

BAHAN AJAR
KEBIDANAN

DOKUMENTASI KEBIDANAN



» Sih Rini Handayani
Triwik Sri Mulyati



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2017

BAHAN AJAR
KEBIDANAN

DOKUMENTASI KEBIDANAN

» Sih Rini Handayani
Triwik Sri Mulyati



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

PUSAT PENDIDIKAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SUMBER DAYA MANUSIA KESEHATAN
EDISI TAHUN 2017

Hak Cipta dan Hak Penerbitan dilindungi Undang-undang

Cetakan pertama, Oktober 2017

Penulis : *Sih Rini Handayani, M.Mid*

Pengembang Desain Instruksional : *Sri Utami, S.ST., M.Kes.*

Desain oleh Tim P2M2 :

Kover & Ilustrasi : *Bangun Asmo Darmanto, S.Des.*

Tata Letak : *Ayuningtias Nur Aisyah, A.Md*

Jumlah Halaman : 232

DAFTAR ISI

BAB I: KONSEP DASAR DOKUMENTASI	1
Topik 1.	
Tujuan dan Fungsi Dokumentasi	2
Latihan	6
Ringkasan	7
Tes 1	7
Topik 2.	
Prinsip-Prinsip Dokumentasi	10
Latihan	14
Ringkasan	15
Tes 2	15
Topik 3.	
Aspek Legal dalam Dokumentasi	18
Latihan	20
Ringkasan	21
Tes 3	21
Topik 4.	
Manfaat Dokumentasi Kebidanan	24
Latihan	27
Ringkasan	27
Tes 4	28
KUNCI JAWABAN TES	30
GLOSARIUM	31
DAFTAR PUSTAKA	32
BAB II: TEKNIK DOKUMENTASI	33
Topik 1.	
Pentingnya Dokumentasi Naratif	34
Latihan	39

Ringkasan	40
Tes 1	40
 Topik 2.	
Teknik Dokumentasi <i>Flow Sheet</i>	43
Latihan	47
Ringkasan	47
Tes 2	48
 KUNCI JAWABAN TES	
GLOSARIUM	52
DAFTAR PUSTAKA	53
 BAB III: MODEL DOKUMENTASI	
54	
 Topik 1.	
Model Dokumentasi <i>Problem Oriented Record (POR)</i>	55
Latihan	59
Ringkasan	60
Tes 1	60
 Topik 2.	
Model Dokumentasi <i>Sourch Oriented Record (SOR)</i>	63
Latihan	65
Ringkasan	66
Tes 2	66
 Topik 3.	
Model Dokumentasi <i>Charting By Exception (CBE)</i>	69
Latihan	73
Ringkasan	73
Tes 3	74
 Topik 4.	
Model Dokumentasi <i>Kardek</i>	77
Latihan	79
Ringkasan	79
Tes 4	80

Topik 5.	
Model Dokumentasi Sistem Komputerisasi (<i>Computer Based Patient Record / CPR</i>).....	83
Latihan	86
Ringkasan	86
Tes 5	86
KUNCI JAWABAN TES	89
GLOSARIUM	90
DAFTAR PUSTAKA	91
BAB IV: SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DAN SISTEM DOKUMENTASI PELAYANAN	92
Topik 1.	
Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik di Rumah Sakit	93
Latihan	98
Ringkasan	98
Tes 1	99
Topik 2.	
Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik di Puskesmas dan Praktik Mandiri Bidan (PMB)	101
Latihan	107
Ringkasan	107
Tes 2	108
Topik 3.	
Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Jalan	110
Latihan	111
Ringkasan	112
Tes 3	112
Topik 4.	
Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Inap	114
Latihan	117
Ringkasan	117
Tes 4	118

KUNCI JAWABAN TES	119
GLOSARIUM	120
DAFTAR PUSTAKA	121
BAB V: METODE DOKUMENTASI, PRINSIP PENDOKUMENTASIAN DAN PERANCANGAN FORMAT	122
Topik 1.	
Metode Dokumentasi	123
Latihan	129
Ringkasan	130
Tes 1	130
Topik 2.	
Prinsip Pendokumentasian Manajemen Kebidanan	132
Latihan	139
Ringkasan	140
Tes 2	141
Topik 3.	
Rancangan Format Pendokumentasian	142
Latihan	164
Ringkasan	164
Tes 2	164
KUNCI JAWABAN TES	166
GLOSARIUM	167
DAFTAR PUSTAKA	168
BAB VI: PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN SOAP	169
Topik 1.	
Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan dengan SOAP	170
Latihan	198
Ringkasan	198
Tes 1	199

Topik 2.	
Contoh Kasus Asuhan Kebidanan dengan SOAP	201
Latihan	221
Ringkasan	222
Tes 2	222
KUNCI JAWABAN TES	224
DAFTAR PUSTAKA	225

BAB I

KONSEP DASAR DOKUMENTASI

Triwik Sri Mulati, M.Mid

PENDAHULUAN

Mahasiswa Rekognisi Pembelajaran Lampau (RPL) DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Bab I mata kuliah dokumentasi kebidanan. Dokumentasi adalah pencatatan dan pelaporan data yang bermakna. Sebagai tenaga kesehatan, seorang bidan sangat bersinggungan dengan data yang bermakna/penting yang berkaitan dengan kondisi klien yang diasuhnya, untuk itu bidan perlu melakukan pendokumentasian. Apakah Anda pernah memiliki pertanyaan tentang mengapa bidan seharusnya melakukan pendokumentasian? Bagaimana jika seorang bidan tidak pernah mencatat dan melaporkan kondisi kliennya? Apakah yang akan terjadi? Nah...pertanyaan tersebut akan bisa Anda temukan jawabannya di dalam Bab I ini.

Pada Bab I ini Anda diajak untuk mempelajari tentang konsep dasar dokumentasi, yang terdiri dari empat topik sebagai berikut.

1. Tujuan dan fungsi dokumentasi;
2. Prinsip-prinsip dokumentasi;
3. Aspek legal dalam dokumentasi, dan
4. Manfaat dokumentasi kebidanan.

Selanjutnya setelah selesai mempelajari Bab I ini, Anda diharapkan memiliki kemampuan untuk menjelaskan kembali tentang konsep dasar dokumentasi yang meliputi kemampuan untuk menjelaskan tentang tujuan dan fungsi, prinsip-prinsip, aspek legal, dan manfaat dokumentasi kebidanan.

Topik 1

Tujuan dan Fungsi Dokumentasi

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 1 tentang tujuan dan fungsi dokumentasi. Di Topik 1 ini kita akan mempelajari tentang tujuan dilakukannya pendokumentasian dan fungsi dari pendokumentasian tersebut. Tapi sebelum mempelajari dua hal tersebut, Anda perlu tahu terlebih dahulu tentang pengertian dari dokumentasi.

Mungkin sebagian dari Anda yang sudah pernah memberikan asuhan kebidanan akan merasakan sedikit kerepotan ketika harus banyak melakukan pencatatan dan pelaporan data klien. Bahkan mungkin ada yang memiliki perasaan bahwa pendokumentasian itu banyak membuang waktu. Tapi pernahkan Anda bayangkan apabila dalam melakukan asuhan kebidanan kepada klien tidak memiliki pendokumentasian sama sekali. Bisakah Anda mempertanggungjawabkan asuhan yang Anda berikan tersebut? Nah, saya mengajak Anda untuk mulai mencermati dari materi yang ada di Topik 1. Selain itu Anda juga dapat menambah informasi dari referensi lain yang telah dianjurkan sehingga Anda akan memiliki pengetahuan yang dalam tentang tujuan dan fungsi dokumentasi. Selamat belajar!

A. PENGERTIAN DOKUMENTASI

Apakah yang dimaksud dengan “Dokumentasi”? Dalam bukunya Wildan dan Hidayat (2009) menyatakan bahwa secara umum dokumentasi merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sementara itu, sumber lain oleh Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010), menjelaskan bahwa dokumentasi berasal dari kata dokumen yang berarti bahan pustaka, baik yang berbentuk tulisan maupun rekaman lainnya seperti dengan pita suara/*cassete*, video, film, gambar, dan foto. Sedangkan dalam kamus besar Bahasa Indonesia, dokumentasi adalah surat yang tertulis/tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti keterangan (seperti akta kelahiran, surat nikah, surat perjanjian, dan sebagainya). Dokumen dalam Bahasa Inggris berarti satu atau lebih lembar kertas resmi (*official*) dengan tulisan di atasnya. Dokumentasi adalah suatu proses pencatatan, penyimpanan informasi data atau fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan. Secara umum dokumentasi dapat diartikan sebagai suatu catatan otentik atau semua surat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) Muslihatun, Mudlilah, Setyawati, 2009). Dokumentasi kebidanan juga

diartikan sebagai bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri

Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Selain sebagai sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Disamping itu, dokumentasi berperan sebagai pengumpul, penyimpan, dan penyebarluasan informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian (Fischbach dalam Wildan dan Hidayat, 2009). Dengan kata lain, dokumentasi digunakan sebagai suatu keterangan, baik tertulis maupun terekam, mengenai data subyektif yang diambil dengan anamnesa (wawancara), hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laborat, USG dsb), analisa (diagnosa), perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi, tindakan medis, pengobatan yang diberikan kepada klien baik rawat jalan maupun rawat inap, serta pelayanan gawat darurat.

Berdasarkan penjelasan di atas, maka dapat disimpulkan bahwa Dokumentasi Kebidanan adalah proses pencacatan dan penyimpanan data-data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan. Untuk memperjelas perbedaan arti antara istilah asuhan kebidanan dengan pelayanan kebidanan, maka akan kita bahas sebagai berikut. Asuhan kebidanan diartikan sebagai asuhan kebidanan yang diberikan kepada individu/satu klien. Contohnya yaitu asuhan kebidanan pada ibu hamil. Dalam hal ini bidan melakukan asuhan kebidanan pada satu ibu hamil. Sedangkan yang dimaksud dengan pelayanan kebidanan adalah asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan kepada sekelompok individu atau kepada masyarakat. Contohnya yaitu asuhan kebidanan yang diberikan kepada sekelompok ibu hamil seperti penyuluhan kepada sekelompok ibu PKK.

Isi dan kegiatan dokumentasi apabila diterapkan dalam asuhan kebidanan meliputi beberapa hal sebagai berikut.

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang essensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi.
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
4. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
5. Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.

Dokumentasi mempunyai 2 sifat yaitu tertutup dan terbuka. Tertutup apabila di dalam berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan, dan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi.

Pendokumentasian dari asuhan kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik. Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang memberi bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.

B. TUJUAN DAN FUNGSI DOKUMENTASI

Mahasiswa RPL DIII kebidanan yang saya banggakan, sekarang kita akan membahas tentang alasan seorang bidan wajib melakukan pendokumentasian. Pendokumentasian penting dilakukan oleh bidan mengingat dokumentasi memiliki fungsi yang sangat penting.

Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini.

1. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.
2. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya.

Berdasarkan pendapat Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009) bahwa catatan pasien merupakan suatu dokumentasi legal berbentuk tulisan, meliputi keadaan sehat dan sakit pasien pada masa lampau dan masa sekarang, menggambarkan asuhan kebidanan yang diberikan. Dokumentasi asuhan kebidanan pada pasien dibuat untuk menunjang tertibnya administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di tempat-tempat pelayanan kebidanan seperti di uskesmas, rumah bersalin, atau bidan praktik swasta. Semua instansi kesehatan memiliki dokumen pasien yang dirawatnya, walaupun bentuk formulir dokumen masing-masing instansi berbeda. Tujuan dokumen pasien adalah untuk menunjang tertibnya administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit/puskesmas. Selain sebagai suatu dokumen rahasia, catatan tentang pasien juga mengidentifikasi pasien dan asuhan kebidanan yang telah diberikan.

Adapun tujuan dokumentasi kebidanan menurut Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009) adalah sebagai sarana komunikasi. Komunikasi terjadi dalam tiga arah sebagai berikut.

1. Ke bawah untuk melakukan instruksi.
2. Ke atas untuk member laporan.
3. Ke samping (lateral) untuk member saran.

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk beberapa hal berikut ini.

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
 - a. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, atau tindakan yang mungkin tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien.

- b. Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya karena dengan pendokumentasian, bidan tidak banyak menghabiskan waktu untuk berkomunikasi secara oral. Contoh: Seorang bidan melakukan pencatatan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakannya sehingga bidan lain dapat mengetahui asuhan kebidanan tersebut dari catatan.
2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.

Bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan kebidanan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan bidan dalam melaksanakan tugasnya. Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan *settle concern*, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum.
3. Sebagai informasi statistik.

Data statistik dari dokumentasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana, dan teknis. Penting kiranya untuk terus menerus memberi informasi kepada orang tentang apa yang telah, sedang, dan akan dilakukan, serta segala perubahan dalam pekerjaan yang telah ditetapkan.
4. Sebagai sarana pendidikan.

Dokumentasi asuhan kebidanan yang dilaksanakan secara baik dan benar akan membantu para siswa kebidanan maupun siswa kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapatkan pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan.
5. Sebagai sumber data penelitian.

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan kebidanan yang diberikan, sehingga melalui penelitian dapat diciptakan satu bentuk pelayanan keperawatan dan kebidanan yang aman, efektif, dan etis.
6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan kebidanan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan. Suatu perbaikan tidak dapat diwujudkan tanpa dokumentasi yang kontinu, akurat, dan rutin baik yang dilakukan oleh bidan maupun tenaga kesehatan lainnya. Audit jaminan kualitas membantu untuk menetapkan suatu akreditasi pelayanan kebidanan dalam mencapai standar yang telah ditetapkan.
7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.

Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh asuhan kebidanan yang dilakukan.

8. Untuk menetapkan prosedur dan standar.

Prosedur menentukan rangkaian kegiatan yang akan dilaksanakan, sedangkan standar menentukan aturan yang akan dianut dalam menjalankan prosedur tersebut.

9. Untuk mencatat.

Dokumentasi akan diperlukan untuk memonitor kinerja peralatan, sistem, dan sumber daya manusia. Dari dokumentasi ini, manajemen dapat memutuskan atau menilai apakah departemen tersebut memenuhi atau mencapai tujuannya dalam skala waktu dan batasan sumber dayanya. Selain itu manajemen dapat mengukur kualitas pekerjaan, yaitu apakah outputnya sesuai dengan spesifikasi dan standar yang telah ditetapkan.

10. Untuk memberi instruksi.

Dokumentasi yang baik akan membantu dalam pelatihan untuk tujuan penanganan instalasi baru atau untuk tujuan promosi.

Selanjutnya, tujuan dari dilakukannya dokumentasi kebidanan menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) meliputi dua hal berikut ini.

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan.
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.
3. Terkait penelitian, keuangan, hukum, dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut.
 - a. Bukti kualitas asuhan kebidanan.
 - b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien.
 - c. Informasi terhadap perlindungan individu.
 - d. Bukti aplikasi standar praktik kebidanan.
 - e. Sumber informasi statistik untuk standar dan riset kebidanan.
 - f. Pengurangan biaya informasi.
 - g. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
 - h. Komunikasi konsep risiko tindakan kebidanan.
 - i. Informasi untuk mahasiswa.
 - j. Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggungjawab etik.
 - k. Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
 - l. Suatu data keuangan yang sesuai.
 - m. Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian dokumentasi kebidanan!

- 2) Jelaskan apakah fungsi pentingnya dokumentasi kebidanan!
- 3) Jelaskan tujuan dokumentasi kebidanan!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian dokumentasi kebidanan.
- 2) Fungsi pentingnya dokumentasi kebidanan.
- 3) Tujuan dokumentasi kebidanan.

Ringkasan

Dokumentasi kebidanan adalah proses pencacatan dan penyimpanan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan asuhan kebidanan dan pelayanan kebidanan. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan adalah untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan dan sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya. Tujuan dilakukannya dokumentasi kebidanan adalah untuk mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan serta sebagai dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum dan etika.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari dokumentasi kebidanan adalah....
 - A. Proses pencacatan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan askeb dan pelayanan kebidanan
 - B. Proses penyimpanan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan askeb dan pelayanan kebidanan
 - C. Proses pencacatan dan penyimpanan data yang tidak bermakna dalam pelaksanaan kegiatan askeb dan pelayanan kebidanan
 - D. Proses pencacatan dan penyimpanan data yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan askeb dan pelayanan kebidanan
- 2) Fungsi pentingnya dokumentasi kebidanan adalah....
 - A. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang belum dilakukan bidan
 - B. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang akan dilakukan bidan
 - C. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan
 - D. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang belum dilakukan tenaga kesehatan

■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ■

- 3) Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya adalah merupakan.....dari dokumentasi kebidanan.
- A. Pengertian
 - B. Fungsi
 - C. Tujuan
 - D. Manfaat
- 4) Tujuan dari dokumentasi kebidanan adalah....
- A. Tidak mengkomunikasikan konsep resiko tindakan kebidanan
 - B. Bukan bukti aplikasi standar praktik kebidanan
 - C. Tidak memberi pengaruh pengurangan biaya informasi
 - D. Tidak membocorkan kerahasiaan informasi klien
- 5) Informasi untuk mahasiswa adalah salah satu dari.....dokumentasi kebidanan.
- A. Fungsi
 - B. Tujuan
 - C. Manfaat
 - D. Keuntungan
- 6) Tujuan dari dokumentasi kebidanan adalah....
- A. Untuk data keuangan yang tidak sesuai
 - B. Dokumentasi untuk tenaga non professional
 - C. Untuk tanggungjawab etik
 - D. Informasi terhadap perlindungan umum
- 7) Asuhan kebidanan adalah asuhan yang dilakukan bidan kepada....
- A. Sekelompok ibu hamil
 - B. Sekelompok ibu bersalin
 - C. Sekelompok ibu nifas
 - D. Satu ibu hamil
- 8) Pelayanan kebidanan adalah asuhan yang dilakukan bidan kepada....
- A. Satu ibu Hamil
 - B. Satu ibu bersalin
 - C. Satu ibu nifas
 - D. Sekelompok ibu hamil
- 9) Sebagai bukti kualitas asuhan kebidanan merupakan.....dokumentasi kebidanan.
- A. Tujuan
 - B. Fungsi
 - C. Manfaat
 - D. Pengertian

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

10) Mengidentifikasi status kesehatan klien merupakan....dokumentasi kebidanan.

- A. Tujuan
- B. Fungsi
- C. Manfaat
- D. Pengertian

Topik 2

Prinsip-Prinsip Dokumentasi

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 2. Di Topik 2 ini kita akan mempelajari tentang prinsip-prinsip penulisan dokumentasi. Saya yakin hampir semua dari Anda sudah pernah melakukan pendokumentasian. Pada saat mendokumentasikan data kebidanan, mungkin ada banyak dari Anda yang bertanya pada diri sendiri apakah dokumentasi yang Anda buat itu sudah benar atau belum. Jika Anda telah mempelajari Topik 1 maka Anda tentunya sepakat bahwa dokumentasi sangat penting karena dapat dipakai sebagai pembela saat ada gugatan dari klien. Dengan kata lain, dokumentasi kebidanan memiliki legalitas tinggi. Agar dokumentasi yang Anda buat itu tetap memiliki nilai legalitas yang tinggi maka dalam mendokumentasikan data harus dibuat atau ditulis dengan prinsip yang benar. Nah, bagaimana prinsip-prinsip dokumentasi yang benar? Akan kita diskusikan di Topik 2 ini. Selamat belajar!

A. PRINSIP - PRINSIP DOKUMENTASI

Bagaimana prinsip-prinsip penulisan dokumentasi? Pertanyaan tersebut akan didiskusikan dan dijawab dalam Topik 2 ini. Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), prinsip-prinsip pendokumentasian harus memenuhi prinsip lengkap, teliti, berdasarkan fakta, logis dan dapat dibaca. Masing-masing prinsip tersebut akan dijelaskan sebagai berikut.

1. Lengkap

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip lengkap. Prinsip lengkap di sini berarti:

- a. Mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan.
- b. Catatan kebidanan terdiri dari semua tahap proses kebidanan.
- c. Mencatat tanggapan bidan/perawat.
- d. Mencatat tanggapan pasien.
- e. Mencatat alasan pasien dirawat.
- f. Mencatat kunjungan dokter.

