing diagnoses, interventions and outcomes in nursing documentation*.
- Myklebust, K. K., & Bjørkly, S. (2019). Development and reliability testing of the scale for the evaluation of staff-patient interactions in progress notes (SESPI): An assessment instrument of mental health nursing documentation. *Nursing Open, 6*(3), 790–798. <https://doi.org/10.1002/nop2.254>
- Ofi, B., & Sowunmi, O. (2012). Nursing documentation: Experience of the use of the nursing process model in selected hospitals in Ibadan, Oyo State, Nigeria. *International Journal of Nursing Practice, 18*(4), 354–362. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02044.x>
- Oldland, E., Botti, M., Hutchinson, A. M., & Redley, B. (2020). A framework of nurses' responsibilities for quality healthcare — Exploration of content validity. *Collegian, 27*(2), 150–163. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.07.007>
- Olivares Bøgeskov, B., & Grimshaw-Aagaard, S. L. S. (2019). Essential task or meaningless burden? Nurses' perceptions of the value of documentation. *Nordic Journal of Nursing Research, 39*(1), 9–19. <https://doi.org/10.1177/2057158518773906>
- Paans, W., Sermeus, W., Nieweg, R. M. B., & van der Schans, C. P. (2010). D-Catch instrument: Development and psychometric testing of a measurement instrument for nursing documentation in hospitals. *Journal of Advanced Nursing, 66*(6), 1388–1400. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05302.x>
- Roumeliotis, N., Parisien, G., Charette, S., Arpin, E., Brunet, F., & Jouvett, P. (2018). Reorganizing care with

- the implementation of electronic medical records: A time-motion study in the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 19(4), e172–e179. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001450>
- Schenk, E., Schleyer, R., Jones, C. R., Fincham, S., Daratha, K. B., & Monsen, K. A. (2017). Time motion analysis of nursing work in ICU, telemetry and medical-surgical units. *Journal of Nursing Management*, 25(8), 640–646. <https://doi.org/10.1111/jonm.12502>
- Supratti, & Ashriady. (2016). Pendokumentasian standar asuhan keperawatandi rumah sakit umum daerah Mamuju, Indonesia. *Jurnal Kesehatan MANARANG*, 2.
- Tackling Wasteful Spending on Health*. (2017).

Lampiran 1: Penggunaan Keuangan
Kahoot



Nota Pesanan

Nama Pembeli: webclothing

Nama Penjual: Toko Murah Mantab

Alamat Pembeli:

Jl sawah lio raya gg 8a rt 05 rw 08 no 8, KOTA JAKARTA BARAT, TAMBORA, DKI JAKARTA, ID, 11250

No. Handphone Pembeli: 6289662443112

No. Pesanan	Waktu Pembayaran	Metode Pembayaran	Jasa Kirim
230317N5K75G1Q	17/03/23	ShopeePay	Termasuk ongkos kirim

Rincian Pesanan

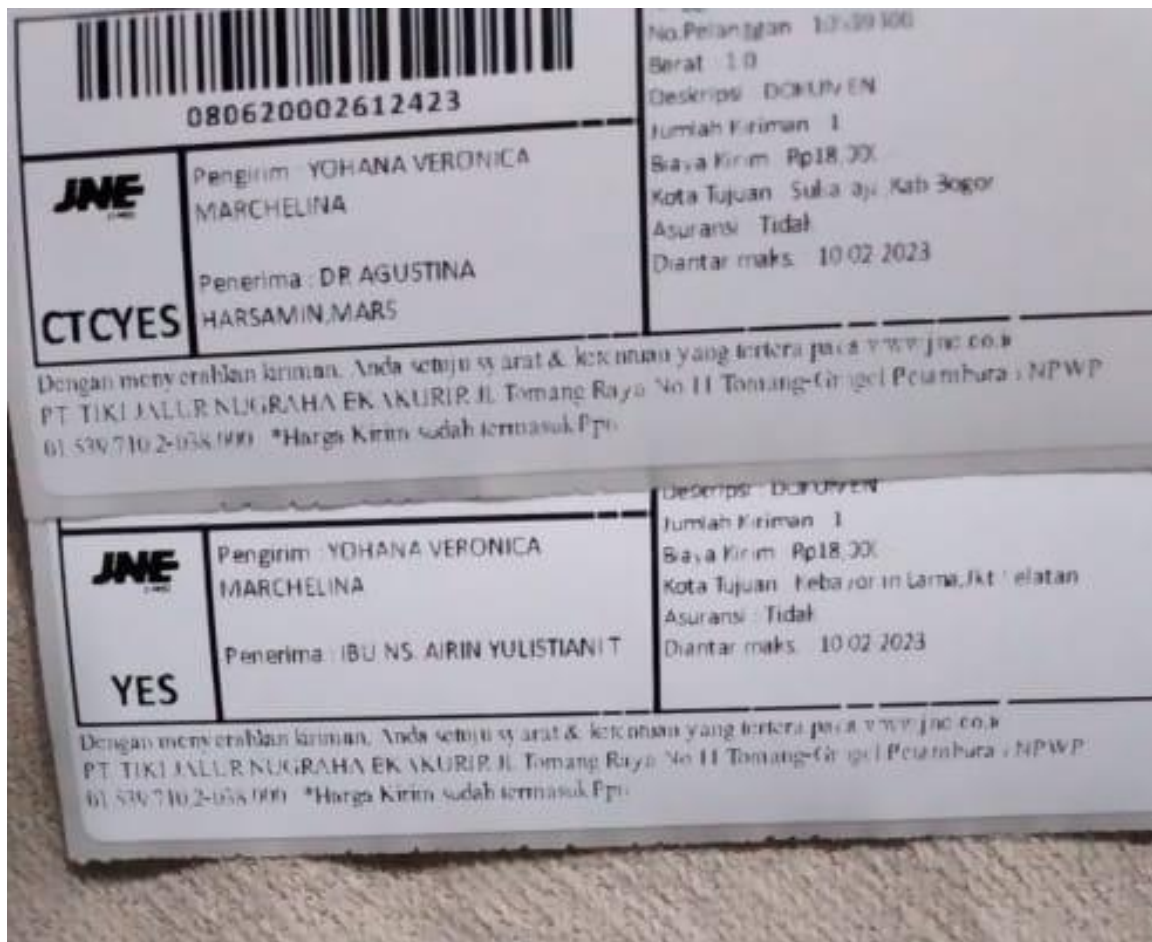
No.	Produk	Variasi	Harga Produk	Kuantitas	Subtotal
1	MF / Premium Ada Garansi Kahoot 100% Res mi 1 Bulan 3 Bulan 6 Bulan 2000 User Promo Murah Terbaru	Kahoot P m+ 1Bln	Rp52.964	1	Rp52.964

Subtotal **Rp52.964**
Total Kuantitas 1 produk

Subtotal untuk Produk	Rp52.964
Biaya Layanan	Rp1.000
Total Pembayaran	Rp53.964

Biaya pengiriman surat pertama dan kedua





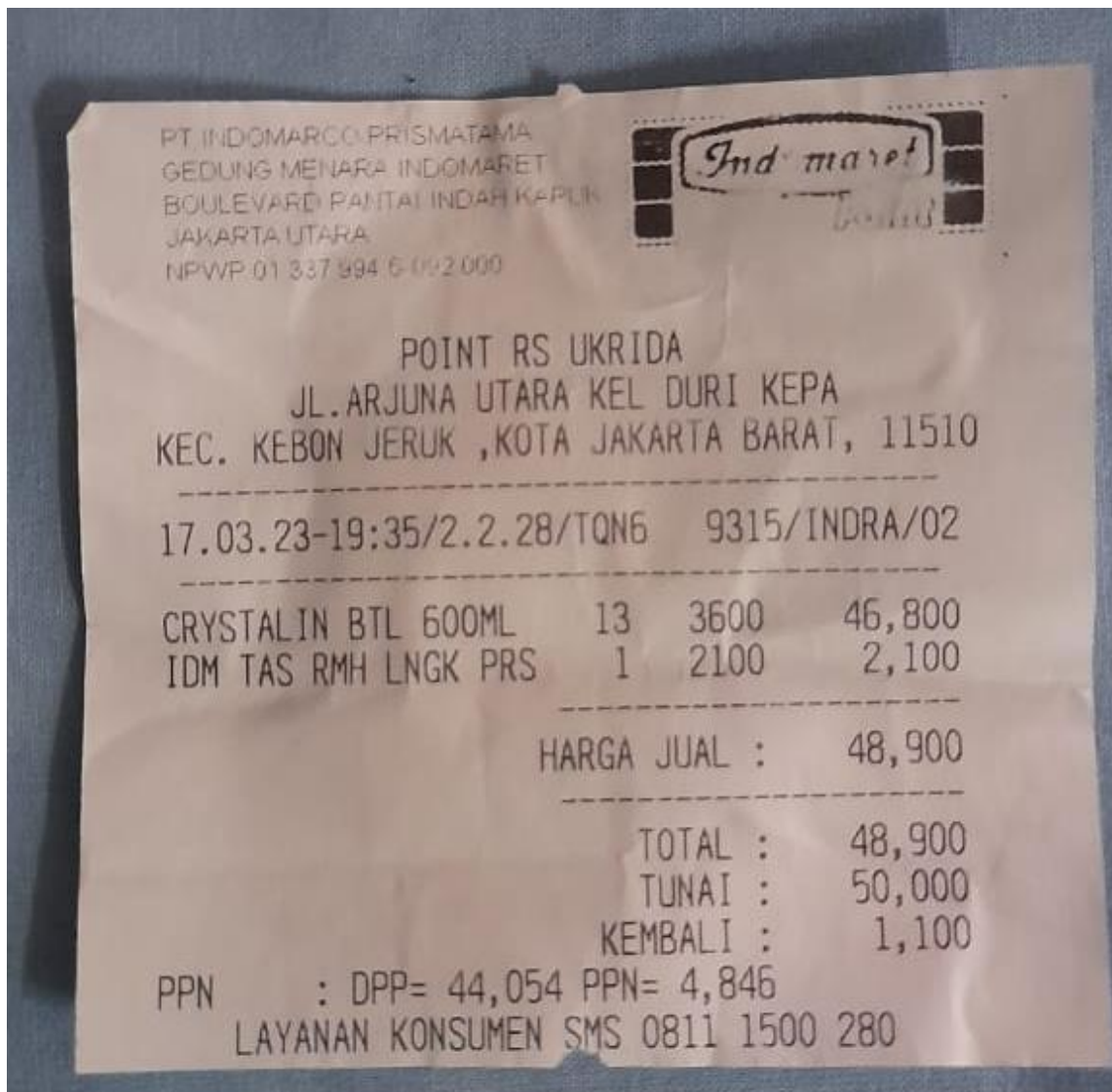
Rincian :