2. Teliti

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip teliti. Prinsip teliti meliputi:

- a. Mencatat setiap ada perubahan rencana kebidanan.
- b. Mencatat pelayanan kesehatan.
- c. Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan.
- d. Mencantumkan tanda tangan/paraf bidan.

- e. Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik.
- f. Catatan hasil pemeriksaan ada kesesuaian dengan hasil laboratorium/instruksi dokter.

3. Berdasarkan fakta

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip berdasarkan fakta.

Prinsip berdasarkan fakta mencakup hal berikut ini:

- a. Mencatat fakta daripada pendapat.
- b. Mencatat informasi yang berhubungandalam bagan/laboratorium.
- c. Menggunakan bahasa aktif.

4. Logis

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip logis.

Prinsip logis meliputi:

- a. Jelas dan logis.
- b. Catatan secara kronologis.
- c. Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar.
- d. Penulisan dimulai dengan huruf besar.
- e. Setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu (jam, hari, tanggal, bulan dan tahun).

5. Dapat dibaca

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip dapat dibaca.

Prinsip dapat dibaca meliputi:

- a. Tulisan dapat dibaca.
- b. Bebas dari catatan dan koreksi.
- c. Menggunakan tinta.
- d. Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan.

Selain prinsip tersebut diatas, Wildan dan Hidayat (2009) juga menyebutkan bahwa ketika melakukan pendokumentasian, ada persyaratan dokumentasi kebidanan yang perlu diketahui, diantaranya sebagai berikut:

1. Kesederhanaan

Penggunaan kata kata yang sederhana mudah dibaca, mudah dimengerti dan menghindari istilah yang sulit dipahami.

2. Keakuratan

Data yang diperoleh harus benar benar akurat berdasarkan informasi yang telah dikumpulkan. Selain itu terdapat kejelasan bahwa data yang diperoleh berasal dari pasien. Dengan demikian, dapat ditarik kesimpulan yang otentik dan akurat serta terhindar dari kesimpulan yang menyimpang.

3. Kesabaran

Gunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi kebidanan dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data pasien yang telah atau sedang diperiksa.

4. Ketepatan

Ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat mutlak. Untuk memperoleh ketepatan diperlukan ketelitian penggunaan seperti penilaian gambaran klinis pasien, hasil laboratorium, pemeriksaan tambahan, pencatatan terhadap setiap rencana tindakan, pelayanan kesehatan, observasi yang dilakukan pada lembar atau bagan yang ditentukan, dan kesesuaian hasil pemeriksaan dengan hasil atau intruksi dokter dan tenaga kesehatan lainnya, dimana kesalahan dikoreksi dengan baik dan pada tanda bukti pencantuman ditandatangani oleh pihak-pihak yang berwenang.

5. Kelengkapan

Pencatatan terhadap semua pelayanan yang diberikan, tanggapan bidan, tanggapan pasien, alasan pasien dirawat, kunjungan dokter, dan tenaga kesehatan lainnya beserta advisnya yang terdiri dari 5 atau 7 tahap asuhan kebidanan.

6. Kejelasan dan keobjektifan

Dokumentasi kebidanan memerlukan kejelasan dan keobjektifan dari data yang ada, bukan merupakan data fiktif dan samar yang dapat menimbulkan kerancuan. Data untuk dokumentasi kebidanan harus logis, jelas, rasional, kronologis, serta mencantumkan nama dan nomor register. Penulisan dimulai dengan huruf besar dan setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu.

Menurut Fauziah, Afroh dan Sudaarti (2010), prinsip prinsip dokumentasi adalah sebagai berikut:

1. Dokumentasi secara lengkap tentang suatu masalah penting yang bersifat klinis. Dokumentasi kebidanan bertujuan untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien. Rekam medis dipergunakan dalam pendokumentasian asuhan kebidanan untuk memenuhi kewajiban profesional bidan dalam mengomunikasikan informasi penting. Data dalam catatan tersebut harus berisi informasi spesifik yang memberi gambaran tentang kondisi pasien dan pemberian asuhan kebidanan, juga tentang evaluasi status pasien.
2. Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data. Setiap kali melakukan pencatatan, perlu dicantumkan nama bidan yang bertugas serta waktu pencatatan.
3. Tulislah dengan jelas dan rapi. Tulisan yang jelas dan rapi akan menghindarkan kita dari kesalahan persepsi. Selain itu, dapat menunjang tujuan dari pendokumentasian, yakni terjalinnya komunikasi dengan tim tenaga kesehatan lain. Tulisan yang tidak jelas dan tidak rapi akan menimbulkan kebingungan serta menghabiskan banyak waktu untuk dapat memahaminya. Lebih bahaya lagi dapat menimbulkan cedera pada pasien jika ada informasi penting yang disalahartikan akibat ketidakjelasan tulisan tangan.

4. Gunakan ejaan dan kata kata baku serta tata bahasa medis yang tepat dan umum. Pencatatan yang berisi kata kata yang salah dan tata bahasa yang tidak tepat akan memberi kesan negatif kepada tenaga kesehatan lain. Hal tersebut menunjukkan kecerobohan dalam pendokumentasian. Apabila muncul akan sulit dicari kebenarannya karena tidak adanya bukti yang jelas. Untuk menghindarikesalahan dalam penggunaan kata baku, dapat dilakukan dengan menggunakan kamus kedokteran, kebidanan dan keperawatan, menuliskan daftar kata yang sering salah eja, ataupun menuliskan kalimat yang sering tidak jelas maknanya. Hindari penggunaan kata-kata yang panjang, tidak perlu, dan tidak bermanfaat. Selain itu, identifikasi dengan jelas subjek dari setiap kalimat.
5. Gunakan alat tulis yang terliha jelas, seperti tinta untuk menghindari terhapusnya catatan.
Dalam pencatatan, penggunaan alat tulis yang baik dengan tinta, baik hitam maupun biru, dapat membantu tidak terhapusnya catatan. Bila menggunakan alat tulis yang bersifat mudah terhapus dan hilang seperti pensil, akan dapat menimbulkan kesalahan-kesalahan interpretasi dalam pencatatan.
6. Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian.
Sebagian besar rumah sakit atau pelayanan kesehatan mempunyai daftar singkatan yang disepakati. Daftar ini harus tersedia bagi seluruh petugas kesehatan yang membuat dokumentasi dalam rekam medis, baik tenaga medis maupun mahasiswa yang melakukan praktik di institusi pelayanan.
7. Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital.
Catatan dalam bentuk grafik dapat digunakan sebagai pengganti penulisan tanda vital dari laporan perkembangan. Hal ini memudahkan pemantauan setiap saat dari pasien terkait dengan perkembangan kesehatannya.
8. Catat nama pasien di setiap halaman.
Pencatatan nama pasien pada setiap halaman bertujuan untuk mencegah terselipnya halaman yang salah ke dalam catatan pasien dengan cara memberi stempel atau label pada setiap halaman dengan menginformasikan identitas pasien.
9. Berhati hati ketika mencatat status pasien dengan HIV/AIDS.
Hal ini berkaitan dengan adanya kerahasiaan pada hasil tes HIV/AIDS di beberapa negara yang dilindungi oleh undang undang. Saat ini banyak tempat pelayanan kesehatan yang tidak mencantumkan informasi tentang status HIV/AIDS positif dalam status pasien atau rekam medis, termasuk di kardeks/catatan rawat jalan, atau catatan lain.
10. Hindari menerima intruksi verbal dari dokter melalui telepon, kecuali dalam kondisi darurat.
Mengingat banyaknya kesalahan dalam pendokumentasian melalui telepon karena ketidakjelasan penyampaian, maka sebaiknya hal ini dihindari kecuali dalam kondisi darurat ketika dokter tidak berada di tempat.

11. Tanyakan apabila ditemukan intruksi yang tidak tepat.
Bidan hendaknya selalu memiliki kemampuan berpikir kritis dan memiliki analisis yang tajam. Apabila muncul ketidakjelasan dalam menerima instruksi atau tugas limpahan dari dokter, bidan sangat dianjurkan untuk bertanya tentang kejelasannya untuk menghindari terjadinya kesalahan persepsi.
12. Dokumentasi terhadap tindakan atau obat yang tidak diberikan.
Segala bentuk tindakan atau obat yang tidak boleh diberikan harus didokumentasikan secara lengkap disertai dengan alasan yang lengkap, untuk menentukan tindakan selanjutnya.
13. Catat informasi yang lengkap tentang obat yang diberikan.
Mencatat segala bentuk manajemen obat pada pasien adalah suatu hal yang harus dilakukan dalam proses dokumentasi kebidanan. Diantaranya tentang jenis obat, waktu pemberian obat, dan dosis obat.
14. Catat keadaan alergi obat atau makanan.
Pencatatan ini sangat penting karena menghindari tindakan yang kontraindikasi dapat memberi informasi yang berguna untuk tindakan antisipasi.
15. Catat daerah atau tempat pemberian injeksi atau suntikan
Hal ini karena tempat atau area suntikan yang tidak diketahui dapat menimbulkan dampak yang tidak diketahui dapat menimbulkan dampak yang tidak diketahui sebelumnya seperti adanya cedera atau lainnya.
16. Catat hasil laboratorium yang abnormal.
Hal ini sangat penting karena dapat menentukan tindakan segera.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Ada berapa prinsip-prinsip penulisan dokumentasi kebidanan!
- 2) Jelaskan prinsip dokumentasi kebidanan lengkap!
- 3) Jelaskan prinsip dokumentasi kebidanan teliti!
- 4) Jelaskan prinsip dokumentasi kebidanan berdasarkan fakta!
- 5) Jelaskan prinsip dokumentasi kebidanan logis!
- 6) Jelaskan prinsip dokumentasi kebidanan dapat dibaca!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang prinsip-prinsip dokumentasi kebidanan.

Ringkasan

Prinsip-prinsip dokumentasi ada lima yaitu harus memenuhi standar lengkap, teliti, berdasarkan fakta, logis, dan dapat dibaca. Lengkap berarti catatan kebidanan terdiri dari semua tahap proses kebidanan, mencatat tanggapan bidan/perawat, mencatat tanggapan pasien, mencatat alasan pasien dirawat, dan mencatat kunjungan dokter. Teliti berarti mencatat setiap ada perubahan rencana kebidanan, mencatat pelayanan kesehatan, mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan, mencantumkan tanda tangan/paraf bidan, setiap kesalahan dikoreksi dengan baik, dan catatan hasil pasien ada kesesuaian dengan hasil laboratorium/intruksi dokter. Berdasarkan fakta berarti mencatat fakta daripada pendapat, mencatat informasi yang berhubungan dalam bagan/laborat, dan menggunakan bahasa aktif. Logis berarti jelas dan logis, catatan secara kronologis, mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar, penulisan dimulai dengan huruf besar, dan setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu. Dapat dibaca berarti tulisan dapat dibaca, bebas dari catatan dan koreksi, menggunakan tinta, dan menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Mencatat semua pelayanan yang diberikan termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Lengkap
 - B. Teliti
 - C. Logis
 - D. Dapat dibaca

- 2) Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Dapat di baca
 - B. Lengkap
 - C. Teliti
 - D. Logis

- 3) Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Dapat di baca
 - B. Lengkap
 - C. Teliti
 - D. Logis

- 4) Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Dapat di baca
 - B. Lengkap
 - C. Teliti
 - D. Berdasarkan Fakta

- 5) Menggunakan bahasa aktif termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Dapat di baca
 - B. Berdasarkan fakta
 - C. Teliti
 - D. Logis

- 6) Penulisan dimulai dengan huruf besar termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Dapat di baca
 - B. Berdasarkan fakta
 - C. Teliti
 - D. Logis

- 7) Mencantumkan tanda tangan/paraf bidan termasuk prinsip dokumentasi ...
 - A. Dapat di baca
 - B. Berdasarkan fakta
 - C. Teliti
 - D. Logis

- 8) Bebas dari catatan dan koreksi termasuk prinsip dokumentasi
 - A. Dapat di baca
 - B. Berdasarkan fakta
 - C. Teliti
 - D. Logis

- 9) Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik termasuk prinsip dokumentasi
 - A. Dapat di baca
 - B. Berdasarkan fakta
 - C. Teliti
 - D. Logis

- 10) Setiap penulisan data memiliki identitas, waktu (jam, hari, tgl, bulan dan tahun) termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Dapat di baca
 - B. Berdasarkan fakta
 - C. Teliti
 - D. Logis

Topik 3

Aspek Legal dalam Dokumentasi

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu dalam Topik 3 yang akan mempelajari tentang aspek legal dalam dokumentasi. Ketika Anda telah melakukan dokumentasi, mungkin satu pertanyaan akan muncul dibenak Anda. "Apakah catatan saya ini sudah memenuhi aspek legal?. Apakah aspek legal itu? Aspek legal secara sederhana diartikan bahwa catatan dan penyimpanan data yang bermakna/penting, yang biasa disebut dokumentasi, dan akan memiliki nilai hukum. Pertanyaan selanjutnya adalah apakah nilai hukum itu akan ada secara otomatis pada dokumentasi Anda ataukah memang harus diusahakan supaya nilai hukum itu tidak akan hilang dari dokumentasi yang telah Anda buat. Nah, di Topik 3 ini kita akan mendiskusikan bersama tentang nilai hukum pada dokumentasi dan bagaimana caranya supaya dokumentasi yang kita buat itu bisa bernilai hukum. Selamat belajar.

A. ASPEK LEGAL DALAM DOKUMENTASI

Apakah aspek legal dalam dokumentasi? Bagaimana aspek legal dalam dokumentasi? Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), yang dimaksud dengan aspek legal dalam dokumentasi adalah pembuatan catatan harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum sebagai bentuk perlindungan diri yang sah dari gugatan hukum. Menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010), rekam medis yang mudah dibaca dan akurat merupakan dokumentasi pelayanan kesehatan yang sangat menentukan yang mengkomunikasikan informasi penting tentang pasien ke berbagai profesional. Dalam kasus hukum, rekam medis dapat menjadi landasan berbagai kasus gugatan atau sebagai alat pembela diri bidan, perawat, dokter atau fasilitas kesehatan.

Tujuan utama dokumentasi kebidanan adalah untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien. Rekam medis digunakan untuk mendokumentasikan proses kebidanan dan memenuhi kewajiban profesional bidan untuk mengkomunikasikan informasi penting. Data dalam pencatatan tersebut harus berisi informasi spesifik yang memberi gambaran tentang pasien dan pemberian asuhan kebidanan. Evaluasi status pasien harus dimasukkan dalam catatan tersebut.

Aspek legal dalam pendokumentasian kebidanan terdiri dari dua tipe tindakan legal sebagai berikut.

1. Tindakan sipil atau pribadi
2. Tindakan sipil ini berkaitan dengan isu antar individu.
3. Tindakan kriminal
4. Tindakan kriminal berkaitan dengan perselisihan antara individu dan masyarakat secara keseluruhan.

Menurut hukum jika sesuatu tidak didokumentasikan berarti pihak yang bertanggung jawab tidak melakukan apa yang seharusnya dilakukan. Jika bidan tidak melaksanakan atau menyelesaikan suatu aktivitas atau mendokumentasikan secara tidak benar, dia bisa dituntut melakukan malpraktik. Dokumentasi kebidanan harus dapat dipercaya secara legal, yaitu harus memberikan laporan yang akurat mengenai perawatan yang diterima klien. Menurut Widan dan Hidayat (2011), beberapa hal yang harus diperhatikan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum adalah sebagai berikut.

1. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal.
Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal meliputi:
 - a. Catatan kebidanan pasien/ klien diakui secara legal/ hukum.
 - b. Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan.
 - c. Informasi yang didokumentasikan harus memberikan catatan ringkas tentang riwayat perawatan pasien.
 - d. Dokumentasi perlu akurat sehingga sesuai dengan standar kebidanan yang telah ditetapkan.
2. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal.
Berikut ini tiga petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal:
 - a. Mengetahui tentang malpraktek yang melibatkan bidan
 - 1) Klien menjadi tanggung jawab perawat yang bersangkutan.
 - 2) Bidan tidak melaksanakan tugas yang diemban.
 - 3) Bidan menyebabkan perlukaan atau kecacatan pada klien.
 - b. Memperhatikan informasi yang memadai mengenai kondisi klien dan perilaku, mendokumentasikan tindakan kebidanan dan medis, follow up, pelaksanaan pengkajian fisik per shift, dan mendokumentasikan komunikasi antara bidan-dokter.
 - c. Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan.
3. Panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan
Agar dokumentasi dipercaya secara legal, berikut panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan (Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati, 2009):
 - a. Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah, sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf.
 - b. Jangan menuliskan komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lainnya.
 - c. Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan. Pastikan informasi akurat.
 - d. Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta.
 - e. Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat. Jika dibiarkan kosong, oranglain dapat menambah informasi lain. Untuk menghindarinya, buat garis lurus dan paraf.
 - f. Catatan dapat dibaca dan ditulis dengan tinta (untuk menghindari salah tafsir).

Pada saat memberikan layanan, sanksi diberikan apabila seorang bidan terbukti lalai atau melakukan kecerobohan dalam tindakannya. Terkait hal itu, terdapat empat elemen kecerobohan yang harus dibuktikan penuntut sebelum tindakan bidan dapat dikenakan sanksi, yaitu (Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati, 2009):

1. Melalaikan tugas bidan.
Bidan adalah sebuah profesi yang mempunyai peran dan fungsi sebagai pendidik serta pelaksana dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, maupun masyarakat. Tuntutan dapat dijatuhkan apabila peran tersebut tidak dijalankan dengan sepenuhnya atau lalai dan ceroboh dalam melaksanakan tugas.
2. Tidak memenuhi standar praktik kebidanan.
Standar praktik kebidanan telah ditentukan oleh organisasi bidan. Mereka menata aturan atau batasan bagi praktik bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, baik praktik individu maupun berkelompok.
3. Adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera.
Seorang bidan dikatakan ceroboh apabila dalam menjalankan tindakannya dapat menyebabkan kerusakan pada sistem tubuh seperti adanya luka atau kerusakan lainnya.
4. Kerugian yang aktual (hasil lalai).
Bidan dalam menjalankan perannya selalu berusaha memberikan kenyamanan dan rasa aman pada pasien. Namun, sangat mungkin tindakannya tersebut dapat mengakibatkan kerugian secara nyata pada pasien. Dengan demikian, tindakan tersebut menunjukkan kecerobohan yang memungkinkan tuduhan dan dijatuhkan dalam tuntutan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apa yang dimaksud dengan aspek legal dalam dokumentasi?
- 2) Jelaskan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum!
- 3) Jelaskan empat elemen kecerobohan yang harus dibuktikan penuntut sebelum tindakanbidan dapat dikenakan sanksi!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian aspek legal dalam dokumentasi.
- 2) Hal yang menjadi perhatian agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum.
- 3) Elemen kecerobohan tindakan bidan.

Ringkasan

Aspek legal dalam dokumentasi adalah pembuatan catatan yang harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum sebagai bentuk perlindungan diri yang sah dari gugatan hukum. Hal yang harus diperhatikan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum yaitu 1) konsep dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal, 2) petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal, dan 3) panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan. Selain itu, terdapat empat elemen kecerobohan yang harus dibuktikan penuntut sebelum bidan dikenakan sanksi meliputi 1) kelalaian dalam menjalankan tugas bidan, 2) tidak memenuhi standar praktik kebidanan, 3) adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera, dan 4) kerugian yang aktual (hasil lalai).