Pengiriman surat pertama (Arsip FIK UI dan Pembicara) : 1 surat Rp. 10.000 x 2 = Rp.20.000

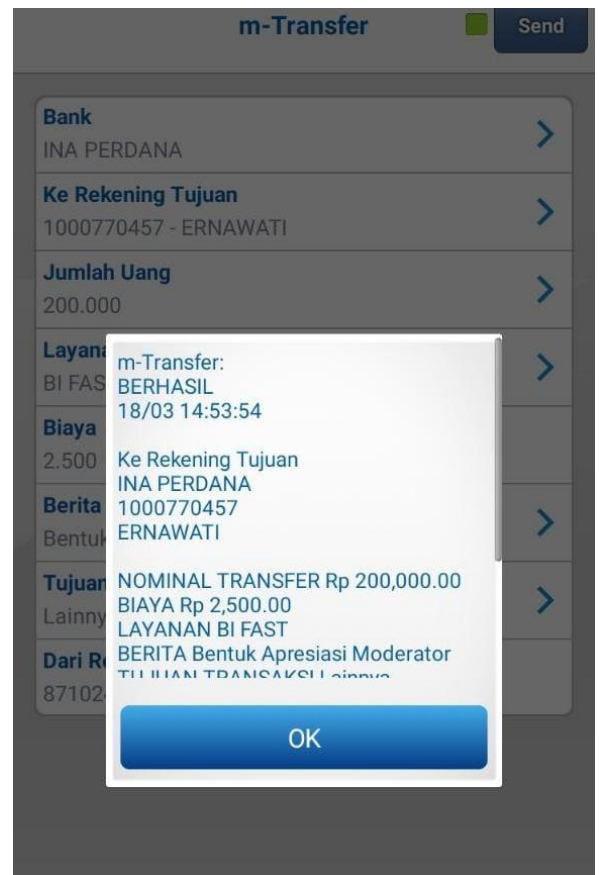
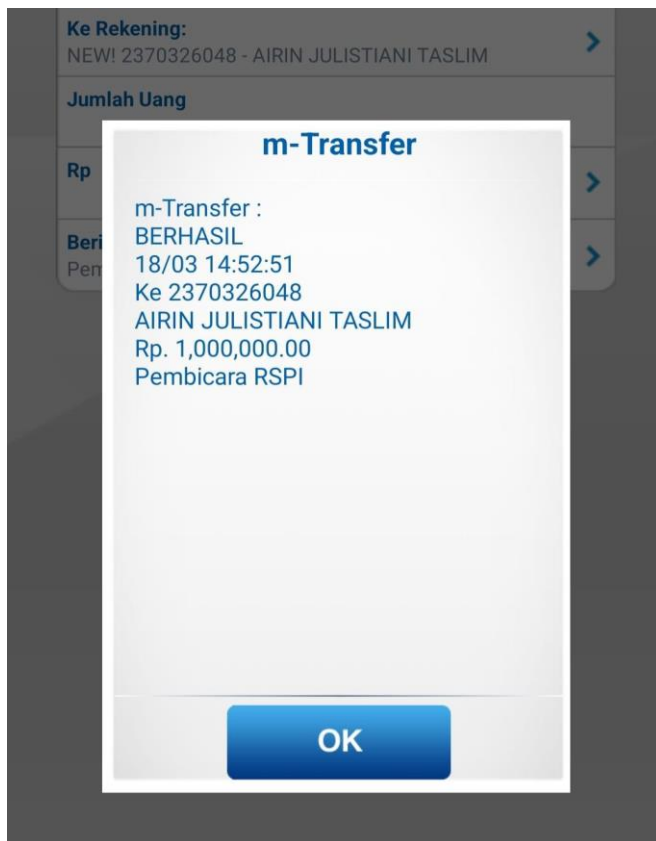
Pengiriman surat kedua (Arsip RSPI dan Pembicara): 1 surat Rp.18.000 x 2 = Rp. 36.000