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Dokumentasi kebidanan harus dicatat berdasarkan pada...kebidanan
 - A. Kode etik
 - B. Standar
 - C. Undang undang
 - D. Tata tertib

- 2) Aspek legal berarti...
 - A. Pembuatan catatan harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum
 - B. Pembuatan catatan harus berdasarkan kode etik kebidanan
 - C. Pembuatan catatan harus berdasarkan undang - undang
 - D. Pembuatan catatan harus berdasarkan tata tertib kebidanan

- 3) Malpraktik yang melibatkan bidan adalah di bawah ini...
 - A. Tidak memberi asuhan kepada klien yang bukan tanggung jawabnya
 - B. Memberi bantuan kepada klien
 - C. Membuat klien menjadi cedera karena ketidaksengajaan
 - D. Tidak membantu klien lain yang bukan kewenangannya

- 4) Tidak memenuhi standar praktik kebidanan adalah termasuk hal yang akan mengakibatkan bidan mendapatkan....
 - A. Sanksi
 - B. Reward
 - C. Tekanan
 - D. Penghargaan

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

- 5) Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan termasuk...
 - A. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan
 - B. Petunjuk untuk mencatat data secara legal
 - C. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal
 - D. Petunjuk untuk mencatat data berdasarkan fakta

- 6) Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan, dan pastikan informasi akurat. Tiga hal tersebut termasuk.....dokumentasi.
 - A. Panduan standard
 - B. Panduan legal
 - C. Panduan kode etik
 - D. Panduan tata tertib

- 7) Agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum maka...
 - A. Dokumentasi informasi memenuhi aspek legal
 - B. Dokumentasi informasi memenuhi aspek kode etik
 - C. Dokumentasi informasi memenuhi aspek undang undang
 - D. Dokumentasi informasi memenuhi aspek tata tertib

- 8) Adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera akan menyebabkan bidan mendapatkan...
 - A. Sanksi
 - B. Reward
 - C. Tekanan
 - D. Penghargaan

- 9) Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah, sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf adalah termasuk....dokumentasi.
 - A. Panduan standard
 - B. Panduan legal
 - C. Panduan kode etik
 - D. Panduan tata tertib

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

- 10) Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta termasukdokumentasi.
- A. Panduan standard
 - B. Panduan legal
 - C. Panduan kode etik
 - D. Panduan tata tertib

Topik 4

Manfaat Dokumentasi Kebidanan

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 4 yang akan mempelajari tentang manfaat dokumentasi kebidanan. Saya percaya bahwa Anda semua pernah melakukan pendokumentasian. Bagaimana perasaan Anda ketika melakukan pendokumentasian? Merasa keberatan, membuang banyak waktu, atau menambah pekerjaan? Ataukah melakukan pendokumentasian dengan ikhlas dan senang hati? Kira-kira kenapa kita harus melakukan pendokumentasian yang sekilas tampak menambah pekerjaan? Mungkin setelah mempelajari manfaat dokumentasi ini, Anda justru merasa bahwa melakukan pendokumentasian adalah suatu kebutuhan dan kewajiban. Anda tidak akan lagi merasa bahwa melakukan dokumentasi kebidanan itu membuang waktu dan menambah pekerjaan. Bahkan justru dengan melakukan dokumentasi kebidanan, pekerjaan akan lebih efisien dan efektif. Selamat belajar.

A. MANFAAT DOKUMENTASI KEBIDANAN

Apa saja manfaat dokumentasi kebidanan? Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), yang dimaksud dengan manfaat dokumentasi adalah hal-hal yang dapat diperoleh pada dokumentasi yang kita lakukan. Secara lebih detail, manfaat dokumentasi meliputi delapan aspek sebagai berikut.

1. Aspek Hukum

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek hukum yaitu:

- a. Semua catatan info tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum (sebagai dokumentasi legal).
- b. Dapat digunakan sebagai barang bukti pengadilan.
- c. Pada kasus tertentu, pasien boleh mengajukan keberatannya untuk menggunakan catatan tersebut dalam pengadilan sehubungan dengan haknya akan jaminan kerahasiaan data.

2. Aspek Komunikasi

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek komunikasi yaitu:

- a. Sebagai alat bagi tenaga kesehatan untuk berkomunikasi yang bersifat permanen.
- b. Bisa mengurangi biaya komunikasi karena semua catatan tertulis.

3. Aspek Penelitian

Berdasarkan aspek penelitian, dokumentasi bermanfaat sebagai sumber informasi yang berharga untuk penelitian.

4. Aspek Keuangan/Ekonomi

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek ekonomi yaitu:

- a. Punya nilai keuangan. Contohnya: Pasien akan membayar administrasi perawatan dikasir sesuai dengan pendokumentasian yang ditulis oleh tenaga kesehatan.
- b. Dapat digunakan sebagai acuan/pertimbangan dalam biaya perawatan bagi klien.

5. Aspek Pendidikan

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek pendidikan yaitu:

- a. Punya nilai pendidikan.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan/referensi pembelajaran bagi siswa/profesi kebidanan.

6. Aspek Statistik

Berdasarkan aspek statistik, dokumentasi dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan ketenagaan dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan tersebut.

7. Aspek Jaminan Mutu

Berdasarkan aspek jaminan mutu, pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah klien (membantu meningkatkan mutu pelayanan kebidanan).

8. Aspek Manajemen

Melalui dokumentasi dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan kepada klien. Dengan demikian akan dapat diambil kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) juga mengungkapkan bahwa manfaat dari dokumentasi adalah sebagai berikut.

1. Aspek administrasi, terdapatnya dokumentasi kebidanan yang berisi tentang tindakan bidan, berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga media dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek medis, dokumentasi yang berisi catatan yang dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Aspek hukum, melalui dokumentasi maka terdapat jaminan kepastian hukum dan penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan, karena semua catatan tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Hal tersebut sangat bermanfaat apabila dijumpai suatu masalah yang berhubungan dengan profesi bidan, dimana bidan sebagai pemberi ijasah dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu waktu, karena dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan, maka dalam pencatatan data, data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditandatangani oleh bidan.

■DOKUMENTASI KEBIDANAN■

4. Aspek keuangan, dengan adanya dokumentasi kebidanan berisi data atau informasi pasien. Hal ini dapat dipergunakan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.
5. Aspek penelitian, dokumentasi kebidanan berisi data atau informasi pasien. Hal ini dapat dipergunakan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.
6. Aspek pendidikan, dokumentasi kebidanan berisi data informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Maka informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pendidikan.
7. Aspek dokumentasi, berisi sumber informasi yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dalam proses dan laporan pelayanan kesehatan.
8. Aspek jaminan mutu, pengorganisasian data pasien yang lengkap dan akurat melalui dokumentasi kebidanan akan memberikan kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Selain itu, juga untuk mengetahui sejauh mana masalah pasien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu untuk meningkatkan mutu asuhan kebidanan.
9. Aspek akreditasi, melalui dokumentasi akan tercermin banyaknya permasalahan pasien yang berhasil diatasi atau tidak. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tentang tingkat keberhasilan pemberian asuhan kebidanan yang diberikan guna pembinaan lebih lanjut. Selain itu dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien. Melalui akreditasi pula kita dapat memantau kualitas layanan kebidanan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan kebidanan.
10. Aspek statistik, informasi statistik dari dokumentasi dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan tenaga dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan.
11. Aspek komunikasi, komunikasi dipakai sebagai koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh beberapa orang untuk mencegah pemberian informasi yang berulang ulang kepada pasien oleh anggota tim kesehatan, mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam asuhan kebidanan, membantu tenaga bidan untuk menggunakan waktu dengan sebaik baiknya, serta mencegah kegiatan yang tumpang tindih. Sebagai alat komunikasi, dokumentasi dapat mewujudkan pemberian asuhan kebidanan yang terkoordinasi dengan baik.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan manfaat dokumentasi berdasarkan aspek hukum!
- 2) Jelaskan manfaat dokumentasi berdasarkan aspek ekonomi!
- 3) Jelaskan manfaat dokumentasi berdasarkan aspek komunikasi!
- 4) Jelaskan manfaat dokumentasi berdasarkan aspek penelitian!
- 5) Jelaskan manfaat dokumentasi berdasarkan aspek statistik!
- 6) Jelaskan manfaat dokumentasi berdasarkan aspek jaminan mutu!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Manfaat dokumentasi kebidanan berdasarkan aspek hukum.
- 2) Manfaat dokumentasi kebidanan berdasarkan aspek ekonomi.
- 3) Manfaat dokumentasi kebidanan berdasarkan aspek komunikasi.
- 4) Manfaat dokumentasi kebidanan berdasarkan aspek penelitian.
- 5) Manfaat dokumentasi kebidanan berdasarkan aspek statistik.
- 6) Manfaat dokumentasi kebidanan berdasarkan aspek jaminan mutu.
- 7) Manfaat dokumentasi kebidanan berdasarkan aspek manajemen.

Ringkasan

Manfaat dokumentasi adalah hal-hal yang dapat diperoleh pada dokumentasi yang kita lakukan. Adapun manfaat dokumentasi mencakup delapan aspek yaitu 1) aspek hukum yang dapat digunakan sebagai barang bukti pengadilan, 2) aspek komunikasi yang dapat digunakan sebagai alat bagi tenaga kesehatan untuk berkomunikasi yang bersifat permanen, 3) aspek penelitian yang berupa sumber informasi berharga untuk penelitian, 4) aspek ekonomi yang dapat digunakan sebagai pertimbangan dalam biaya perawatan bagi klien, 5) aspek pendidikan yang dapat digunakan sebagai referensi pembelajaran bagi siswa/profesi kebidanan, 6) aspek statistik yang dapat membantu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan ketenagaan dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan, 7) aspek jaminan mutu yang akan membantu meningkatkan mutu pelayanan kebidanan, dan 8) aspek manajemen dengan melihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Dapat digunakan sebagai barang bukti pengadilan adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
 - A. Ekonomi
 - B. Jaminan mutu
 - C. Hukum
 - D. Penelitian

- 2) Melalui dokumentasi dapat dilihat sejauh mana peran dalam fungsi bidan dalam memberikan asuhan kepada klien, termasuk manfaat dokumentasi aspek...
 - A. Ekonomi
 - B. Manajemen
 - C. Jaminan mutu
 - D. Hukum

- 3) Dapat digunakan sebagai acuan/pertimbangan dalam biaya perawatan bagi klien, termasuk manfaat dokumentasi aspek...
 - A. Ekonomi
 - B. Manajemen
 - C. Jaminan mutu
 - D. Hukum

- 4) Dapat digunakan sebagai bahan/referensi pembelajaran bagi siswa/profesi kebidanan, termasuk manfaat dokumentasi aspek...
 - A. Ekonomi
 - B. Penelitian
 - C. Pendidikan
 - D. Hukum

- 5) Dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan ketenagaan dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan, termasuk manfaat dokumentasi aspek...
 - A. Pendidikan
 - B. Statistik
 - C. Hukum
 - D. Jaminan mutu

- 6) Sumber informasi yang berharga untuk penelitian adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
- A. Jaminan mutu
 - B. Hukum
 - C. Penelitian
 - D. Statistik
- 7) Sebagai alat bagi tenaga kesehatan untuk berkomunikasi yang bersifat permanen adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
- A. Komunikasi
 - B. Statistik
 - C. Jaminan mutu
 - D. Penelitian
- 8) Pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah klien adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
- A. Komunikasi
 - B. Statistik
 - C. Jaminan mutu
 - D. Penelitian
- 9) Membantu meningkatkan mutu pelayanan kebidanan adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
- A. Komunikasi
 - B. Statistik
 - C. Jaminan mutu
 - D. Penelitian
- 10) Bersifat permanen adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
- A. Komunikasi
 - B. Statistik
 - C. Jaminan mutu
 - D. Penelitian

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) C
- 3) B
- 4) D
- 5) B
- 6) C
- 7) D
- 8) D
- 9) A
- 10) A

Tes 2

- 1) A
- 2) C
- 3) D
- 4) A
- 5) B
- 6) D
- 7) B
- 8) B
- 9) C
- 10) D

Tes 3

- 1) B
- 2) A
- 3) C
- 4) A
- 5) C
- 6) B
- 7) A
- 8) A
- 9) B
- 10) B

Tes 4

- 1) C
- 2) B
- 3) A
- 4) D
- 5) B
- 6) C
- 7) A
- 8) C
- 9) C
- 10) A

Glosarium

- Dokumentasi : Pencatatan dan penyimpanan data penting.
- Kode Etik : Kode etik adalah suatu sistem norma, nilai dan juga aturan profesional tertulis yang secara tegas menyatakan apa yang benar dan baik, serta apa yang tidak benar dan tidak baik bagi professional.
- Aspek Legal : Punya nilai hukum.
- Rekam medik : Keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik, laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medis yang diberikan kepada pasien dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan gawat darurat.

Daftar Pustaka

Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009). Dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.

Varney (1997). *Varney's midwifery*, 3rd Edition. Sudbury, England: Jones and Barlet Publishers.

Widan dan Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

BAB II TEKNIK DOKUMENTASI

Triwik Sri Mulati, M.Mid

PENDAHULUAN

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu dalam Bab II mata kuliah Dokumentasi Kebidanan, yang akan membahastentang teknik dokumentasi. Dokumentasi adalah pencatatan dan pelaporan data yang bermakna. Dalam melakukan pendokumentasian, diperlukan teknik pendokumentasian yang tepat agar hasil pendokumentasian bisa sesuai dengan yang diharapkan.

Apakah Anda pernah bertanya pada diri sendiri: "Kira – kira apakah ada tenaga kesehatan lain yang mungkin akan bingung membaca hasil pendokumentasian saya?". Karena ketika kita tidak menuliskan pendokumentasian sesuai teknik yang benar, bisa saja dokumentasi yang kita buat itu akan membingungkan tenaga kesehatan lain yang membacanya. Padahal salah satu manfaat dokumentasi kebidanan, seperti yang telah Anda pelajari di Bab I, yaitu sebagai alat komunikasi. Tentu saja sebagai alat komunikasi berarti dokumentasi harus dibuat/ditulis dengan jelas, sesuai dengan teknik pendokumentasian yang benar. Mungkin Anda akhirnya akan bertanya, " Kalau begitu, teknik dokumentasi itu seperti apa?" Jangan khawatir, karena pada Bab II ini Anda akan menemukan jawabannya.

Pada Bab II ini, Anda diajak untuk mempelajari tentang teknik dokumentasi yang terdiri dari dua topik, yaitu tentang:

1. Teknik dokumentasi naratif.
2. Teknik dokumentasi *flow sheet/check list*.

Pembelajaran pada bab ini akan lebih mudah apabila Anda telah menyelesaikan materi konsep dasar dokumentasi. Setelah mempelajari Bab II ini, Anda diharapkan memiliki kemampuan untuk menjelaskan kembali tentang teknik dokumentasi yang meliputi teknik dokumentasi naratif dan teknik dokumentasi *flow sheet/check list*.

Topik 1

Teknik Dokumentasi Naratif

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu dalam Topik 1 tentang teknik dokumentasi naratif. Di Topik 1 ini kita akan mempelajari tentang pengertian, kelebihan dan kerugian teknik dokumentasi naratif.

Saya meyakini sebagian besar dari Anda pasti terbiasa memberikan asuhan kebidanan dan melakukan pendokumentasian. Tapi saya tidak terlalu yakin jika semua pendokumentasian tersebut telah Anda lakukan dengan tepat dan benar, mengingat tidak bisa dipungkiri bahwa tugas bidan sangat banyak, dan mendokumentasikan data kebidanan sangat menyita waktu. Sehingga sangat bisa di maklumi jika Anda tidak terlalu mementingkan pendokumentasian. Yang penting sudah dicatat, apakah catatan tersebut sudah sesuai dengan teknik dokumentasi atau belum, tidak terlalu dipersoalkan. Padahal, sebenarnya ada cara supaya dokumentasi yang kita lakukan tersebut bisa mencatat dan menyimpan data kebidanan yang penting dengan waktu yang lebih efisien. Artinya, dalam pendokumentasian itu tidak selalu membutuhkan dan menyita waktu yang banyak karena waktu yang dibutuhkan untuk pendokumentasian itu akan sangat tergantung dari teknik dokumentasi seperti apa yang kita pakai.

Nah, saya mengajak Anda untuk mulai mencermati dari materi yang ada di Topik 1 bahkan bisa ditambah dengan membaca buku referensi yang telah dianjurkan sehingga Anda akan memiliki pengetahuan yang dalam tentang teknik dokumentasi naratif dan dapat menjelaskannya kembali. Selamat belajar.

A. PENGERTIAN TEKNIK DOKUMENTASI NARATIF

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, apakah pengertian dari teknik dokumentasi naratif? Kita akan diskusikan bersama.

Teknik dokumentasi naratif (*Narrative Progress Notes*) merupakan teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari ke hari dalam bentuk narasi, yang mempunyai beberapa keuntungan dan kerugian. Teknik naratif merupakan teknik yang paling sering digunakan dan yang paling fleksibel. Teknik ini dapat digunakan oleh berbagai petugas kesehatan (Widan dan Hidayat, 2011). Sedangkan menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti(2010), teknik dokumentasi naratif (*Narrative Progress Notes*) merupakan bentuk dokumentasi tradisional, paling lama digunakan (sejak dokumentasi pelayanan kesehatan dilembagakan) dan paling fleksibel, serta sering disebut sebagai dokumentasi yang berorientasi pada sumber (*source oriented documentation*). Pencatatan naratif adalah catatan harian atau format cerita yang digunakan untuk mendokumentasikan peristiwa asuhan kebidanan pada pasien yang terjadi selama jam dinas. Naratif adalah paragraf sederhana yang menggambarkan status pasien, intervensi dan pengobatan serta respon pasien terhadap intervensi. Sebelum adanya teknik lembar alur (*flow sheet* dan *checklist*),

catatan naratif ini adalah satu-satunya teknik yang digunakan untuk mendokumentasikan pemberian asuhan kebidanan.

Sementara itu, Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009) menjelaskan bahwa bentuk naratif merupakan teknik pencatatan tradisional yang bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Karena suatu catatan naratif dibentuk oleh sumber asal dari dokumentasi maka sering dirujuk sebagai dokumentasi berorientasi pada sumber. Sumber atau asal dokumen dapat siapa saja dari petugas kesehatan yang bertanggung jawab untuk memberikan informasi. Setiap narasumber memberikan hasil observasinya menggambarkan aktivitas dan evaluasinya yang unik. Cara penulisan ini mengikuti dengan ketat urutan kejadian/kronologis. Biasanya kebijakan institusi menggariskan siapa mencatat/melaporkan apa, bagaimana sesuatu akan dicatat dan harus dicatat dimana. Ada lembaga yang telah dirancang khusus untuknya, misalnya catatan dokter atau petugas gizi.

Teknik naratif merupakan teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien. Berhubung sifatnya terbuka, catatan naratif (orientasi pada sumber data) dapat digunakan pada setiap kondisi klinis. Tidak adanya struktur yang harus diikuti memungkinkan bidan mendokumentasikan hasil observasinya yang relevan dengan kejadian kronologis.

Dari hari ke hari, dokumentasi bentuk narasi mempunyai beberapa keuntungan dan kerugian dengan bahasan sebagai berikut.

B. KEUNTUNGAN TEKNIK DOKUMENTASI NARATIF

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, setelah Anda mempelajari tentang pengertian dokumentasi naratif maka sekarang kita akan mengupas tentang apakah keuntungan/kelebihan teknik dokumentasi naratif.

Berdasarkan pendapat Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2009), keuntungan dari teknik pendokumentasian naratif, antara lain: merupakan teknik pencatatan yang sudah banyak dikenal dan dipelajari bidan sejak masih di bangku kuliah, mudah dikombinasikan dengan teknik pendokumentasian yang lain, seperti pencatatan naratif dengan lembar alur, atau pencatatan naratif untuk mendokumentasikan perkembangan pasien. Jika ditulis dengan benar, catatan naratif ini berisi masalah pasien, intervensi dan respon pasien terhadap intervensi. Pencatatan naratif juga berguna pada situasi darurat, sehingga bidan dapat dengan cepat dan mudah mendokumentasikan kronologis kejadian pasien. Catatan naratif ini juga membantu bidan melakukan interpretasi terhadap setiap kejadian pasien secara berurutan, memberi kebebasan bidan untuk memilih cara menyusun sebuah laporan, sederhana untuk melaporkan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan evaluasi pasien.

Sedangkan menurut Fauziah, Afroh, Sudarti(2010), keuntungan dokumentasi naratif adalah:

1. Membuat dokumentasi yang kronologis sehingga membantu menginterpretasikan atau penafsiran secara berurutan dari kejadian asuhan/tindakan yang dilakukan (setiap masalah minimal ditulis satu kali setiap giliran jaga dan setiap masalah di beri nomor sesuai waktu yang ditemukan).