Total semua biaya pengiriman surat = Rp.56.000

Biaya pembelian konsumsi



Bukti Bayar Pembicara dan Moderator



Transaksi berhasil diproses

18 March 2023 14:49:02 WIB

Rp1.000.000

Penerima **IBU SHANTI FARIDA RACHMI**
Bank Penerima **BNI**
Nomor Rekening **0212374806**
Berita Transfer **Pembicara FIK UI**

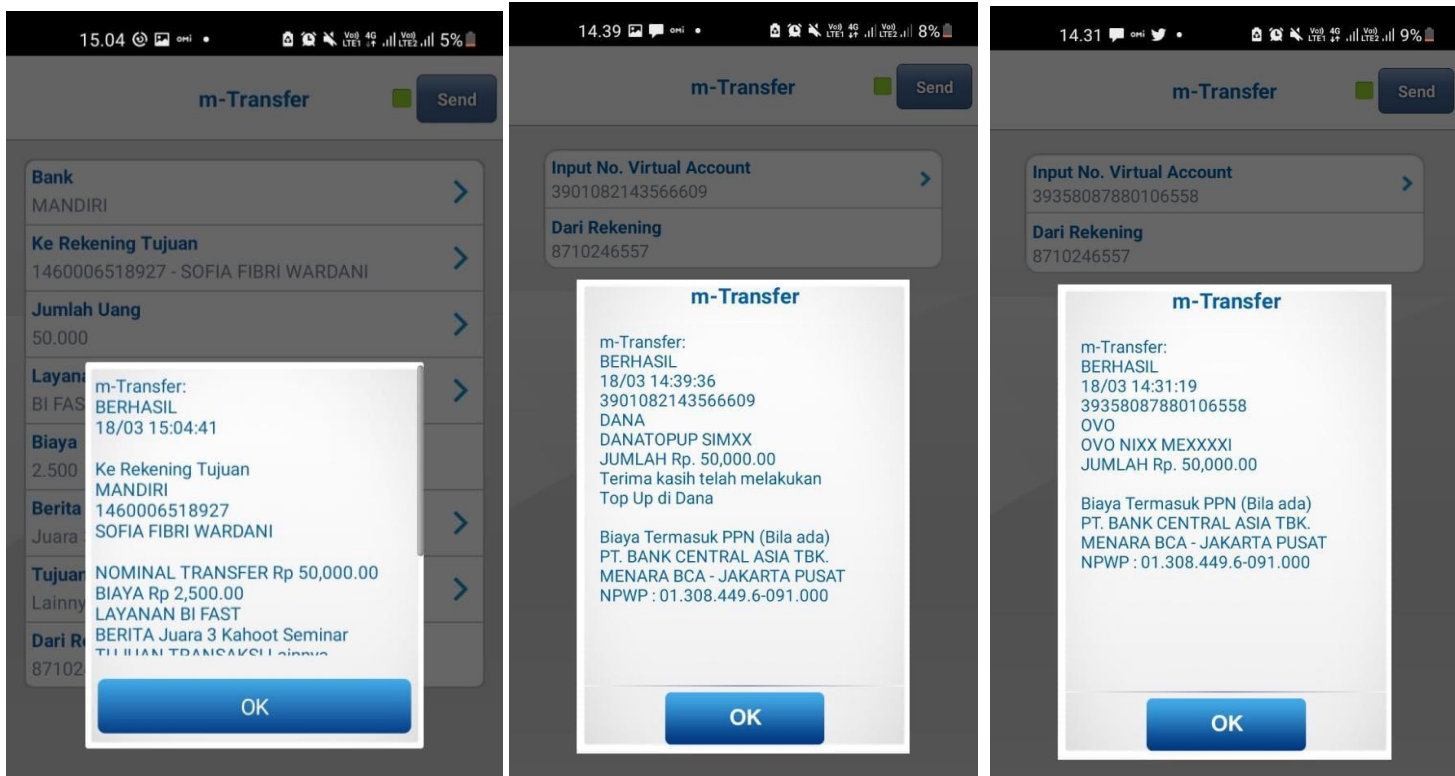
Pengirim **Permaida**
Transfer melalui **PT Fliptech Lentera**



Kegiatan transfer uang di Flip terlisensi oleh Bank Indonesia. Bertransaksi pun jadi lebih aman.