2. Memberi kebebasan kepada petugas (bidan) untuk memilih dan mencatat bagaimana informasi yang akan dicatat menurut gaya yang disukainya (catatan menunjukkan kredibilitas profesional).
3. Membuat dokumentasi yang kronologis sehingga membantu menginterpretasikan atau penafsiran secara berurutan dari kejadian asuhan/tindakan yang dilakukan (setiap masalah minimal ditulis satu kali setiap giliran jaga dan setiap masalah diberi nomor sesuai waktu yang ditemukan).
4. Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan *outcomes* (proses pencatatan sederhana).
5. Mudah ditulis dan sudah dikenal bidan.
6. Bila ditulis secara tepat dapat mencakup seluruh kondisi pasien.
7. Mudah dikombinasi dengan model lain.

C. KERUGIAN TEKNIK DOKUMENTASI NARATIF

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, ternyata dokumentasi naratif juga memiliki kerugian selain dari keuntungan yang telah kita pelajari. Seperti mata uang yang selalu punya dua sisi, maka dokumentasi naratif pun juga punya dua sisi yang berbeda yaitu keuntungan dan kerugian. Tapi harapannya, kedua sisi tersebut akan saling melengkapi. Nah, kerugiannya apa sajakah? Mari kita pelajari bersama.

Menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2009), kerugian utama dari teknik pendokumentasian naratif ini adalah catatan kurang terstruktur. Hampir semua catatan naratif tidak teratur, berpindah-pindah dari satu masalah ke masalah lain tanpa penghubung yang jelas, sehingga hubungan antar data sulit ditemukan. Catatan ini juga hanya berorientasi pada tugas dan cenderung menghabiskan banyak waktu. Tidak selalu mencerminkan pemikiran yang kritis, tidak bisa membantu membuat keputusan, tidak bisa menambah kemampuan bidan menganalisis dan membuat kesimpulan yang tepat.

Catatan naratif ini memungkinkan terjadinya kumpulan informasi yang terpecah-pecah, terputus dan berlebihan sehingga informasi menjadi tidak berarti. Kadang-kadang sulit mendapatkan kembali informasi tentang pasien tanpa melihat ulang seluruh atau sebagian besar catatan pasien tersebut. Mengabadikan sistem "pesan yang terpendam", yaitu data yang ingin dimunculkan, justru tidak tampak nyata. Perlu melihat kembali data awal masing-masing sumber untuk menentukan gambaran pasien secara menyeluruh. Membutuhkan waktu lama untuk mendokumentasikan masing-masing pasien, karena teknik yang terbuka ini memerlukan kehati-hatian saat menyelaraskan semua informasi yang berasal dari masing-masing sumber. Rangkaian peristiwa bisa lebih sulit diinterpretasikan karena data yang berkaitan mungkin tidak diletakkan pada tempat yang sama. Perlu waktu lama untuk mengikuti perkembangan dan kondisi akhir pasien.

Sedangkan menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010), kerugian dokumentasi naratif disebutkan sebagai berikut:

1. Menyebabkan data yang didokumentasikan menjadi rancu, berlebihan, atau kurang bermakna.
2. Sulit untuk mencari sumber masalah tanpa melihat kembali dari awal pencatatan.
3. Data yang dicatat tidak secara mendalam, hanya informasi yang umumnya saja.
4. Memungkinkan terjadinya fragmentasi kata-kata yang berlebihan, kata yang tidak berarti, pengulangan dibutuhkan dari setiap sumber sehingga terjadi tumpang tindih.
5. Membutuhkan waktu yang panjang untuk menulis dan membaca catatan tersebut. Membutuhkan waktu yang panjang untuk menulis dan membaca catatan tersebut.
6. Pencatatan yang tidak terstruktur dapat menjadikan data simpang siur.
7. Terkadang sulit untuk memperoleh kembali informasi tanpa mereview catatan tersebut.
8. Memerlukan *review* catatan dari sebagaimana sumber untuk menentukan kondisi pasien secara keseluruhan.
9. Pencatatan terbatas pada kemampuan bidan dalam mengungkapkan data yang diperoleh.
10. Urutan kejadian atau kronologis dapat menjadi lebih sulit diinterpretasi karena informasi yang berhubungan mungkin tidak didokumentasikan ditempat yang sama.

D. PEDOMAN PENULISAN DOKUMENTASI NARATIF

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, ketika kita menulis dokumentasi naratif juga harus sesuai dengan kaidah/pedoman penulisan dokumentasi naratif. Bagaimana pedoman penulisan dokumentasi naratif? Akan kita pelajari bersama.

Menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2009), pedoman penulisan dokumentasi naratif dijelaskan sebagai berikut:

1. Menggunakan istilah standar, misalnya pengkajian data, diagnosis, tujuan asuhan kebidanan, rencana, implementasi, intervensi dan evaluasi.
2. Mengikuti tahap-tahap berikut yaitu pengkajian data pasien, identifikasi masalah dan kebutuhan asuhan, rencana dan pemberian asuhan, evaluasi respon pasien terhadap asuhan medis dan kebidanan. Pengkajian ulang untuk melengkapi seluruh proses.
3. Menulis, memperbaiki dan menjaga rencana asuhan sebagai bagian dari laporan.
4. Membuat diagnosis secara periodik, memonitor kondisi fisik dan psikis pasien, asuhan kebidanan, antara lain melaksanakan advis dokter, KIE dan perkembangan pasien.
5. Melaporkan evaluasi setiap saat, antara lain pada saat pasien masuk, dirujuk, pulang atau jika terjadi perubahan.
6. Penting sekali untuk diingat, dalam teknik pencatatan naratif, tidak boleh meninggalkan bagian/jarak yang kosong. Berikan garis yang melewati bagian yang kosong tersebut dan berikan inisial nama bidan yang melakukan pencatatan.

Sedangkan menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010), pedoman/petunjuk penulisan dokumentasi naratif adalah sebagai berikut:

1. Gunakan batasan-batasan standar. Maksudnya adalah ketika menuliskan pendokumentasian naratif harus sesuai dengan standard yang telah ditetapkan.

Contohnya: menggunakan huruf besar diawal kalimat, menggunakan istilah yang lazim digunakan.

2. Ikuti langkah-langkah proses asuhan. Maksudnya adalah ketika mendokumentasikan harus sesuai dengan langkah-langkah proses asuhan yang meliputi pengkajian, analisa data, perencanaan, tindakan/implementasi, dan evaluasi.
3. Buat suatu periode waktu tentang kapan petugas melakukan tindakan. Maksudnya adalah harus ada keterangan waktu yang berupa hari, tanggal, dan jam saat melaksanakan suatu tindakan/perawatan serta tanda tangan bidan yang telah melaksanakan tindakan tersebut.
4. Catat pernyataan evaluasi pada waktu khusus. Maksudnya adalah ketika menuliskan evaluasi harus menyertakan kapan evaluasi tersebut dilakukan dan dituliskan, meliputi hari, tanggal dan jam serta tanda tangan bidan yang telah melaksanakan evaluasi.

Setiap teknik pendokumentasian meliputi bagian-bagian tertentu. Bagian-bagian tersebut perlu mendapat perhatian supaya ketika mendokumentasikan bisa dilakukan dengan tepat sesuai ke dalam bagiannya. Pendokumentasian dengan teknik naratif terdiri dari 6 bagian, yaitu:

1. Lembar penerimaan, yaitu lembar yang biasanya berisi tentang kapan pasien masuk rumah sakit, identitas pasien, alasan masuk rumah sakit.
2. Lembar muka
3. Lembar instruksi dari dokter, yaitu lembar yang berisi tentang segala sesuatu yang diintruksikan oleh dokter untuk pengobatan dan perawatan pasien, misalnya tindakan medis, terapi dokter.
4. Lembar riwayat penyakit, yaitu lembar yang berisi tentang riwayat penyakit yang pernah diderita oleh pasien dan keluarga biasanya riwayat penyakit yang dianggap berat dan riwayat penyakit keturunan. Contohnya yaitu penyakit jantung, diabetes melitus.
5. Lembar catatan perawat/bidan, yaitu lembar yang berisi asuhan keperawatan/kebidanan yang direncanakan maupun yang sudah dilakukan kepada pasien oleh bidan/perawat beserta hasil evaluasi dari asuhan tersebut.
6. Lembar catatan lainnya. Contohnya yaitu lembar catatan fisioterapi, lembar hasil laboratorium.

Ketika melakukan pendokumentasian dengan tehnik naratif, ada hal-hal yang harus diperhatikan oleh tenaga kesehatan supaya hasil dari pendokumentasian lebih terstandarisasi (sesuai dengan ketentuan yang berlaku). Hal-hal yang perlu diperhatikan dalam pencatatan naratif yaitu:

1. Pakai terminologi yang sudah lazim dipakai, misalnya pengkajian, perencanaan, diagnosa, prognosa, evaluasi, dan sebagainya.

2. Dalam pencatatan, perhatikan langkah-langkah: kumpulkan data subjektif, data objektif, kaji kebutuhan pasien dan tentukan diagnosa, prognosa, kemudian buat perencanaan asuhan/tindakan dengan memberi batasan waktu untuk pencapaian hasil yang diprediksi/perkembangan yang diharapkan atau waktu untuk evaluasi, laksanakan rencana itu dan perhatikan perkembangan pasien atau responnya terhadap tindakan kebidanan/keperawatan kemudian evaluasi sesuai rencana yang ditetapkan, kaji ulang seluruh proses dan revisi rencana kalau dinilai perlu.
3. Tulis, perbaiki/sempurnakan dan pertahankan rencana asuhan sebagai bagian dari catatan Anda.
4. Buat penilaian Anda secara periodik dan monitor kondisi fisik dan psikologis pasien dan tindakan perawatan misalnya melaksanakan rencana medik/dokter, penyuluhan pasien dan perkembangan pasien.
5. Catat semua pernyataan evaluasi pada saat tertentu misalnya waktu masuk, pindah pulang atau pada saat adanya perubahan situasi/kondisi.

Contoh pencatatan naratif:

(Tanggal 12 Mei 2004, di KIA puskesmas)

Ibu Yanti, hamil yang kedua kalinya, yang pertama lahir di dukun, anak sekarang umur 2½ tahun, sehat. Waktu lahir ada perdarahan, tidak banyak, kata dukun itu biasa. Sejak Januari 2004 tidak menstruasi, Desember 2003 masih dapat, hanya 3 hari, biasanya 5 hari. Sekarang masih mual, kadang muntah, tidak ada mules-mules, hanya kadang-kadang rasakencang di perut bawah. Ibu tidak bekerja di luar rumah, kadang membantu ke sawah, masak, mencuci pakaian dilakukan sendiri, menyusui anak pertama sampai 2 tahun, suami tani, tamat SD, tinggal serumah dengan kedua orang mertua.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian teknik dokumentasi naratif!
- 2) Jelaskan keuntungan dari teknik dokumentasi naratif!
- 3) Jelaskan kerugian dari teknik dokumentasi naratif!
- 4) Jelaskan pedoman teknik dokumentasi naratif!
- 5) Jelaskan bagian – bagian pada teknik dokumentasi naratif!
- 6) Jelaskan hal – hal yang perlu diperhatikan pencatatannaratif!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian teknik dokumentasi naratif .
- 2) Keuntungan teknik dokumentasi naratif.
- 3) Kerugian teknik dokumentasi naratif.
- 4) Pedoman teknik dokumentasi naratif.
- 5) Bagian - bagian teknik dokumentasi naratif.
- 6) Hal – hal yang perlu diperhatikan dalam pencatatan naratif.

Ringkasan

Teknik dokumentasi naratif (*Narrative Progress Notes*) adalah teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari ke hari dalam bentuk narasi merupakan bentuk dokumentasi tradisional, paling lama digunakan (sejak dokumentasi pelayanan kesehatan dilembagakan) dan paling fleksibel, sering disebut sebagai dokumentasi yang berorientasi pada sumber (*source oriented documentation*). Keuntungan dokumentasi naratif antara lain mudah dikombinasikan dengan teknik pendokumentasian yang lain, seperti pencatatan naratif dengan lembar alur, atau pencatatan naratif untuk mendokumentasikan perkembangan pasien, membantu bidan melakukan interpretasi terhadap setiap kejadian pasien secara berurutan, memberi kebebasan bidan untuk memilih cara menyusun sebuah laporan, sederhana untuk melaporkan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan evaluasi pasien. Kerugian dokumentasi naratif antara lain yaitu catatan kurang terstruktur, hanya berorientasi pada tugas dan cenderung menghabiskan banyak waktu, tidak selalu mencerminkan pemikiran yang kritis, tidak bisa membantu membuat keputusan, serta tidak bisa menambah kemampuan bidan menganalisis dan membuat kesimpulan yang tepat.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari teknik dokumentasi naratif adalah...
 - A. Teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dalam bentuk narasi dan bersifat tradisional
 - B. Teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dalam bentuk narasi dan bersifat modern
 - C. Teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dalam bentuk narasi dan bersifat mengikat
 - D. Teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dalam bentuk narasi dan bersifat terbatas

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ■ ✍️

- 2) Memberi kebebasan kepada petugas (bidan) untuk memilih dan mencatat bagaimana informasi yang akan dicatat menurut gaya yang disukai pentingnya dokumentasi kebidanan termasuk.....dokumentasi naratif.
 - A. Pedoman
 - B. Aturan
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian

- 3) Menulis, memperbaiki dan menjaga rencana asuhan sebagai bagian dari laporan adalah termasuk....dokumentasi naratif.
 - A. Pedoman
 - B. Aturan
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian

- 4) Data yang dicatat tidak secara mendalam, hanya informasi yang umumnya saja adalah termasuk....dokumentasi naratif.
 - A. Pedoman
 - B. Aturan
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian

- 5) Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan outcomes adalah salah satu dari....dokumentasi naratif.
 - A. Pedoman
 - B. Aturan
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian

- 6) Melaporkan evaluasi setiap saat, antara lain pada saat pasien masuk, dirujuk, pulang atau jika terjadi perubahan adalah salah satu dari.....dokumentasi naratif.
 - A. Pedoman
 - B. Aturan
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian

- 7) Asuhan memerlukan review catatan dari sebgaiian sumber untuk menentukan kondisi pasien secara keseluruhan adalah termasuk....dokumentasi naratif.
 - A. Pedoman
 - B. Aturan
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian

- 8) Hal – hal yang perlu diperhatikan pada pencatatan naratif adalah...
- A. Catat semua pernyataan evaluasi klien
 - B. Catat sebagian pernyataan evaluasi klien
 - C. Catat semua atau sebagian pernyataan evaluasi klien
 - D. Catat sekelompok pernyataan evaluasi klien
- 9) Paragraf sederhana yang menggambarkan status pasien adalah termasuk....dokumentasi naratif.
- A. Pedoman
 - B. Kerugian
 - C. Pengertian
 - D. Kelemahan
- 10) Format cerita yang digunakan untuk mendokumentasikan peristiwa asuhan kebidanan pada pasien yang terjadi selama jam dinas adalah termasukdokumentasi naratif.
- A. Kerugian
 - B. Pengertian
 - C. Kelemahan
 - D. Pedoman

Topik 2

Teknik Dokumentasi *Flow Sheet*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Topik 2 yang akan mempelajari tentang teknik dokumentasi flow sheet.

Saya ingin bertanya, “Apakah Anda sudah pernah melakukan pendokumentasian?” Saya yakin jawabannya pasti “Sudah”. Nah, ada pertanyaan lanjutan, “Teknik pendokumentasian apa yang Anda gunakan? Apakah keuntungan dan kerugian dari teknik tersebut?”. Pada Topik 1 telah kita diskusikan bersama tentang teknik dokumentasi naratif, termasuk keuntungan dan kerugiannya. Ternyata, memang seperti mata uang yang selalu punya dua sisi sehingga pada tipe teknik dokumentasi yang lain pun pasti punya keuntungan dan kerugian. Nah, mari kita mulai pelajari bersama tentang teknik dokumentasi flow sheet. Selamat belajar.

A. PENGERTIAN TEKNIK DOKUMENTASI *FLOW SHEET*

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), teknik dokumentasi *flow sheet* (lembar alur) adalah bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah ditentukan sebelumnya. *Flow sheet* memungkinkan petugas untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien. *Flow sheet* merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi, selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flow sheet*. *Flow sheet* atau *checklist* biasanya lebih sering digunakan di unit gawat darurat.

Sementara itu Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) menjelaskan bahwa dalam menjalankan tugasnya, bidan dituntut untuk memberikan asuhan kebidanan dan mendokumentasikannya. Banyak sekali waktu yang dibutuhkan untuk mendokumentasikan semua asuhan yang telah diberikan oleh seorang bidan. Untuk mengurangi beban dan banyaknya waktu yang dibutuhkan bidan dalam melakukan pencatatan secara naratif, dibuatlah teknik pencatatan lembar alur. Lembar alur atau flow sheet dan checklist ini digunakan untuk mengumpulkan hasil pengkajian data dan mendokumentasikan implementasi kebidanan. Jika lembar alur ini dipergunakan dengan tepat, maka akan banyak menghemat waktu bidan untuk mencatat. Pendokumentasian hasil pengkajian data dan asuhan yang bersifat rutin akan menghabiskan banyak waktu bidan. Data yang bersifat rutin ini dapat didokumentasikan secara ringkas dengan menggunakan lembar alur. Penting di sini untuk tidak menulis ulang data di dalam lembar alur ke dalam catatan perkembangan, karena sama saja hal ini akan mengabaikan tujuan pembuatan lembar alur dan melakukan pekerjaan yang sia-sia.

Tujuan pencatatan menggunakan teknik lembar alur/flow sheet, antara lain:

1. Untuk kecepatan dan efisiensi pendokumentasian data dan asuhan.
2. Menggabungkan data yang jika tidak dikumpulkan akan tersebar dalam rekam medis pasien.
3. Mempermudah kontinuitas asuhan.
4. Mengurangi duplikasi dalam pencatatan.
5. Melindungi aspek legal pasien dan bidan.
6. Dapat melakukan pengkajian data pasien dengan cepat.
7. Mudah membandingkan data pasien dan mendokumentasikan informasi yang akan digunakan dalam mengevaluasi keefektifan asuhan.

Format pencatatan dalam lembar alur kebanyakan berupa grafik atau checklist. Data yang bisa didokumentasikan antara lain yaitu pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, kebutuhan asuhan kebidanan, tanda-tanda vital, monitor keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, nutrisi, pengkajian kulit dan sistem tubuh, serta kadar glukosaurine dan darah. Lembar alur juga bisa digunakan untuk mendokumentasikan hasil observasi dan tindakan kebidanan, kaitannya dengan data dasar, catatan pengobatan, KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi) dan catatan perkembangan.

B. KEUNTUNGAN TEKNIK DOKUMENTASI *FLOW SHEET*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, setelah Anda mempelajari tentang pengertian dokumentasi flow sheet maka sekarang kita akan mendiskusikan tentang apakah keuntungan/kelebihan teknik dokumentasi flow sheet.

Berdasarkan pendapat Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2009), keuntungan teknik pendokumentasian flow sheet adalah sebagai berikut.

1. Meningkatkan kualitas pencatatan observasi.
2. Memperkuat aspek legal.
3. Memperkuat atau menghargai standar asuhan.
4. Menjadikan dokumentasi kebidanan lebih tepat.
5. Mengurangi fragmentasi data pasien dan asuhan.
6. Membatasi narasi yang terlalu luas.

Sedangkan menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) keuntungan dokumentasi flow sheet adalah:

1. Meningkatkan kualitas catatan.
2. Lebih mudah dibaca.
3. Memperkuat standar asuhan.
4. Dokumentasi lebih tepat.
5. Mengurangi adanya fragmentasi data, data mudah diperoleh.
6. Memungkinkan untuk melakukan perbandingan data beberapa periode.

7. Informasi yang dicatat benar-benar yang bermanfaat dan legal.
8. Narasi sedikit.

C. KERUGIAN TEKNIK DOKUMENTASI *FLOW SHEET*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, ternyata dokumentasi flow sheet juga memiliki kerugian selain dari keuntungan yang telah kita pelajari. Kenapa ya? Karena seperti kehidupan yang selalu punya dua sisi kehidupan, maka dokumentasi flow sheet pun juga punya dua sisi yang berbeda yaitu keuntungan dan kerugian. Tapi harapannya, kedua sisi tersebut akan saling melengkapi. Nah, kerugiannya apa sajakah? Mari kita pelajari bersama.

Menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2009), kerugian utama dari teknik pendokumentasian flow sheet ini adalah:

1. Catatan medik pasien menjadi lebih banyak, sehingga menimbulkan masalah pada saat penggunaan dan penyimpanan.
2. Potensial terjadi duplikasi catatan, antara lain catatan perawatan di ruang ICU dan catatan pengobatan.
3. Desain ini memungkinkan adanya bagian yang tidak diisi. Bagian yang kosong ini potensial menimbulkan kesalahan saat melakukan interpretasi dan memunculkan tanda tanya.
4. Keterbatasan ruang untuk melakukan pencatatan secara menyeluruh terhadap kejadian luar biasa.
5. Adanya penolakan terhadap penggunaan model *flow sheet*.

Sedangkan menurut Fauziah, Afroh, Sudarti, (2010) kerugian dokumentasi flow sheet disebutkan sebagai berikut.

1. Memperluas catatan medik dan menciptakan penggunaan penyimpanan.
2. Memungkinkan duplikasi data, rancangan, dan format.
3. Tidak ada ruang untuk pencatatan tentang kejadian yang tidak biasa terjadi dan bertahan untuk menggunakan lembar alur.

D. PEDOMAN PENULISAN DOKUMENTASI *FLOW SHEET*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, ketika kita menulis dokumentasi *flow sheet* juga harus sesuai dengan kaidah/pedoman penulisan dokumentasi *flow sheet*. Nah, bagaimana pedoman penulisan dokumentasi *flow sheet*? Akan kita pelajari bersama.

1. Pedoman *Flow sheet*

Menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2009), agar lembar alur/flow sheet/checklist sesuai dengan standar, maka harus memenuhi syarat/pedoman sebagai berikut.

- a. Perhatikan dan ikuti petunjuk menggunakan format khusus.
- b. Lengkapi format dengan kata kunci.
- c. Gunakan tanda cek (V) atau silang (X) pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter telah diobservasi/ diintervensi.
- d. Jangan tinggalkan lembar checklist dalam keadaan kosong. Tulis 0 untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diobservasi.
- e. Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan.
- f. Pertahankan agar letak lembar alur tepat dilokasi yang tersedia (rekam medis).
- g. Beri tanda tangan dan nama jelas pemberi asuhan.
- h. Dokumentasikan waktu dan tanggal data masuk.

2. Desain dan Bagian Umum dalam *Flow sheet*

Desain dan bagian umum dalam flow sheet antara lain sebagai berikut.

- a. Kolom untuk nama petugas yang melakukan pemeriksaan atau tindakan.
- b. Hasil pengkajian, komunikasi, informasi, dan edukasi(KIE), observasi, tindakan, dan lain-lain.
- c. Hasil observasi atau intervensi khusus.
- d. Nama pasien, waktu (tanggal, bulan dan tahun), nama bidan, dan tanda tangan.
- e. Hanya menuliskan judul tindakan, sedangkan penjabaran lebih lanjut diuraikan secara narasi. Misalnya mengobati luka bakar. Ganti balutan lihat pada catatan perkembangan.

3. Anjuran Umum dalam Merancang Sebuah Lembar Alur/*Flow Sheet*

Menurut Fauziah, Afroh, Sudarti, (2010) proses merancang lembar alur dengan tepat sangat bervariasi. Beberapa anjuran umum dalam merancang sebuah lembar alur/flow sheet antara lain sebagai berikut.

- a. Tentukan seberapa banyak ruangan yang diperlukan untuk isi format.
- b. Rancang sebuah format yang mudah dibaca dan digunakan.
- c. Tentukan apakah format tersebut akan digunakan secara vertikal atau horisontal.
- d. Gunakan huruf yang dicetak tebal dan miring untuk menekankan judul bagian atau informasi penting lainnya.
- e. Pertimbangkan untuk memberi jarak antar informasi.
- f. Tentukan apakah format tersebut akan lebih dari satu halaman.
- g. Pertimbangkan apakah informasi dalam format tersebut akan dikomunikasikan antar bagian.
- h. Sediakan lembar alur kosong untuk masing-masing pasien agar memungkinkan individualisasi data dan pendokumentasian asuhan pada pasien.
- i. Jika catatan perkembangan multidisiplin tidak digunakan, pertimbangkan pemberian ruang kosong untuk catatan-catatan tersebut di halaman baliknya lembar alur tersebut.
- j. Pertahankan struktur dasar format lembar alur untuk menggambarkan standar asuhan yang diberikan kepada pasien adalah sama.

- k. Berpikir global saat membuat atau merevisi sebuah format, hindari merancang format tanpa berkonsultasi ke profesi/unit lain.
- l. Libatkan staf sistem informasi komputer untuk meninjau ulang konsep lembar alur.
- m. Dapatkan masukan dari anggota staf yang akan menggunakan format tersebut.
- n. Lakukan koreksi awal secara cermat terhadap format yang telah dibuat.
- o. Harus disadari bahwa pembuatan dan penerapan format lembar alur membutuhkan waktu lama, sehingga perlu alokasi waktu yang cukup.

Beberapa contoh flow sheet antara lain sebagai berikut.

- a. Activity Daily Living (ADL)
- b. Kebutuhan terhadap bantuan bidan.
- c. Tanda-tanda vital.
- d. Keseimbangan cairan (Intake dan Output).
- e. Nutrisi.
- f. Pengkajian kulit.
- g. Review system tubuh.
- h. Hasil laboratorium (kadar gula darah dan urin).

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian teknik dokumentasi flow sheet!
- 2) Jelaskan tujuan teknik dokumentasi flow sheet!
- 3) Pengertian teknik dokumentasi flow sheet!
- 4) Jelaskan keuntungan dari teknik dokumentasi flow sheet!
- 5) Jelaskan kerugian dari teknik dokumentasi flow sheet!
- 6) Jelaskan pedoman / syarat teknik dokumentasi flow sheet!
- 7) Jelaskan anjuran umum dalam merancang sebuah lembar alur / flow sheet!
- 8) Sebutkan contoh flow sheet!

Ringkasan

Teknik dokumentasi flow sheet (lembar alur) adalah bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah ditentukan sebelumnya. Tujuan pencatatan menggunakan teknik lembar alur/*flow sheet*, antara lain untuk kecepatan dan efisiensi pendokumentasian data dan asuhan, menggabungkan data yang jika tidak dikumpulkan akan tersebar dalam rekam medis pasien, mempermudah kontinuitas asuhan, mengurangi duplikasi dalam pencatatan, melindungi aspek legal pasien dan bidan, dapat melakukan pengkajian data pasien dengan

cepat, mudah membandingkan data pasien dan mendokumentasikan informasi yang akan digunakan dalam mengevaluasi keefektifan asuhan. Keuntungan dari teknik pendokumentasian flow sheet diantaranya yaitu untuk meningkatkan kualitas pencatatan observasi, memperkuat aspek legal, memperkuat atau menghargai standar asuhan, menjadikan dokumentasi kebidanan lebih tepat, dan mengurangi fragmentasi data pasien dan asuhan. Sedangkan kerugian utama dari teknik pendokumentasian flow sheet yaitu catatan medik pasien menjadi lebih banyak, potensial terjadi duplikasi catatan, memungkinkan adanya bagian yang tidak diisi yang menimbulkan kesalahan saat melakukan interpretasi dan memunculkan tanda tanya, dan keterbatasan ruang untuk melakukan pencatatan secara menyeluruh terhadap kejadian luar biasa.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah ditentukan sebelumnya adalah.....teknik dokumentasi flow sheet.
 - A. Tujuan
 - B. Pengertian
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian

- 2) Untuk kecepatan dan efisiensi pendokumentasian data dan asuhan adalah.....teknik dokumentasi flow sheet.
 - A. Tujuan
 - B. Pengertian
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian

- 3) Keseimbangan cairan (Intake dan Output) adalah.....teknik dokumentasi flow sheet.
 - A. Contoh
 - B. Bentuk
 - C. Model
 - D. Tipe

- 4) Melibatkan staf sistem informasi komputer untuk meninjau ulang konsep lembar alur adalah termasuk dokumentasi *flow sheet*.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Anjuran dalam membuat flow sheet
 - D. Pedoman

- 5) Melengkapi format dengan kata kunci adalah termasuk dokumentasi *flow sheet*.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Anjuran dalam membuat *flow sheet*
 - D. Pedoman
- 6) Potensial terjadi duplikasi catatan adalah termasuk dokumentasi *flow sheet*.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Anjuran dalam membuat *flow sheet*
 - D. Pedoman
- 7) Keterbatasan ruang untuk melakukan pencatatan secara menyeluruh terhadap kejadian luar biasa tanda tangan/paraf bidan termasuk dokumentasi *flow sheet*.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Anjuran dalam membuat *flow sheet*
 - D. Pedoman
- 8) Mengurangi fragmentasi data pasien dan asuhan adalah termasuk ... dokumentasi *flow sheet*.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Anjuran dalam membuat *flow sheet*
 - D. Pedoman
- 9) Jangan tinggalkan lembar checklist dalam keadaan kosong adalah termasuk....dokumentasi *flow sheet*.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Anjuran dalam membuat *flow sheet*
 - D. Pedoman
- 10) Sediakan lembar alur kosong untuk masing-masing pasien agar memungkinkan individualisasi data dan pendokumentasian asuhan pada pasien adalah termasuk.....dokumentasi *flow sheet*.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Anjuran dalam membuat *flow sheet*
 - D. Pedoman

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) C
- 3) A
- 4) D
- 5) C
- 6) A
- 7) D
- 8) A
- 9) C
- 10) B

Tes 2

- 1) B
- 2) A
- 3) A
- 4) C
- 5) D
- 6) A
- 7) A
- 8) B
- 9) D
- 10) C

Glosarium

- Dokumentasi : Pencatatan dan penyimpanan data penting.
- Fragmentasi : Relasi dipartisikan ke dalam beberapa bagian, setiap bagian disimpan pada lokasi yang berbeda.
- Fragmentasidata : Memisahkan relasi ke dalam beberapa fragmen. Tiap-tiap fragmen disimpan pada *site* yang berbeda.
- Flow sheet* : Lembar alur.

Daftar Pustaka

Widan & Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati(2009). Dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.

Fauziah, Afroh, &Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Varney (1997).Varney's Midwifery, 3rd Edition, Jones and Barlet Publishers, Sudbury: England.

BAB III MODEL DOKUMENTASI

Triwik Sri Mulati, M.Mid

PENDAHULUAN

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu di Bab III mata kuliah Dokumentasi Kebidanan. Bab III ini akan membahas tentang model dokumentasi. Model dokumentasi adalah cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan kebidanan. Bidan wajib melakukan pendokumentasian atas segala sesuatu yang telah dilakukannya saat melakukan asuhan kebidanan kepada klien ataupun keluarga dan masyarakat. Menurut anda, bagaimanakah model dokumentasi kebidanan itu? Apakah sama dengan model dokumentasi pada umumnya? Tentu saja, model dokumentasi kebidanan tidak jauh berbeda dengan model dokumentasi pada umumnya, hanya saja isi dari yang di dokumentasikan itu adalah data yang terkait dengan asuhan kebidanan. Nah...pertanyaan tersebut akan terjawab setelah Anda mempelajari Bab III ini. Selain itu Anda juga akan diajak mendiskusikan tentang manfaat mempelajari model-model dokumentasi, karena dengan memahami beberapa model dokumentasi, Anda dapat membuat pendokumentasian yang lebih baik yang memiliki lebih banyak keuntungan daripada kelemahannya.

Pembelajaran pada bab ini akan lebih mudah apabila Anda telah menyelesaikan materi tentang teknik dokumentasi. Pada Bab III ini Anda akan diajak untuk mengeksplorasi model dokumentasi yang digunakan di kebidanan dan disajikan di tiap topiknya. Bab III ini terdiri dari 5 topik yang membahas model dokumentasi berikut ini.

1. Topik 1 Model Dokumentasi *Problem Oriented Report (POR)*.
2. Topik 2 Model Dokumentasi *Source Oriented Record (SOR)*.
3. Topik 3 Model Dokumentasi *Model charting by expectation*.
4. Topik 4 Model Dokumentasi *Kardeks*.
5. Topik 5 Model Dokumentasi *Computer Based Patient Record (CPR)*.

Selanjutnya setelah Anda selesai mempelajari Bab III ini, Anda diharapkan memiliki kemampuan untuk menjelaskan kembali tentang model dokumentasi. Secara khusus, kompetensi yang didapat adalah mampu menjelaskan tentang model dokumentasi *Problem Oriented Report, Source Oriented Record, Charting by Expectation, Kardeks, dan Computer Based Patient Record*.

Topik 1

Model Dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR)

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, topik pertama yang Anda pelajari di bab ini adalah tentang model dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR). Di Topik 1 ini kita akan mempelajari tentang seluk beluk model dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR).

Saya yakin sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Ketika Anda melakukan dokumentasi tersebut, pasti menggunakan berbagai model. Tidak akan mungkin dari seluruh dokumentasi yang dilakukan akan menggunakan hanya satu model saja. Sama seperti ketika kita memakai baju, sama sama dari kain, tapi pasti modelnya akan berbeda beda. Bahkan ketika kita memakai seragam pun, kadang masih ada yang dibuat dengan model yang sedikit agak berbeda. Begitu juga dengan dokumentasi. Dokumentasi pun memiliki model yang berbeda-beda. Oleh karena itu di pembahasan berikut ini kita akan mendiskusikan salah satu model dokumentasi yaitu *Problem Oriented Record* (POR). Nah, saya mengajak Anda untuk mulai mencermati dari materi yang ada di Topik 1, bahkan bisa ditambah dengan membaca referensi lain yang telah dianjurkan sehingga anda akan memiliki pengetahuan yang dalam tentang model dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR) dan dapat menjelaskannya kembali. Selamat belajar.

A. PENGERTIAN *PROBLEM ORIENTED RECORD* (POR)

Apakah yang di maksud dengan model dokumentasi "*Problem Oriented Record* (POR)"? Dalam bukunya Wildan dan Hidayat (2009) menyatakan bahwa *Problem Oriented Record* (POR) adalah suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masalah klien, dapat menggunakan multi disiplin dengan mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide-ide dan pikiran anggota tim.

Pendekatan ini pertama kali diperkenalkan 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.

B. KOMPONEN *PROBLEM ORIENTED RECORD*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, sekarang kita akan mengupas tentang komponen apa saja yang terdapat pada model dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR).

Menurut Wildan dan Hidayat (2009) model dokumentasi POR terdiri dari empat komponen sebagai berikut.

1. Data Dasar

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:

- a. pengkajian keperawatan,
- b. riwayat penyakit/ kesehatan,
- c. pemeriksaan fisik,
- d. pengkajian ahli gizi,
- e. data penunjang hasil laboratorium).

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.

- 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.

- 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 yaitu diagnostik, usulan terapi, dan pendidikan klien.

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, dan 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. Tim 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.

- 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.

C. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN *PROBLEM ORIENTED RECORD*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, setelah Anda mempelajari tentang komponen dari model dokumentasi *Problem Oriented Record* maka sekarang kita akan mengupas tentang apakah keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi *Problem Oriented Record*.

1. Keuntungan

Keuntungan *Problem Oriented Record* menurut Wildan & Hidayat (2009) meliputi:

- a. Pencatatan sistem ini berfokus atau lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- b. Pencatatan tentang kontinuitas atau kesinambungan dari asuhan kebidanan.
- c. 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.
- d. 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 .
- e. Daftar masalah bertindak sebagai daftar isi dan mempermudah pencarian data dalam proses asuhan.
- f. Masalah yang membutuhkan intervensi (yang teridentifikasi dalam data dasar) dibicarakan dalam rencana asuhan.

2. Kerugian

Kerugian *Problem Oriented Record* menurut Wildan & Hidayat (2009) meliputi:

- a. Penekanan pada hanya berdasarkan masalah, penyakit, ketidakmampuan dan ketidakstabilan dapat mengakibatkan pada pendekatan pengobatan dan tindakan yang negatif.
- b. Sistem ini sulit digunakan apabila daftar tidak dimulai atau tidak secara terus menerus diperbaharui dan konsensus mengenai masalah belum disetujui, atau tidak ada batas waktu untuk evaluasi dan strategi untuk follow up belum disepakati atau terpelihara.
- c. Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru.
- d. Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
- e. SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.
- f. Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pencatatan jika flowsheet untuk pencatatan tidak tersedia.
- g. P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana tindakan.
- h. Tidak ada kepastian mengenai perubahan pencatatan distatus pasien, kejadian yang tidak diharapkan misalnya pasien jatuh, ketidakpuasan mungkin tidak lengkap pencatatannya. Dalam praktik catatan serupa mungkin tidak tertulis, bila tidak hubungannya dengan catatan sebelumnya.
- i. Kadang-kadang membingungkan kapan pencatatan dan tanggung jawab untuk *follow up*.

D. CONTOH MODEL DOKUMENTASI *PROBLEM ORIENTED RECORD*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan. Bagaimanakah format pendokumentasian *Problem Oriented Record*? Nah, kita akan cermati sekarang di sub topik ini. Format pendokumentasian POR disajikan pada Tabel 1 berikut ini.

Tabel 1. Format Pendokumentasian POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Subjektif : Data Objektif :			S : O : A : P :

Sumber: Wildan & Hidayat, 2009.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian model dokumentasi *Problem Oriented Record*!
- 2) Jelaskan komponen model dokumentasi *Problem Oriented Record* !
- 3) Jelaskan keuntungan model dokumentasi *Problem Oriented Record*!
- 4) Jelaskan kerugian model dokumentasi *Problem Oriented Record*!
- 5) Jelaskan format pendokumentasian *Problem Oriented Record*!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian model dokumentasi *Problem Oriented Record*.
- 2) Komponen dokumentasi *Problem Oriented Record*.

- 3) Keuntungan dan kerugian dokumentasi *Problem Oriented Record*.
- 4) Contoh model dokumentasi *Problem Oriented Record*.

Ringkasan

Model dokumentasi *Problem Oriented Record* adalah suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masalah klien, dapat menggunakan multi disiplin dengan mengaplikasikan pendekatan pemecahan masalah, mengarahkan ide-ide dan pikiran anggota tim. Komponen dari model dokumentasi *Problem Oriented Record* meliputi data dasar, daftar masalah, daftar awal rencana, dan catatan perkembangan. Pencatatan yang berfokus pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dibandingkan tugas dokumentasi merupakan salah satu keuntungan dari model dokumentasi ini. Sedangkan salah satu kerugiannya adalah penekanan yang hanya berdasarkan masalah, penyakit, ketidakmampuan, dan ketidakstabilan dapat mengakibatkan pada pendekatan pengobatan dan tindakan yang negatif.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari model dokumentasi POR adalah...
 - A. suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada klien.
 - B. suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada masalah klien.
 - C. suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada keluarga klien.
 - D. suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada lingkungan sosial klien.
- 2) Data dasar berisi kumpulan dari data atau semua informasi baik subyektif maupun obyektif adalah termasuk.....model dokumentasi POR.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 3) Catatan perkembangan membentuk rangkaian informasi dalam sistem pendekatan berorientasi masalah adalah merupakan..... model dokumentasi POR.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan

- C. Komponen
 - D. Tujuan
- 4) Pencatatan tentang kontinuitas atau kesinambungan dari asuhan kebidanan adalah termasuk model dokumentasi POR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 5) Masalah yang membutuhkan intervensi dibicarakan dalam rencana asuhan adalah termasuk.....model dokumentasi POR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 6) Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru adalah termasuk.... model dokumentasi POR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 7) Tidak ada kepastian mengenai perubahan pencatatan di status pasien adalah termasuk.....model dokumentasi POR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 8) Rencana asuhan merupakan hasil yang diharapkan dimana tindak lanjut dikembangkan untuk masalah yang teridentifikasi adalah termasuk.... model dokumentasi POR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 9) Yang termasuk dalam format model dokumentasi POR adalah.....
- A. Interpretasi data
 - B. Diagnosa Potensial

- C. Implementasi
- D. Daftar masalah

10) Rencana asuhan ditulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah adalah merupakan....model dokumentasi POR.