Total : 2.200.000,-

Bukti Bayar Pemenang Kuis Kahoot



Total: 150.000,-

Pembayaran DPW PPNI:



Transaksi berhasil diproses

07 March 2023 09:28:32 WIB

Rp1.550.000

Penerima	PERSATUAN PERAWAT NA
Bank Penerima	Mandiri
Nomor Rekening	0060000196661
Berita Transfer	Seminar UKRIDA

Pengirim	Permaida
Transfer melalui	PT Fliptech Lentera



Kegiatan transfer uang di Flip terlisensi oleh Bank Indonesia. Bertransaksi pun jadi lebih aman.

Pembayaran DPP PPNI :



ID #FT304923099

Transaksi berhasil diproses
31 March 2023 15:13:17 WIB

Rp1.750.000

Penerima - PERSATUAN PERAWAT NASIONAL
Bank Penerima BNI
Nomor Rekening 653966243
Berita Transfer UKRIDA SKPNasional

Pengirim Permaida
Transfer melalui PT Fliptech Lentera

 *Kegiatan transfer uang di Flip terlisensi oleh Bank Indonesia. Bertransaksi pun jadi lebih aman.*

OUR SPEAKERS

Untuk Perawat Rumah Sakit, Poli Klinik, Puskesmas

SEMINAR NASIONAL ONLINE LIVE

NURSING DOCUMENTATION

Pelaksanaan Pendokumentasian Keperawatan yang berkualitas di Pelayanan Kesehatan

START AT 07:30AM 

SABTU 18 Maret 2023 

REGISTER NOW

FREE

SCAN ME

e-Sertifikat SKP PPNI Pusat Door prize

CONTACT PERSON
(+62) 817-7942-2434 (Yohana)
(+62) 856-9120-3781 (Ester)

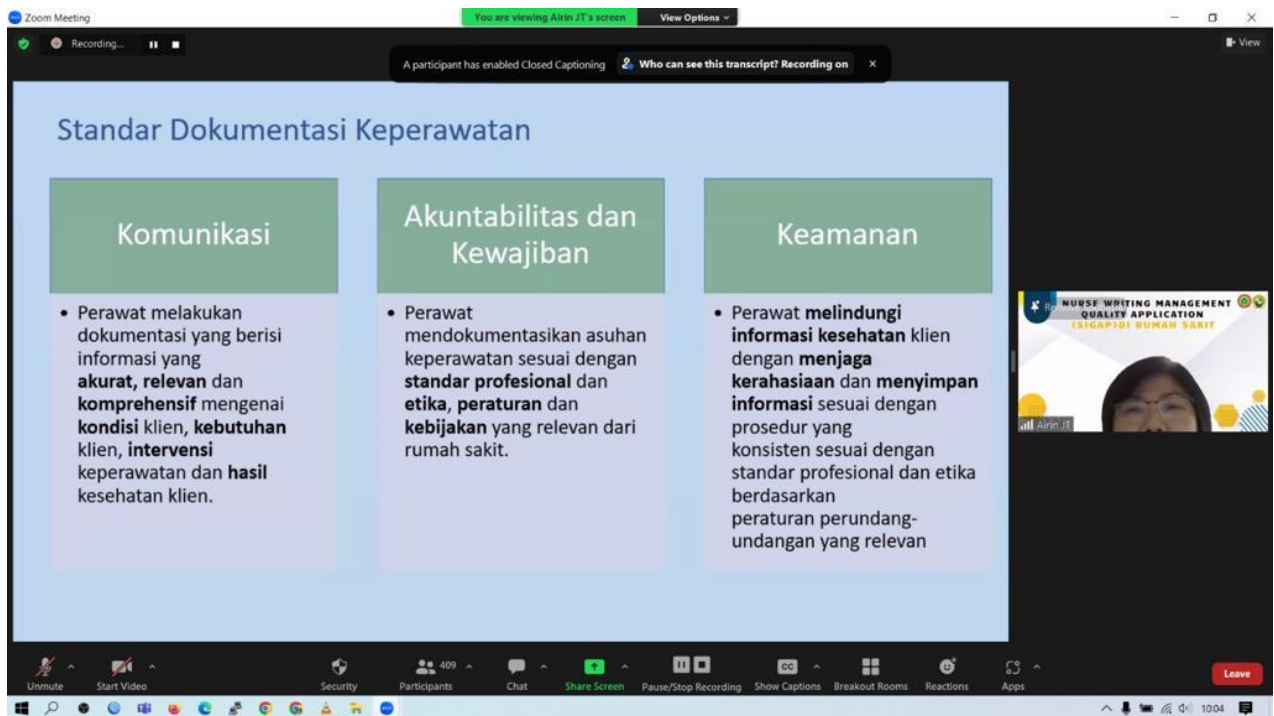
ukrida.ac.id

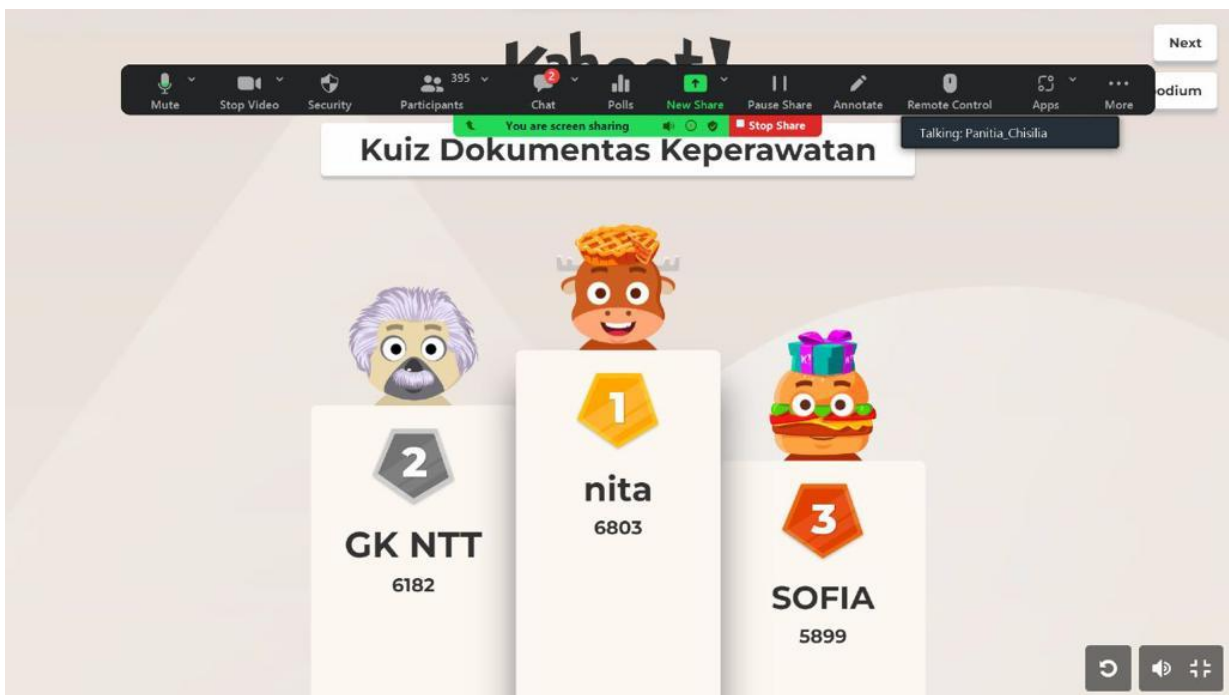
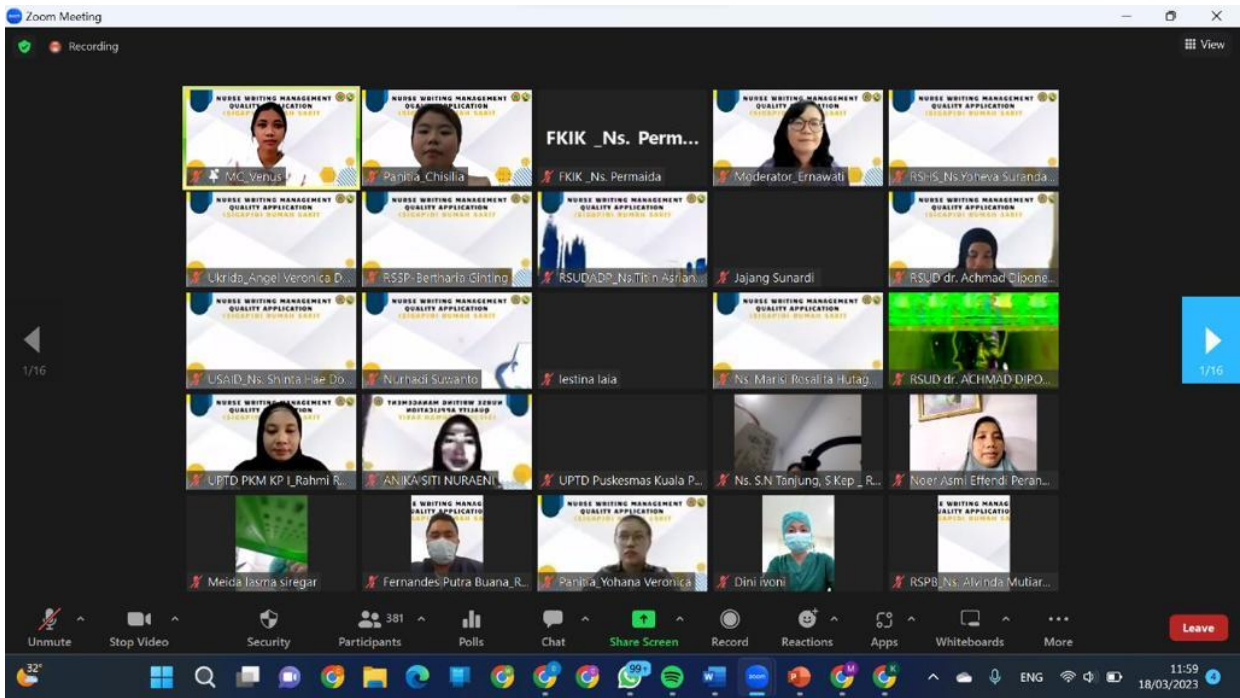
Speakers:

- Ns. Shanti Farida Rahmi, S.Kep.M.Kep.Sp.Kep.MB**
Dosen FIK UI
Standar Pendokumentasian Keperawatan
- Ns. Airin Yulistiani Taslim, S.Kep.MM**
Manager Keperawatan Rumah Sakit Pondok Indah Jakarta
Pelaksanaan Pendokumentasian dengan Standar JCI
- Ns. Permaid, M.Kep. Sp.Kep. A.**
Dosen FKIK UKRIDA
Hambatan Pendokumentasian Keperawatan dan Dampak bagi Akreditasi Rumah Sakit
- Ernawati, SKp., MNg.**
Dosen FKIK UKRIDA
Moderator

Lampiran 4

Dokumentasi Acara Seminar Nasional Dokumentasi Keperawatan



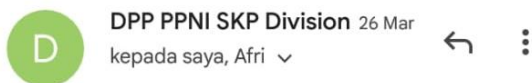


Lampiran 4 :



INVOICE SKP Fakultas
Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Kristen Krida ☆
Kencana (UKRIDA) Eksternal

Kotak Masuk



Kepada Yth.

Berdasarkan hasil telaah Tim Penilai SKP Dewan Pengurus Pusat PPNI, bersama ini kami informasikan bahwa surat permohonan SKP Bapak/Ibu mendapat persetujuan DPP.PPNI dengan ketentuan administrasi sebagai berikut:

1. Seminar Online "Nurse Writing Management Quality Application (SIGAP) di Rumah Sakit" tanggal 18 Maret 2023 Menggunakan Aplikasi Zoom Meeting: Rp 1.750.000,-

Biaya ditransfer melalui rekening PPNI Pusat: 653966243 a.n PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA YAYASAN Bank BNI 1946, Cab UI Depok/ Salemba. Kami mohon bukti transfer untuk dikirim ke email kami skp@ppni-inna.org setelah melakukan transaksi dan konfirmasi pembayaran dapat menghubungi 0896-6390-0596 an. Sdri Arisya Apriliyani (Icha).

MOHON MENJADI PERHATIAN!!!

Dana yang sudah ditranser tidak dapat di REFUND atau di ALOKASIKAN untuk kegiatan lainnya.

-

Terima Kasih 🙏🙏🙏

Salam Sehat.
Arisya Apriliyani (Icha).



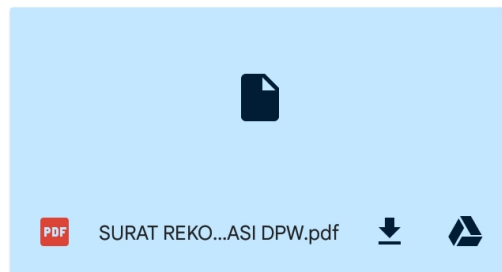
surat rekomendasi dpw Eksternal ☆

Kotak Masuk



Selamat pagi Sdr.Venus, berikut kami kirimkan surat rekomedasi DPW yang sudah terbit, bisa dilanjutkan ke DPP PPNI untuk rencana Seminar.

terima kasih





DEWAN PENGURUS WILAYAH
PERSATUAN PERAWAT NASIONAL INDONESIA
PROPINSI DKI JAKARTA
PUSAT PENGEMBANGAN PERAWAT JAKARTA
Jl. Lenteng Agung Raya, Gang Jl. H. Shibi No. 1A RT 01 RW 02
Srengseng Sewah Jagakarsa - Jakarta Selatan - DKI Jakarta. 12640
Telp. / WA : 0811-9292-997
E-mail : ppni_dki@yahoo.com | Website : www.ppni DKI.org