- A. Tujuan
- B. Kerugian
- C. Keuntungan
- D. Komponen

Topik 2

Model Dokumentasi *Source Oriented Record* (SOR)

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat Anda telah menyelesaikan pembelajaran tentang Problem Oriented Record. Saat ini Anda memasuki Topik 2 tentang model dokumentasi *Source Oriented Record* (SOR). Di topik 2 ini nanti kita akan mempelajari tentang seluk beluk Model Dokumentasi Source Oriented Record (SOR).

Apakah anda sudah pernah mempelajari tentang model dokumentasi *Source Oriented Record* (SOR)? Saya yakin sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Tapi barangkali ada sebagian dari Anda yang masih sedikit kurang paham tentang model dokumentasi *Source Oriented Record*. Hal tersebut sangat bisa dimaklumi karena model dokumentasi memang tidak hanya satu sehingga perlu pemahaman yang lebih baik. Nah, di topik ini mari kita belajar bersama tentang model dokumentasi *Source Oriented Record* sehingga harapannya Anda semua akan memiliki pemahaman yang lebih dalam dan detail. Selamat belajar.

A. PENGERTIAN *SOURCE ORIENTED RECORD* (SOR)

Apakah yang dimaksud dengan model dokumentasi "*source oriented record* (SOR)?" Dalam bukunya Wildan dan Hidayat (2009) menyatakan bahwa *source oriented record* (SOR) merupakan model dokumentasi yang berorientasi kepada sumber. Model ini umumnya diterapkan pada rawat inap. Didalam model ini terdapat catatan pasien ditulis oleh dokter dan riwayat keperawatan yang ditulis oleh perawat. Formulirnya terdiri dari formulir grafik, format pemberian obat, dan format catatan perawat yang berisi riwayat penyakit klien, perkembangan klien, pemeriksaan laboratorium, dan diagnostik.

Sementara itu, Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010) mengungkapkan bahwa *Source Oriented Record* (SOR) adalah suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan 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 informasi yang bersumber dari dokter, bidan, perawat, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit, dan perkembangan penyakit. Bidan menggunakan catatan kebidanan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing masing.

B. KOMPONEN *SOURCE ORIENTED RECORD*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, sekarang kita akan mengupas tentang komponen apa saja yang terdapat pada model dokumentasi *Source Oriented Record* (SOR). Menurut Wildan dan Hidayat (2009), model dokumentasi SOR terdiri dari lima komponen sebagai berikut.

1. Lembaran penerimaan berisi biodata, yaitu lembar yang berisi tentang identitas pasien, alasan pasien masuk rumah sakit/alasan pasien dirawat, kapan pasien masuk rumah sakit.
2. Lembar intruksi dokter, lembar yang berisi tentang segala sesuatu yang diinstruksikan oleh dokter untuk pengobatan dan untuk perawatan pasien, misalnya berupa tindakan medis atau terapi dokter.
3. Lembar riwayat medis atau penyakit, yaitu lembar yang berisi tentang riwayat penyakit yang pernah diderita oleh pasien dan keluarganya, biasanya berupa penyakit berat atau penyakit keturunan. Contohnya pada penyakit jantung dan diabetes melitus.
4. Catatan bidan, yaaitu lembar yang berisi tentang segala sesuatu yang direncanakan ataupun yang telah dilakukan oleh bidan dalam proses memberikan asuhan kebidanan.
5. Catatan laporan khusus, yaitu lembar yang berisi catatan khusus, misalnya catatan dari hasil kolaborasi dengan fisioterapis, ahli gizi.

C. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN *SOURCE ORIENTED RECORD*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, setelah Anda mempelajari tentang komponen dari model dokumentasi *Source Oriented Record* maka sekarang kita akan mendiskusikan tentang apakah keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi *Source Oriented Record* berdasarkan dari teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009).

1. Keuntungan SOR

Adapun keuntungan dari model dokumentasi SOR meliputi:

- a. Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi.
- b. Memudahkan bidan melakukan cara pendokumentasian.
- c. Proses pendokumentasian menjadi sederhana.

2. Kerugian SOR

Kerugian dari model dokumentasi SOR meliputi:

- a. Sulit untuk mencari data sebelumnya.
- b. Waktu pelaksanaan Asuhan Kebidanan memerlukan waktu yang banyak.
- c. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada klien.
- d. Perkembangan klien sulit untuk dipantau.

D. CONTOH MODEL DOKUMENTASI *SOURCE ORIENTED RECORD*

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, bagaimanakah format pendokumentasian *Source Oriented Record*? Tabel 2 berikut ini menyajikan format pendokumentasian SOR.

Tabel 2. Format Pendokumentasian SOR

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan perkembangan
Tgl/bln/thn	Waktu tindakan	Bidan	Catatan ini meliputi: pengkajian, identifikasi masalah, rencana tindakan, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi efektivitas tindakan, dan hasil. Bidan Nama & ttd
		Dokter	Catatan ini meliputi: observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru dan penyelesaiannya, rencana tindakan, dan pengobatan tertentu. Dokter Nama dan ttd

Sumber: Wildan & Hidayat (2009).

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian model dokumentasi *Source Oriented Record*!
- 2) Jelaskan komponen model dokumentasi *Source Oriented Record* !
- 3) Jelaskan keuntungan model dokumentasi *Source Oriented Record*!
- 4) Jelaskan kerugian model dokumentasi *Source Oriented Record*!
- 5) Jelaskan format pendokumentasian *Source Oriented Record*!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian model dokumentasi *Source Oriented Record*.
- 2) Komponen dokumentasi *Source Oriented Record*.
- 3) Keuntungan dan kerugian dokumentasi *Source Oriented Record*.
- 4) Contoh model dokumentasi *Source Oriented Record*.

Ringkasan

Pengertian dari model dokumentasi *Source Oriented Record* adalah model dokumentasi yang berorientasi kepada sumber informasi. Model ini menempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Model ini umumnya diterapkan pada rawat inap. 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. Di dalam model ini terdapat catatan pasien yang ditulis oleh dokter dan riwayat keperawatan yang ditulis oleh perawat. Formulirnya terdiri dari formulir grafik, format pemberian obat, format catatan perawat yang meliputi riwayat penyakit klien, perkembangan klien, pemeriksaan laboratorium, dan diagnostik. Komponen dari model dokumentasi *Source Oriented Record* ini meliputi lembaran penerimaan berisi biodata, lembar intruksi dokter, lembar riwayat medis atau penyakit, catatan bidan, dan catatan laporan khusus. Keuntungan dari SOR salah satunya adalah SOR mampu menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi. Sedangkan salah satu kerugiannya adalah sulit untuk mencari data sebelumnya.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari model dokumentasi SOR adalah...
 - A. Model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi.
 - B. Model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada informasi.
 - C. Model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada problem.
 - D. Model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada tujuan.

- 2) Model ini menempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan adalah termasuk.....model dokumentasi SOR.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian

- 3) Catatan bidan adalah termasuk.....model dokumentasi SOR.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan

- C. Komponen
 - D. Pengertian
- 4) Proses pendokumentasian menjadi sederhana adalah termasuk model dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 5) Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Pernyataan tersebut adalah termasuk.....model dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian
- 6) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada klien adalah termasuk.... model dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 7) Lembar riwayat medis atau penyakit adalah termasuk.....model dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 8) Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi, adalah termasuk.... model dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 9) Waktu pelaksanaan Asuhan Kebidanan memerlukan waktu yang banyak adalah termasukmodel dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan

- C. Komponen
- D. Tujuan

10) Yang termasuk dalam format pendokumentasian SOR adalah...

- A. Masalah
- B. Sumber
- C. Diagnosa
- D. Interpretasi data

Topik 3

Model Dokumentasi *Charting By Exception* (CBE)

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 3 model dokumentasi *Charting By Exception* (CBE). Di Topik 3 ini kita akan mempelajari tentang seluk beluk model dokumentasi *Charting By Exception*. Apakah *Charting By Exception* itu? Apakah anda sudah pernah mempelajari tentang model dokumentasi *Charting By Exception*? Nah, pertanyaan-pertanyaan tersebut akan kita bahas bersama di Topik 3 ini. Saya yakin, sebagian besar dari anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Tapi barangkali ada sebagian dari anda semua yang masih sedikit kurang paham tentang model dokumentasi *Charting By Exception*. Hal tersebut sangat bisa dimaklumi karena model dokumentasi memang tidak hanya satu sehingga perlu pemahaman yang lebih baik. Nah, di topik ini mari kita belajar bersama tentang model dokumentasi *Charting By Exception* (CBE) sehingga harapannya Anda semua akan memiliki pemahaman yang lebih dalam. Selamat belajar.

A. PENGERTIAN *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)

Apakah yang di maksud dengan model dokumentasi "*Charting By Exception* (CBE)"? Wildan dan Hidayat (2009) menyatakan bahwa *Charting By Exception* (CBE) merupakan model dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal/standar. Model *Charting By Exception* dibuat untuk mengatasi masalah pendokumentasian dengan membuat catatan pasien lebih nyata, hemat waktu dan mengakomodasi adanya informasi terbaru. Model ini dinilai lebih efektif dan efisien untuk mengurangi adanya duplikasi dan pengulangan dalam memasukkan data.

Model *Charting By Exception* terdiri dari beberapa elemen inti yaitu lembar alur, dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik, protocol dan instruksi incidental, data dasar kebidanan, rencana kebidanan berdasarkan diagnosis, dan catatan perkembangan (Fauziah, Afroh, & Sudarti, 2010).

1. Lembar Alur

Lembar alur sering digunakan dalam kebidanan umumnya untuk mendokumentasikan pengkajian fisik. Lembar ini dapat berupa lembar instruksi dokter, catatan grafik, catatan penyuluhan, catatan pemulangan yang semuanya dalam satu lembar.

2. Dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik

Pada sistem CBE juga terdapat standar praktik kebidanan untuk mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian yang sesuai dengan lingkup praktik bidan.

3. Protokol dan Instruksi Incidental

Pedoman ini untuk memperjelas intervensi bidan yang berkaitan dengan perjalanan klinis sehingga memudahkan dan mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian.

4. Data dasar kebidanan

Berupa bagian dalam bentuk catatan yang berisi riwayat kesehatan dan pengkajian fisik.

5. Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis

Menggunakan rencana kebidanan yang bersifat individu untuk setiap pasien. Focus pada diagnosis keperawatan yang spesifik mencakup faktor yang berhubungan dengan risiko, karakteristik penjas, data pengkajian yang mendukung munculnya diagnosis kebidanan.

6. Catatan perkembangan

Penggunaan SOAP dalam CBE sangat terbatas pada situasi:

- a. ketika diagnosis kebidanan diidentifikasi, diingatkan kembali, dinonaktifkan, atau diselesaikan,
- b. ketika hasil yang diharapkan dievaluasi,
- c. ketika ringkasna pemulangan dituliskan,
- d. ketika revisi besar terhadap rencana dituliskan.

B. KOMPONEN *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, sekarang kita akan mengupas tentang komponen apa saja yang terdapat pada model dokumentasi *Charting By Exception* (CBE).

Model dokumentasi CBE terdiri dari tiga komponen kunci sebagai berikut.

1. *Flowsheet* yang berupa kesimpulan penemuan yang penting dan menjabarkan indikator pengkajian dan penemuan termasuk instruksi dokter dan bidan, grafik, catatan pendidikan dan catatan pemulangan pasien.
2. Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik kebidanan sehingga dapat mengurangi pengurangan tentang hal rutin secara berulang kali. Oleh karena itu standar harus cukup spesifik dan menguraikan praktik kebidanan yang sebenarnya serta harus dilakukan oleh bidan di bangsal, walaupun ada standar khusus yang disusun sesuai unit masing-masing.
3. Formulir dokumentasi yang diletakkan di tempat tidur pasien. Pada pendokumentasian model *Charting By Exception* (CBE), rekam medis/*medical recordnya pasien* diletakkan di dekat tempat tidur pasien (biasanya digantungkan di pembatas tempat tidur pasien atau di letakkan di meja/tempat khusus dekat tempat tidur pasien). Tujuannya adalah

untuk memudahkan bagi dokter dan tenaga medis untuk mengakses rekam medis pasien.

C. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, setelah anda mempelajari tentang komponen dari model dokumentasi *charting by exception* (CBE) maka sekarang kita akan mendiskusikan tentang apakah keuntungan dan kerugian dari model dokumentasi *Charting By Exception* (CBE) (Wildan dan Hidayat, 2009).

1. Keuntungan CBE

Keuntungan dari model dokumentasi CBE meliputi:

- a. Tersusunya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi.
- b. Data yang tidak normal nampak jelas.
- c. Data yang tidak normal secara mudah ditandai dan dipahami.
- d. Data normal atau respon yang diharapkan tidak mengganggu informasi lain.
- e. Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan.
- f. Pencatatan dan duplikasi dapat dikurangi.
- g. Data klien dapat dicatat pada format klien secepatnya.
- h. Informasi klien yang terbaru dapat diletakkan di tempat tidur klien.
- i. Jumlah halaman yang digunakan dalam dokumentasi lebih sedikit.
- j. Rencana tindakan kebidanan disimpan sebagai catatan yang permanen.

2. Kerugian CBE

Kerugian dari model dokumentasi SOR meliputi:

- a. Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat tergantung pada "*checklist*".
- b. Kemungkinan ada pencatatan yang masih kosong atau tidak ada.
- c. Pencatatan rutin sering diabaikan.
- d. Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan.
- e. Tidak mengakomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain.
- f. Dokumentasi proses keperawatan tidak selalu berhubungan dengan adanya suatu kejadian.

D. PEDOMAN DAN FORMAT MODEL DOKUMENTASI *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, bagaimanakah pedoman pendokumentasian *Charting By Exception* (CBE)? Bagaimana juga dengan formatnya? Nah, kita akan simak bersama di sub topik ini.

Menurut wildan dan Hidayat (2009), pedoman pendokumentasian *Charting By Exception* (CBE) adalah sebagai berikut.

1. Data dasar dicatat untuk setiap klien dan disimpan sebagai catatan yang permanen.

2. Daftar diagnosa kebidanan disusun dan ditulis pada waktu masuk rumah sakit dan menyediakan daftar isi untuk semua diagnosa kebidanan.
3. Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnosa kebidanan pada saat klien pulang.
4. SOAP digunakan sebagai catatan respon klien terhadap intervensi melalui tempat tinggal klien.
5. Data diagnosa kebidanan dan perencanaan dapat dikembangkan.

Adapun format pendokumentasian *Charting By Exception* (CBE) adalah sebagai berikut.

1. Data dasar. Data dasar ini meliputi data subyektif dan data obyektif. Data subyektif yaitu dari anamnesa kepada klien/pasien yang meliputi biodata, keluhan, riwayat penyakit dll. Data obyektif yaitu data yang diperoleh dari pengamatan dan hasil pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Contohnya: data *vital sign* (tensi, suhu, nadi), pemeriksaan dari kepala sampai ke kaki (*head to toe*), pemeriksaan laborat, USG dan lain-lain.
2. Intervensi flow sheet, yaitu rencana tindakan yang ditulis secara flowsheet.
3. Grafik record, yaitu menuliskan data dalam bentuk grafik.
4. Catatan bimbingan pasien, yaitu catatan yang berisi tentang hal-hal yang sudah diinformasikan/dididikkan kepada klien/pasien dan keluarga. Contohnya yaitu catatan tentang penyuluhan kesehatan.
5. Catatan pasien pulang, yaitu catatan yang berisi tentang informasi kepulangan klien. Contoh: waktu diperbolehkannya pasien meninggalkan rumah sakit, hal-hal yang harus dihindari oleh pasien termasuk tindakan maupun makanan.
6. Format catatan asuhan kebidanan (menggunakan format SOAP), yaitu berisi tentang hasil pengkajian (data Subyektif dan obyektif, analisa data, penatalaksanaan dan evaluasi).
7. Daftar diagnosa yaitu daftar dari hasil kesimpulan kondisi klien berdasarkan dari data subyektif dan data obyektif.
8. Diagnosa dengan standar kebidanan yaitu kesimpulan kondisi klien berdasarkan dari data subyektif dan data obyektif dan yang memenuhi syarat nomenklatur kebidanani.
9. Profil asuhan kebidanan yaitu gambaran dari asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada pasien.

Format pendokumentasian tersebut di atas dapat lebih dijelaskan dengan menggunakan contoh penulisannya. Contoh pendokumentasian dengan model *Charting By Exception* (CBE) sebagai berikut.

Ny S (34 tahun) datang ke RSUD Sukoharjo . Masuk dengan keluhan utama: nyeri ulu hati dan merasa sangat pusing di daerah frontal. Hasil pemeriksaan fisik: tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 88 x/m, suhu 37⁰C. Usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri 16 cm, oedema pada wajah, ekstremitas atas (tangan dan jari jarinya) dan ekstremitas bawah (kaki), DJJ 120 x/m, pemeriksaan penunjang: Protein urin + 2.

Diagnosa: Seorang ibu hamil usia 34 tahun, usia kehamilan 28 minggu hamil dengan pre eklamsi.

Intervensi:

1. Jelaskan pada klien tentang kondisi kehamilannya.
2. Anjurkan ibu untuk bedrest.
3. Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi.

Evaluasi:

Subyektif : Pasien mengatakan masih nyeri di ulu hati dan pusing di daerah frontal.

Obyektif: Tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 88 x/m, suhu 37⁰C, DJJ 120 x/m.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian model dokumentasi *Charting By Exception!*
- 2) Jelaskan komponen model dokumentasi *Charting By Exception!*
- 3) Jelaskan keuntungan model dokumentasi *Charting By Exception!*
- 4) Jelaskan kerugian model dokumentasi *Charting By Exception!*
- 5) Jelaskan pedoman pendokumentasian *Charting By Exception!*
- 6) Jelaskan format pendokumentasian *Charting By Exception!*

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian model dokumentasi *Charting By Exception.*
- 2) Komponen dokumentasi *Charting By Exception.*
- 3) Keuntungan dan kerugian dokumentasi *Charting By Exception.*
- 4) Pedoman model dokumentasi *Charting By Exception.*
- 5) Format model dokumentasi *Charting By Exception.*

Ringkasan

Charting By Exception (CBE) merupakan model dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal/standar. *Model Charting By Exception* dibuat untuk mengatasi masalah pendokumentasian dengan membuat catatan pasien lebih nyata, hemat waktu, dan mengakomodasi adanya informasi terbaru. Model ini dinilai lebih efektif dan efisien untuk mengurangi adanya duplikasi dan pengulangan dalam memasukkan data. Model dokumentasi *Charting By Exception* terdiri dari tiga komponen kunci yaitu flowsheet yang berupa kesimpulan penemuan yang penting dan menjabarkan indikator pengkajian dan penemuan, dokumentasi dilakukan berdasarkan

standar praktik kebidanan sehingga dapat mengurangi hal rutin secara berulang kali, dan formulir dokumentasi yang diletakkan di tempat tidur pasien. Adapun salah satu keuntungan dari model CBE ini adalah tersusun standar minimal untuk pengkajian dan intervensi. Sedangkan salah satu kerugiannya adalah pencatatan narasinya secara singkat sehingga sangat tergantung pada checklist. Format model pendokumentasian CBE meliputi data dasar (riwayat dan pemeriksaan fisik), intervensi *flow sheet*, *grafik record*, catatan bimbingan pasien, catatan pasien pulang, format catatan asuhan kebidanan (menggunakan format SOAP), daftar diagnosa, diagnosa dengan standar kebidanan, dan profil asuhan kebidanan.

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari model dokumentasi CBE adalah...
 - A. Model dokumentasi yang mencatat secara naratif dan flowsheet dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal .
 - B. Model dokumentasi yang hanya mencatat secara flowsheet dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal .
 - C. Model dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal.
 - D. Model dokumentasi yang hanya mencatat secara cek list dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal.