Nomor : 02175/DPW.PPNI/RK.S/III/2023
Lampiran : -
Perihal : Persetujuan dan Rekomendasi Kegiatan Wilayah

Jakarta, 09 Maret 2023

Kepada Yth.
Ketua DPP PPNI
Jl. Lenteng Agung Raya, Gg. Taupik No. 63, RT 06 RW 08
Lenteng Agung, Jagakarsa, Jakarta Selatan, DKI Jakarta. 12630.
Dj Jakarta

Dewan Pengurus Wilayah Persatuan Perawat Nasional Indonesia Provinsi DKI Jakarta dengan ini menerangkan bahwa :

Nama Pengusul : DPK PPNI RS UKRIDA
Jabatan Pengusul : Sekretaris
Lembaga Pengusul : DPK PPNI RS UKRIDA
Alamat Pengusul : Jln. Arjuna Utara no 145 RT 06/RW 02, Duri Kepa
Kec.Kebon Jeruk, Kota Jakarta Barat. Daerah khusus Ibukota Jakarta

Adalah benar telah mengusulkan permohonan **PERSETUJUAN PENYELENGGARAAN KEGIATAN WILAYAH** guna penyelenggaraan kegiatan "Nurse Writing Management Quality Application (SIGAP) di Rumah Sakit" tertanggal 18 Maret 2023 – 18 Maret 2023 bertempat di Zoom Meeting di Kampus Ukrida, maka dengan ini kami menyetujui penyelenggaraan kegiatan di wilayah kami untuk kegiatan yang dimaksud.

Biaya administrasi dan akreditasi dengan penilaian tersebut di atas adalah sebesar Rp. 750.000,- (tujuh ratus lima puluh ribu rupiah), biaya **unique identifier** PPNI DKI Jakarta sebesar Rp. 800.000,-. Total pembayaran sebesar Rp. 1.550.000,- (satu juta lima ratus lima puluh ribu rupiah). Biaya administrasi mohon ditransfer ke rekening **Bank Mandiri, 006-00-0019666-1** atas nama **Persatuan Perawat Nasional Indonesia DKI Jakarta**.

Demikian surat keterangan ini diberikan dengan sebenar-benarnya kepada penyelenggara, untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Dewan Pengurus Wilayah
Persatuan Perawat Nasional Indonesia
Provinsi DKI Jakarta

Ketua

Ns. Jajang Rahmat, M. Kep. Sp. Kep. Kom
NIRA : 31720002305



Sekretaris

Ns. Maryanto, SKM, S. Kep
NIRA : 31750002863

Tembusan Yth :
1. Divisi Diklat DPP PPNI
2. Divisi Diklat DPW PPNI DKI Jakarta
3. Arsip / Peringgal

Dokumen ini digenerated dari sistem. Berlaku sebagai copy dokumen sebagai lampiran elektronik.
Tidak sah sebagai dokumen tanpa kop surat, tanda tangan dan cap ASLI PPNI DKI Jakarta.



DPP PPNI SKP Division 17.00

kepada saya ✓



Kepada Yth.

Berikut ini kami kirimkan nomor SKP, sebagaimana berikut :

Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Kristen Krida Kencana (UKRIDA)	Seminar Online "Nurse Writing Management Quality Application (SIGAP) di Rumah Sakit"	18 Maret 2023	Menggunakan Aplikasi Zoom Meeting	KETERANGAN = Peserta : 3 (tiga) SKP Pembicara : 4 (empat) SKP Panitia/Moderator : 3 (tiga) SKP	NO. SKP: 0578/DPP.PPNI/SK/K.S/III/2023
---	--	---------------	-----------------------------------	--	--

--

Terima Kasih 🙏🙏🙏

Salam Sehat.
Arisya Apriliyani (Icha).

PEMBERITAHUAN:

Mohon untuk pengajuan SKP selanjutnya dapat diajukan melalui alamat email : skp@ppni-inna.org . Pengajuan SKP yang melalui alamat email dppppni1@gmail.com per 11 Januari 2019 tidak akan diproses.

Email SKP PPNI yang berlaku sejak 11 Januari 2019 adalah: skp@ppni-inna.org

Sekretariat | Secretarial Office

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI)
Indonesian National Nurses Association (INNA)

Link Materi Seminar Nasional:

<https://drive.google.com/drive/folders/1unit3-RozJKXZg1T9dffef5n9vXpRsTE?usp=sharing>

Link Sertifikat Peserta Seminar Nasional:

<https://drive.google.com/drive/folders/1zkUGeQtBmxfTE5rXYVeT6LTXJnp1SL0g>