- 2) Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan adalah termasuk.....model dokumentasi CBE.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian

- 3) Jumlah halaman yang digunakan dalam dokumentasi lebih sedikit adalah termasuk..... model dokumentasi CBE.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian

- 4) Data dasar (riwayat dan pemeriksaan fisik) adalah termasuk model dokumentasi CBE.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan

- C. Komponen
 - D. Format
- 5) Daftar diagnosa kebidanan disusun dan ditulis pada waktu masuk rumah sakit dan menyediakan daftar isi untuk semua diagnosa kebidanan adalah termasuk.....model dokumentasi CBE.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian
- 6) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada klien adalah termasuk.... model dokumentasi CBE.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pedoman
- 7) Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik kebidanan sehingga dapat mengurangi pengurangan tentang hal rutin secara berulang kali adalah termasuk.....model dokumentasi CBE.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 8) Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi adalah termasuk....model dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pedoman
- 9) Tidak mengakomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain adalah termasuk....model dokumentasi CBE.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pedoman

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

- 10) Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnosa kebidanan pada saat klien pulang adalah termasuk....model dokumentasi CBE.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pedoman

Topik 4

Model Dokumentasi Kardek

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 4 tentang model dokumentasi Kardek. Di Topik 4 ini nanti kita akan mempelajari tentang seluk beluk Model Dokumentasi Kardek.

Setiap bidan wajib melakukan pendokumentasian data yang bermakna yang berkaitan dengan kebidanan yang telah dilakukannya dalam proses asuhan kebidanan. Hanya kadang bidan masih kurang jelas memahami tentang model dokumentasi karena memang ada beberapa model. Salah satu dari model dokumentasi adalah model dokumentasi kardek. Apakah anda sudah paham betul dengan model dokumentasi kardek? Apakah kardek itu? Apakah keuntungan dan kerugian menggunakan pendokumentasian kardek? Nah...jawabannya akan Anda temukan setelah mempelajari Topik 4 ini. Harapannya, setelah mempelajari model dokumentasi kardek ini, Anda akan memiliki pemahaman yang lebih dalam tentang model dokumentasi kardek. Selamat belajar.

A. PENGERTIAN MODEL DOKUMENTASI KARDEK

Apakah yang di maksud dengan model dokumentasi “Kardek”? Wildan dan Hidayat (2009) menyatakan bahwa Kardek merupakan pendokumentasian tradisional yang dipergunakan di berbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu buku. Sistem ini terdiri dari serangkaian kartu yang disimpan pada indeks file yang dapat dengan mudah dipindahkan yang berisikan informasi yang diperlukan untuk asuhan setiap hari.

Kardek biasa juga disebut sebagai sistem kartu. Suatu sistem dokumentasi dengan menggunakan serangkaian kartu dan membuat data penting tentang klien, ringkasan problem klien, dan terapinya. Sebagai contohnya yaitu kartu ibu, kartu anak, kartu KB, dan lain sebagainya.

B. KOMPONEN MODEL DOKUMENTASI KARDEK

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, sekarang kita akan mengupas tentang komponen apa saja yang terdapat pada model dokumentasi kardek. Komponen model dokumentasi kardek meliputi data pasien, diagnosa kebidanan, pengobatan sekarang, tes diagnostik, dan kegiatan-kegiatan yang diperbolehkan (Wildan dan Hidayat, 2009).

1. Data Pasien.

Data pasien pada kardek meliputi:

- a. Nama, alamat, status perkawinan.
- b. Tanggal lahir.

- c. *Social security sumber.*
- d. Agama dan kepercayaan.

2. Diagnosa Kebidanan, berupa daftar prioritas masalah.

3. Pengobatan sekarang atau yang sedang dilakukan.

Data ini meliputi:

- a. Perawatan dan pengobatan.
- b. Diet.
- c. Intravenous therapy.
- d. Konsultasi.

4. Test Diagnostik.

Data yang ada di test diagnostik meliputi:

- a. Tanggal / Jadwal.
- b. Lengkap dengan hasilnya.

5. Kegiatan-Kegiatan yang Diperbolehkan, Berupa Kegiatan Sehari-Hari.

Kardek sering ditulis dengan pensil kecuali jika kardeks digunakan sebagai bagian permanen dari catatan klien maka harus ditulis dengan pena. Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009) menekankan beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam penulisan rencana asuhan pada kardeks, yaitu rencana asuhan ini ditulis ketika bidan:

- a. Membahas tentang masalah kebutuhan klien.
- b. Melakukan ronde setelah identifikasi atau peninjauan masalah klien.
- c. Setelah diskusi dengan anggota tim kesehatan lain yang bertanggung jawab terhadap klien.
- d. Setelah berinteraksi dengan klien dan keluarganya.

Pada kardeks harus ditulis tentang data pengkajian kebidanan yang berhubungan diagnostik, instruksi (observasi yang harus dilakukan, prosedur terkait dengan pemulihan, pemeliharaan, dan peningkatan kesehatan), cara khusus yang digunakan untuk mengimplementasikan tindakan kebidanan, melibatkan keluarga dan perencanaan pulang serta hasil yang diharapkan.

C. KEUNTUNGAN DAN KELEMAHAN MODEL DOKUMENTASI KARDEK

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, apa sajakah keuntungan dan kelemahan model dokumentasi kardek? Nah, kita akan simak bersama di sub topik ini. Menurut Wildan dan Hidayat (2009), keuntungan dan kelemahan model dokumentasi kardek adalah sebagai berikut.

1. Keuntungan Kardek

Keuntungan menggunakan sistem kardeks yaitu memungkinkan mengkomunikasikan informasi yang berguna kepada sesama anggota tim kebidanan tentang kebutuhan unik klien terkait diet, cara melakukan tindakan penanggulangan, cara meningkatkan peran serta klien, atau waktu yang tepat untuk melakukan kegiatan kebidanan tertentu.

2. Kelemahan kardek

Kelemahan dari sistem kardeks yaitu informasi dalam kardeks hanya terbatas untuk tim kebidanan saja (diisi tidak lengkap), tidak cukup tempat untuk menulis rencana kebidanan bagi klien dalam memasukkan data yang diperlukan dengan banyak masalah, tidak dibaca oleh bidan sebelum mereka memberikan pelayanan atau asuhan dan tidak *up to date*.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian model dokumentasi kardek!
- 2) Jelaskan komponen model dokumentasi kardek!
- 3) Jelaskan keuntungan model dokumentasi kardek!
- 4) Jelaskan kerugian model dokumentasi kardek!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian model dokumentasi kardek.
- 2) Komponen dokumentasi kardek.
- 3) Keuntungan dan kerugian kardek.

Ringkasan

Pengertian dari model dokumentasi kardek adalah pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu buku. Sistem ini terdiri dari serangkaian kartu yang disimpan pada indeks file yang dapat dengan mudah dipindahkan yang berisikan informasi yang diperlukan untuk asuhan setiap hari. Kardek biasa disebut sebagai sistem kartu yaitu suatu sistem dokumentasi dengan menggunakan serangkaian kartu dan membuat data penting tentang klien, ringkasan problem klien, dan terapinya. Contohnya seperti kartu ibu, kartu anak, kartu KB, dan lain sebagainya. Komponen model dokumentasi kardek meliputi data pasien, diagnosa kebidanan yang berupa daftar prioritas masalah, pengobatan sekarang atau yang sedang dilakukan, tes diagnostik, serta kegiatan sehari-hari yang diperbolehkan. Keuntungan menggunakan sistem

kardeks ini yaitu memungkinkan mengkomunikasikan informasi yang berguna kepada sesama anggota tim kebidanan. Sedangkan kelemahannya adalah informasi dalam kardeks yang hanya terbatas untuk tim kebidanan saja.

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari model dokumentasi kardek adalah...
 - A. Pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu buku.
 - B. Pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu narasi.
 - C. Pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu cek list.
 - D. Pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu flow sheet.

- 2) Menghemat suatu sistem dokumentasi dengan menggunakan serangkaian kartu dan membuat data penting tentang klien, ringkasan problem klien, dan terapinya adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian

- 3) Informasi dalam kardeks hanya terbatas untuk tim kebidanan saja adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
 - A. Kelemahan
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian

- 4) Tidak dibaca oleh bidan sebelum mereka memberikan pelayanan adalah termasukmodel dokumentasi kardek.
 - A. Kelemahan
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Format

- 5) Pengobatan sekarang atau yang sedang dilakukan adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian
- 6) Kegiatan-kegiatan yang diperbolehkan berupa kegiatan sehari-hari adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Pedoman
 - D. Komponen
- 7) Mengkomunikasikan informasi yang berguna kepada sesama anggota tim kebidanan tentang kebutuhan unik klien adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
- 8) Mengkomunikasikan cara meningkatkan peran serta klien adalah termasuk...model dokumentasi kardek.
- A. Kerugian
 - B. Komponen
 - C. Keuntungan
 - D. Pedoman
- 9) Mengkomunikasikan cara melakukan tindakan penanggulangan adalah termasuk...model dokumentasi kardek.
- A. Kerugian
 - B. Pengertian
 - C. Komponen
 - D. Keuntungan
- 10) Tes diagnostik adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pedoman

Topik 5

Model Dokumentasi Sistem Komputerisasi (*Computer Based Patient Record / CPR*)

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat Anda telah menyelesaikan pembelajaran tentang model dokumentasi *Problem Oriented Report, Source Oriented Record, Charting by Expectation*, dan *Kardeks*. Saat ini Anda memasuki Topik 5 yang merupakan topik terakhir dari Bab III ini. Di Topik 5 ini Anda akan mempelajari tentang model dokumentasi komputer/*Computer Based Patient Record (CPR)*. Di topik 5 ini nanti kita akan mempelajari tentang hal-hal yang berkaitan dengan model dokumentasi komputer.

Apakah yang dimaksud dengan model dokumentasi komputer? Pernahkan Anda melakukan pendokumentasian komputer yang biasa juga disebut dengan istilah *Computer Based Patient Record (CBR)*? Apakah keuntungan pendokumentasian komputer? Apakah kelemahan pendokumentasian komputer? Nah...saya mengajak Anda sekalian untuk mendalami tentang pendokumentasian komputer agar dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan di atas. Harapannya, setelah mempelajari model dokumentasi komputer, Anda akan memiliki pemahaman yang lebih dalam dan detail tentang model dokumentasi komputer. Selamat belajar.

A. PENGERTIAN MODEL DOKUMENTASI SISTEM KOMPUTERISASI

Apakah yang di maksud dengan model dokumentasi “Komputer”? Muslihatun, Mufdlilah, Setiyawati (2009) menyatakan bahwa model dokumentasi sistem komputerisasi adalah sistem komputer yang berperan dalam menyimpulkan, menyimpan proses, memberikan informasi yang diperlukan dalam kegiatan pelayanan kebidanan, penelitian, dan pendidikan.

Sedangkan menurut Wildan dan Hidayat (2009), menjelaskan bahwa model *computer based patient record (CPR)* atau yang dalam istilah bahasa Indonesia disebut sistem komputerisasi adalah suatu model pendokumentasian yang menggunakan sistem komputer dalam mencatat dan menyimpan data kebidanan. Model ini berupa segala bentuk catatan/dokumentasi terprogram secara jelas sehingga memudahkan dalam proses penegakan diagnosis dan mengurangi kegiatan pencatatan secara tradisional. Beberapa pertimbangan dalam penggunaan CPR ini adalah karena jumlah data yang dikumpulkan tentang kesehatan seseorang sangatlah banyak dan metode ini merupakan penghantaran informasi yang lebih efisien dan efektif. Dalam aplikasinya, terdapat beberapa keuntungan dan kelemahan CPR. Keuntungannya antara lain yaitu catatan dapat dibaca, catatan selalu siap sedia, produktivitas bidan membaik, mengurangi kerusakan catatan, menunjang proses asuhan kebidanan, mengurangi dokumentasi yang berlebihan, catatan kebidanan terkategori, laporan tercetak secara otomatis, dokumentasi sesuai dengan standar asuhan kebidanan, ketersediaan data, pencegahan kesalahan pemberian obat dan

mempermudah penetapan biaya. Sedangkan kerugiannya adalah biaya tinggi, keterbatasan dalam format pencatatan, kesulitan melepas lembar kerja, masalah keamanan dan kerahasiaan informasi pasien.

B. KEUNTUNGAN DAN KELEMAHAN SISTEM KOMPUTERISASI

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, setelah Anda mengetahui pengertian dari model dokumentasi komputer ini, pembelajaran kita lanjutkan pada keuntungan dan kelemahan dari model dokumentasi ini. Menurut wildan dan hidayat (2009), keuntungan dan kelemahan model dokumentasi sistem komputerisasi adalah sebagai berikut:

1. Keuntungan Sistem Komputerisasi

Keuntungan penggunaan dokumentasi dengan model komputerisasi ini meliputi:

- a. Meningkatkan pelayanan pada pasien, karena dengan pencatatan komputerisasi maka data pasien bisa lebih mudah diakses oleh tenaga kesehatan sehingga pasien tidak perlu menunggu terlalu lama, dibanding jika menggunakan pencatatan secara manual yang pengaksesan terhadap data pasien akan memakan waktu yang lebih lama.
- b. Meningkatkan pengembangan pada protokol, yaitu bahwa diaplikasikanya teknologi pada pendokumentasian sehingga prosedur pendokumentasian dilakukan dengan lebih modern dibanding jika menggunakan manual.
- c. Meningkatkan penatalaksanaan data dan komunikasi, yaitu bahwa data disimpan dengan tehnologi modern sehingga lebih awet dan jika diperlukan untuk dikomunikasikan ke pasien dan keluarga, maka data tersebut telah siap di akses/dikomunikasikan.
- d. Meningkatkan proses edukasi dan konseling pada pasien, yaitu bahwa edukasi dan konseling bisa dilakukan dengan media dari data yang telah tersimpan di komputer.
- e. Akurasi lebih tinggi, yaitu bahwa keabsahan/kevalidan keberadaan data lebih terjamin karena kemungkinan tertukar dengan data pasien lain sangat kecil jika pada saat entry data sudah benar.
- f. Menghemat biaya, karena menghemat penggunaan kertas yang banyak, juga akan sangat menghemat tempat penyimpanan data.
- g. Meningkatkan kepuasan pasien, karena data lebih cepat diakses sehingga pasien tidak terlalu lama menunggu untuk bisa mendapatkan data kesehatannya.
- h. Memperbaiki komunikasi antar bagian/anggota tim kesehatan, yaitu memperkecil komunikasi secara lisan dimana komunikasi secara lisan memiliki kerugian, salah satunya adanya faktor lupa dan kurang efektif.
- i. Menambahkan kesempatan untuk belajar, yaitu bisa dipakai sebagai media pembelajaran bagi tenaga kesehatan dan mahasiswa praktik.
- j. Untuk kepentingan penelitian, yaitu bisa dipakai sebagai data penelitian di bidang kebidanan/kesehatan.

- k. Untuk jaminan kualitas, yaitu meningkatkan kepuasan pelayanan kepada klien/pasien dan keluarga.
- l. Meningkatkan moral kinerja petugas yaitu dengan meminimalkan terjadinya risiko mal praktek akibat dari kesalahan data/tertukarnya data antara satu pasien dengan pasien lainnya.

2. Kelemahan Sistem Komputerisasi

Kelemahan model dokumentasi dengan sistem komputerisasi meliputi:

- a. *Malfunction*, yaitu tidak berfungsinya komputer sebagai alat karena kerusakan alat atau kurang bagusnya jaringan. Contohnya yaitu jika mati lampu/listrik.
- b. *Impersonal effect*, yaitu kurang terciptanya dampak kepada orang lain karena data pasien semua telah tersedia hanya di dalam satu alat komputer. Contoh: membatasi interaksi tenaga kesehatan dengan team nya.
- c. *Privacy*, yaitu sangat menjaga kerahasiaan.
- d. Informasi tidak akurat, hal ini jika saat memasukkan data tidak cermat maka informasi yang disimpan di komputer tentu saja tidak akurat.
- e. Kosakata terbatas, karena hanya menampilkan data-data saja secara tertulis jadi jika ada kebingungan, tidak ada informasi penjelasan lebih lanjut.
- f. Penyimpanan bahan cetakan dan biaya yang harus disediakan cukup besar untuk pengadaan beberapa unit komputer.

C. APLIKASI MODEL DOKUMENTASI SISTEM KOMPUTERISASI

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, pertanyaannya adalah bagaimanakah model dokumentasi sistem komputerisasi? Nah, kita akan cermati bersama di sub topik ini.

Menurut Wildan dan Hidayat (2009), aplikasi sistem komputerisasi dalam sistem informasi di rumah sakit, meliputi seluruh kegiatan untuk mendokumentasikan keberadaan pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pulang, sejak registrasi pasien, pengkajian data pasien, rencana pengobatan dan pelaksanaan asuhan, laporan hasil pengobatan, klasifikasi pasien, dan catatan perkembangan pasien.

Hal hal yang harus diperhatikan dalam penyediaan sistem komputerisasi ini antara lain perencanaan perlunya sistem komputer, pemilihan produk, pelatihan petugas pengguna, pemakaian sistem komputer, keamanan data, legalitas data (perlunya tanda tangan dokter), kebutuhan perangkat dan evaluasi keuntungan sistem komputer bagi pengguna, klien dan administrasi.

Pencatatan dengan sistem komputerisasi adalah salah satu tren yang paling diminati dalam pendokumentasian asuhan kebidanan dan keperawatan. Banyak institusi membuat atau membeli sistem komputerisasi yang menunjang praktik kebidanan. Berbagai kelompok dalam industri pelayanan kesehatan menggunakan istilah komputer dengan berbagai cara, salah satunya adalah catatan pasien berbasis komputer (*Computer Based Patient Record/CPR*).

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan pengertian model dokumentasi sistem komputerisasi!
- 2) Jelaskan keuntungan model dokumentasi sistem komputerisasi!
- 3) Jelaskan kerugian model dokumentasi sistem komputerisasi!
- 4) Jelaskan aplikasi model dokumentasi sistem komputerisasi!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian model dokumentasi sistem komputerisasi.
- 2) Keuntungan dan kerugian model dokumentasi sistem komputerisasi.
- 3) Aplikasi model dokumentasi sistem komputerisasi.

Ringkasan

Pengertian model dokumentasi sistem komputerisasi sebagai berikut adalah sistem komputer yang berperan dalam menyimpulkan, menyimpan proses, memberikan informasi yang diperlukan dalam kegiatan pelayanan kebidanan, penelitian, dan pendidikan. Beberapa keuntungan dari sistem komputerisasi ini diantaranya meningkatkan pelayanan pada pasien, meningkatkan pengembangan pada protokol, meningkatkan penatalaksanaan data dan komunikasi, serta meningkatkan proses edukasi dan konseling pada pasien. Sedangkan kelemahan dari sistem komputerisasi ini diantaranya malfunction, impersonal effect, privacy, informasi tidak akurat, dan kosa kata terbatas. Hal-hal yang harus diperhatikan dalam penyediaan sistem komputerisasi ini antara lain perencanaan perlunya sistem komputer, pemilihan produk, pelatihan petugas pengguna, pemakaian sistem komputer, keamanan data, legalitas data, kebutuhan perangkat dan evaluasi keuntungan sistem komputer bagi pengguna, klien, dan administrasi.

Tes 5

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari model dokumentasi sistem komputerisasi adalah...
 - A. Sistem komputer yang berperan dalam menyimpan proses dalam kegiatan pelayanan kebidanan.
 - B. Sistem komputer yang berperan memberikan informasi yang diperlukan dalam kegiatan pelayanan kebidanan.

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

- C. Sistem komputer yang berperan dalam menyimpulkan kegiatan pelayanan kebidanan.
 - D. Sistem komputer yang berperan dalam menyimpulkan, menyimpan proses, memberikan informasi yang diperlukan dalam kegiatan pelayanan kebidanan.
- 2) Meningkatkan penatalaksanaan data dan komunikasi adalah termasuk....model dokumentasi sistem komputerisasi.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian
- 3) *Impersonal effect* adalah termasuk.....model dokumentasi sistem komputerisasi.
- A. Kelemahan
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian
- 4) Meningkatkan kepuasan pasien dibaca oleh bidan sebelum mereka memberikan pelayanan adalah termasuk.....model dokumentasi sistem komputerisasi.
- A. Kelemahan
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Format
- 5) Laporan hasil pengobatan adalah termasuk.....model dokumentasi sistem komputerisasi.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Aplikasi
 - D. Pengertian
- 6) Pengkajian data pasien adalah termasuk....model dokumentasi sistem komputerisasi.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Aplikasi
 - D. Komponen
- 7) Untuk kepentingan penelitian adalah termasuk....model dokumentasi sistem komputerisasi.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan

- C. Komponen
 - D. Tujuan
- 8) Informasi tidak akurat adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
- A. Kerugian
 - B. Komponen
 - C. Keuntungan
 - D. Pedoman
- 9) Mendokumentasikan keberadaan pasien sejak pasien masuk rumah sakit sampai pulang adalah termasuk....model dokumentasi sistem komputerisasi.
- A. Kerugian
 - B. Pengertian
 - C. Aplikasi
 - D. Keuntungan
- 10) Klasifikasi pasien dan catatan perkembangan adalah termasuk....model dokumentasi sistem komputerisasi.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Pengertian
 - D. Aplikasi

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) B
- 2) C
- 3) C
- 4) B
- 5) B
- 6) A
- 7) A
- 8) C
- 9) D
- 10) D

Tes 2

- 1) A
- 2) D
- 3) C
- 4) B
- 5) D
- 6) A
- 7) C
- 8) B
- 9) A
- 10) B

Tes 3

- 1) C
- 2) B
- 3) B
- 4) D
- 5) A
- 6) D
- 7) C
- 8) B
- 9) A
- 10) D

Tes 4

- 1) A
- 2) D
- 3) A
- 4) A
- 5) C
- 6) D
- 7) B
- 8) C
- 9) D
- 10) C

Tes 5

- 1) D
- 2) B
- 3) A
- 4) B
- 5) C
- 6) C
- 7) B
- 8) A
- 9) C
- 10) D

Glosarium

<i>Individual based</i>	:	Berbasis Individu.
Community based	:	Berbasis Komunitas.
PMB	:	Praktik Mandiri Bidan.
TPP	:	Tempat Penerimaan Pasien.
KIUP	:	Kartu Identitas Utama Pasien.
TPPRI	:	Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap.
Ranap	:	Rawat Inap.

Daftar Pustaka

- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Gondodiputro, S. (2007). Rekam medis dan sistem informasi kesehatan di pelayanan kesehatan primer (Puskesmas). Diakses dari http://resources.unpad.ac.id/unpad/content/uploads/publikasi_dosen/Rekam%20Medis%20dan%20SIK.PDF.
- Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). Dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Pusdiknakes-WHO-JHIPIEGO. (2003). Konsep asuhan kebidnan. Jakarta: Pusdiknakes.
- Samil, R.S. (2001). Etika kedokteran Indonesia. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sweet, B & Tiran, D. (1997). *Maye's midwifery: a textbook for midwife*. London: Baillire Tindal.
- Varney (1997). *Varney's midwifery*, 3rd Edition. Sudbury England: Jones and Barlet Publishers.
- Widan & Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

BAB IV

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DAN SISTEM DOKUMENTASI PELAYANAN

Sih Rini Handajani, M.Mid

PENDAHULUAN

Salam hangat dan bahagia selalu, semoga Tuhan Yang Maha Esa senantiasa memberikan kekuatan, kemudahan dan kebarokahan dalam kehidupan kita, Amiin. Senang berjumpa lagi dengan Anda pada bab keempat ini. Di Bab IV ini kita akan mempelajari tentang sistem pengumpulan data rekam medik dan sistem dokumentasi pelayanan. Pada materi ini akan mencakup pembahasan tentang sistem pengumpulan data rekam medik di rumah sakit, Puskesmas, praktik mandiri bidan (PMB), baik rawat jalan maupun rawat inap guna memberikan gambaran nyata tentang pendokumentasian di pelayanan.

Bab IV ini terdiri dari 4 topik yaitu 1) sistem pengumpulan data rekam medik di rumah sakit, 2) sistem pengumpulan data rekam medik di Puskesmas dan PMB, 3) sistem dokumentasi pelayanan rawat jalan, dan 4) sistem dokumentasi pelayanan rawat inap. Setelah mempelajari bab ini, Anda akan mampu menjelaskan tentang sistem pengumpulan data rekam medik dan sistem dokumentasi pelayanan. Secara khusus, Anda akan mampu menjelaskan tentang:

1. Sistem pengumpulan data rekam medik di rumah sakit.
2. Sistem pengumpulan data rekam medik di Puskesmas.
3. Sistem pengumpulan data rekam medik di Bidan Praktik Mandiri (PMB).
4. Sistem dokumentasi pelayanan rawat jalan.
5. Sistem dokumentasi pelayanan rawat inap.

Pembelajaran bab ini sangat penting mengingat dalam tugasnya bidan akan selalu berhadapan dengan data rekam medik. Data rekam medik menjadi bukti tanggung gugat seorang bidan dalam melaksanakan tanggungjawabnya.

Topik 1

Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik di Rumah Sakit

Saudara mahasiswa, pada Topik 1 ini Anda akan mempelajari tentang sistem pengumpulan data rekam medik di rumah sakit. Hal ini kenapa penting, karena rekam medik adalah catatan atau dokumen yang menjadi dasar untuk Anda dalam melaksanakan asuhan dan menjadi bukti dari pelaksanaan asuhan yang sudah Anda berikan. Oleh karena itu, marilah kita mengupas sistem pengumpulan data rekam medik di rumah sakit.

A. REKAM MEDIK

Sebelum membahas tentang pengumpulan data rekam medik di berbagai layanan kesehatan, kita bahas terlebih dahulu tentang konsep rekam medik.

1. Pengertian

Rekam medik disini diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesis, penentuan fisik laboratorium, diagnose segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada klien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan layanan darurat. Banyak yang mengartikan rekam medik hanya merupakan catatan dan dokumen tentang keadaan klien, namun kalau dikaji lebih dalam, rekam medik tidak hanya sebagai catatan biasa, akan tetapi sudah merupakan segala informasi yang menyangkut seorang klien yang dapat dijadikan panduan dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan maupun tindakan medik lainnya yang diberikan kepada seorang klien yang datang ke rumah sakit.

Rekam medik mempunyai 2 bagian yang perlu diperhatikan yaitu bagian pertama adalah tentang INDIVIDU dan bagian kedua tentang MANAJEMEN. Yang dimaksud dengan INDIVIDU adalah suatu informasi tentang kondisi kesehatan dan penyakit klien yang bersangkutan dan sering disebut *PATIENT RECORD*. Sedangkan MANAJEMEN adalah suatu informasi tentang pertanggungjawaban apakah dari segi manajemen maupun keuangan dari kondisi kesehatan dan penyakit klien yang bersangkutan. Rekam medik juga merupakan kompilasi fakta tentang kondisi kesehatan dan penyakit seorang klien yang meliputi dua hal berikut.

- a. Data terdokumentasi tentang keadaan sakit sekarang dan waktu lampau.
- b. Pengobatan yang telah dan akan dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional secara

Secara umum, informasi yang tercantum dalam rekam medik seorang klien harus meliputi tiga hal berikut ini (Gondodiputro, 2007; Muslihatun, Mufdilah, & Setiyawati, 2009; Wildan & Hidayat, 2009).

- a. Siapa (*Who*) klien tersebut dan Siapa (*Who*) yang memberikan pelayanan kesehatan/medis.

- b. Apa (*What*), Kapan (*When*), Kenapa (*Why*), dan Bagaimana (*How*) pelayanan kesehatan/medis diberikan.
- c. Hasil akhir atau dampak (*outcome*) dari pelayanan kesehatan dan pengobatan

2. Tujuan

Seperti yang saudara ketahui, bahwa tujuan Rekam Medik adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan. Tanpa didukung suatu sistem pengelolaan rekam medik yang baik dan benar, maka tertib administrasi tidak akan berhasil. Kegunaan rekam medik antara lain meliputi beberapa aspek berikut ini.

a. Aspek Administrasi

Suatu berkas rekam medik mempunyai nilai administrasi karena isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan bidan dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.

b. Aspek Medis

Catatan tersebut dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada klien.

Contoh:

Identitas klien : nama, umur, jenis kelamin, alamat, status pernikahan, dsb.

Anamnesis : keluhan, riwayat penyakit, riwayat obstetric, dsb.

Pemeriksaan fisik : kepala, leher, perut dsb.

Hasil pemeriksaan laboratorium: seperti haemoglobin, LED (Laju Endap Darah).

c. Aspek Hukum

Menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka usaha menegakkan hukum serta penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan.

d. Aspek Keuangan

Isi rekam medik dapat dijadikan sebagai bahan untuk menetapkan biaya pembayaran pelayanan. Tanpa adanya bukti catatan tindakan /pelayanan, maka pembayaran tidak dapat dipertanggungjawabkan.

e. Aspek Penelitian

Berkas rekam medik mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data/informasi yang dapat digunakan sebagai aspek penelitian.

f. Aspek Pendidikan

Berkas rekam medik mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data/informasi tentang kronologis dari pelayanan medik yang diberikan pada klien.

g. Aspek Dokumentasi

Isi rekam medik menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan sarana kesehatan.

Berdasarkan aspek-aspek tersebut, maka rekam medik mempunyai kegunaan yang sangat luas meliputi beberapa hal berikut ini (Samil, 2001; Gondodiputro, 2007; Muslihatun dkk., 2009; Wildan & Hidayat, 2009).

- a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga kesehatan lainnya yang ikut ambil bagian dalam memberikan pelayanan kesehatan.
- b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/perawatan yang harus diberikan kepada seorang klien.
- c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama klien berkunjung/dirawat di rumah sakit.
- d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian, dan evaluasi terhadap program pelayanan serta kualitas pelayanan. Contoh kegunaan bagi seorang manajer yaitu:
 - 1) Berapa banyak klien baru dan lama yang datang ke sarana kesehatan kita.
 - 2) Distribusi jenis layanan yang dibutuhkan klien yang datang ke sarana kesehatan kita.
 - 3) Cakupan program yang nantinya di bandingkan dengan target program.
- e. Melindungi kepentingan hukum bagi klien, sarana kesehatan, maupun tenaga kesehatan yang terlibat.
- f. Menyediakan data dan informasi yang diperlukan untuk keperluan pengembangan program, pendidikan, dan penelitian.
- g. Sebagai dasar di dalam perhitungan biaya pembayaran pelayanan kesehatan.
- h. Menjadi sumber ingatan yang harus didokumentasikan serta bahan pertanggungjawaban dan laporan.

B. PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DI RUMAH SAKIT

Rekam medik berisi beberapa informasi yang mengandung nilai kerahasiaan dan informasi yang mengandung nilai kerahasiaan dan informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan. Beberapa informasi dalam rekam medik yang mengandung nilai kerahasiaan, antara lain berupa hasil wawancara, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan medik, dan catatan perkembangan. Identitas merupakan informasi dalam rekam medik yang tidak mengandung nilai kerahasiaan, tetapi harus tetap waspada.

Ada beberapa jenis pencatatan klien yang dirawat di rumah sakit, yaitu catatan medis umum, formulir rujukan, ringkasan klien pulang, dan surat kematian. Data yang disimpan tidak perlu banyak, tetapi mencukupi kebutuhan, misalnya catatan keadaan klinik klien yang harus diarsipkan menurut kebijaksanaan tempat pelayanan. Catatan asuhan pada klien harus disesuaikan dengan laporan kewaspadaan penyakit, misalnya kejadian AIDS.

Saudara-saudara, catatan asuhan pada klien dianalisis setiap 6-12 bulan yang meliputi jumlah klien yang dirawat, jumlah klien yang pulang, jumlah klien yang meninggal, kondisi

utama klien menurut umur dan jenis kelamin, serta catatan tentang kekurangan obat, alat, dan petugas. Apabila catatan asuhan pada klien ini dibutuhkan untuk kepentingan administrasi lain, pastikan bahwa nama dan nomor identifikasi dapat dihubungkan dengan catatan lainnya. Catatan tentang asuhan pada klien ini disimpan minimal untuk satu tahun.

Catatan medis tentang klien terbagi menjadi dua bagian yaitu catatan klien dirawat dan pengamatan lanjutan selama dirawat. Pada catatan klien dirawat berisi:

1. Alasan dirawat.
2. Riwayat penyakit.
3. Terapi yang sudah diberikan.
4. Catatan lain seperti keadaan ibu dan keluarga. Catatan pada bagian ini disusun dalam bentuk pernyataan singkat (*checklist*).

Bagian kedua dari catatan medis tentang klien adalah pengamatan lanjutan selama dirawat. Catatan ini terdiri atas:

1. Catatan harian klien yang dibuat oleh dokter dan catatan harian klien yang dibuat bidan.
2. Catatan dokter meliputi instruksi terapi, nutrisi dan hasil pengamatan serta keadaan klinis yang ditemukan.
3. Catatan disusun dalam bentuk kolom selama klien dalam masa perawatan dan pengobatan. Catatan ini merupakan catatan rahasia, terbatas hanya untuk kepentingan medis bagi klien dan orang tuanya yang tersimpan di dekat klien.

Catatan tentang ringkasan klien pulang mencakup informasi orang tua/keluarga klien dan tenaga kesehatan yang memberikan perawatan lanjutan. Catatan ini memuat data klien selama dirawat, meliputi:

1. Tanggal masuk rumah sakit.
2. Lama dirawat.
3. Indikasi dirawat.
4. Perjalanan penyakit.
5. Terapi yang telah diberikan.
6. Diagnosis akhir dan instruksi selama di rumah, mencakup terapi yang harus diberikan, lamanya serta catatan lanjutan selama kunjungan (mengapa, kapan, dan dimana).

Ruang lingkup kegiatan pelayanan rekam medik di institusi pelayanan kesehatan pada umumnya sama. Kegiatan pelayanan rekam medik baik di rumah sakit, Puskesmas, maupun Bidan Praktik Mandiri adalah sebagai berikut:

1. Penerimaan klien.

Kegiatan pelayanan rekam medik di rumah sakit yang pertama adalah penerimaan klien. Penerimaan klien di rumah sakit ada dua cara yaitu klien rawat jalan dan rawat inap (ranap). Klien rawat jalan bisa diterima melalui poliklinik maupun unit gawat darurat. Klien yang datang melalui poliklinik, bisa datang langsung maupun datang dengan perjanjian.

Menurut kedatangannya, klien rawat jalan dibedakan menjadi dua, yaitu klien baru dan klien lama. Klien rawat jalan yang datang ke rumah sakit setelah mendapatkan pelayanan di poliklinik bisa langsung pulang, dirujuk ke rumah sakit lain atau menjalani rawat inap (ranap).

2. Pencatatan (*recording*).

Kegiatan pelayanan rekam medik di rumah sakit yang kedua adalah pencatatan (*recording*). Untuk memudahkan pencatatan, digunakan sistem penomoran, sistem penomoran ini meliputi: nomor seriklien, unit kunjungan pertama klien dan seri unit kunjungan.

3. Pengolahan data medik.

Langkah kegiatan rekam medik di rumah sakit yang ketiga adalah pengolahan data. Setelah data dikumpulkan, dilakukan pengolahan data, kemudian dianalisis dan disajikan dalam bentuk informasi.

4. Penyimpanan berkas rekam medik.

Kegiatan pelayanan kegiatan rekam medik di rumah sakit yang ke empat adalah penyimpanan (*filling*). Ada dua cara penyimpanan data rekam medik, yaitu secara sentralisasi dan desentralisasi. Pada penyimpanan terpusat (sentralisasi), berkas rekam medis rawat jalan, rawat inap (ranap) dan gawat darurat disimpan dalam arsip tunggal dan satu lokasi (sentral). Pada penyimpanan tidak terpusat (desentralisasi), berkas rekam medik masing-masing unit (rawat jalan, rawat inap dan gawat darurat), disimpan di unit masing-masing. Penyimpanan sentralisasi mempunyai beberapa keuntungan, antara lain : mencegah duplikasi data, efisiensi penggunaan ruang dan peralatan, prosedur dan kebijakan kegiatan terstandarisasi, memudahkan kontrol dan keamanan berkas serta supervisi petugas penyimpanan lebih konsisten.

Penyimpanan data bisa dilakukan berdasarkan kelompok angka terakhir (*terminal digit filling system*). Kelompok angka pada nomor seri rekam medik biasanya terdiri dari 6 digit yang dibagi menjadi tiga kelompok angka. Masing-masing kelompok angka terdiri atas dua angka. Kelompok angka pertama adalah dua digit terakhir menunjukkan sub rak penyimpanan. Kelompok angka kedua adalah dua digit ditengah, menunjukkan sub rak. Kelompok angka ketiga adalah dua digit pertama (paling kiri), menunjukkan urutan (Muslihatun dkk., 2009).

5. Peminjaman berkas rekam medik.

Kegiatan pelayanan rekam medik yang kelima adalah pengambilan /peminjaman berkas. Berkas diambil dengan tracer dan dikembalikan tepat waktu untuk menghindari hilangnya data. Kontrol terhadap peminjaman berkas, dilakukan dengan cara mengisi "*requisition slip*" yang berisi : nomor rekam medik, nama klien, unit peminjam dan tanggal peminjaman. Pada saat berkas rekam medik sedang keluar dari rak penyimpanan (sedang dipinjam), maka tempat berkas tersebut diganti dengan berkas "*outguide*".

Aturan dan prosedur umum dalam pengarsipan rekam medik klien di rumah sakit, antara lain: ketika berkas dikembalikan, sebelum disimpan harus diperiksa dan diurutkan dahulu untuk memudahkan penyimpanan kembali. Penyimpanan hanya dilakukan oleh petugas penyimpanan berkas. Berkas dengan folder yang sobek harus segera diperbaiki dan lembaran yang lepas harus segera disatukan dengan file induk (Muslihatun dkk., 2009).

Saudara-saudara, diperlukan pemeriksaan arsip secara berkala, untuk menemukan kesalahan letak dan berkas yang belum kembali. Berkas khusus disimpan tersendiri dilokasi penyimpanan diletakkan outguide. Petugas file bertanggung jawab terhadap kerapian dan keteraturan rak file. Berkas yang sedang dalam proses atau digunakan untuk keperluan lain, harus berada dilokasi yang jelas. Harus tersedia prosedur tertulis tentang penyimpanan berkas. Berkas rekam medik yang tebal dapat dibagi atas beberapa volume, tetapi diarsipkan bersama pada satu lokasi.

Para mahasiswa yang saya banggakan, topik mengenai sistem pengumpulan data di rumah sakit telah Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apakah pengertian rekam medik itu?
- 2) Apakah tujuan dari adanya rekam medik?
- 3) Sebutkan jenis pencatatan klien yang dirawat di rumah sakit!
- 4) Sebutkan kegiatan pelayanan rekam medik di rumah sakit!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Pengertian rekam medik.
- 2) Tujuan rekam medik.
- 3) Jenis pencatatan klien di rumah sakit.
- 4) Kegiatan pelayanan rekam medik di rumah sakit

Ringkasan

Rekam medik diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada klien, dan pengobatan baik yang di rawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan layanan darurat. Rekam medik mempunyai 2 bagian yang perlu

diperhatikan yaitu tentang INDIVIDU dan tentang MANAJEMEN. Tujuan rekam medik adalah sebagai aspek administrasi, medis, hukum, keuangan, penelitian, pendidikan dan dokumentasi. Ada beberapa jenis pencatatan klien yang dirawat di rumah sakit, yaitu catatan medis umum, formulir rujukan, ringkasan klien pulang, dan surat kematian. Kegiatan pelayanan rekam medik di rumah sakit antara lain penerimaan klien, pencatatan, pengolahan data medik, penyimpanan berkas rekam medik, dan peminjaman berkas rekam medik.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Informasi yang tercantum dalam rekam medik seorang klien harus meliputi...
 - A. Who, what, when, why, how, outcome
 - B. What, when, why, how, outcome
 - C. When, why, how, outcome
 - D. Why, how, outcome

- 2) Rekam medik mempunyai 2 bagian yang perlu diperhatikan yaitu...
 - A. Tentang INDIVIDU dan MANAJEMEN
 - B. Tentang INDIVIDU
 - C. Tentang MANAJEMEN
 - D. Tentang outcome

- 3) Di bawah ini adalah tujuan rekam medik...
 - A. Aspek Individu
 - B. Aspek Manajemen
 - C. Aspek Outcome
 - D. Aspek Administrasi

- 4) Ada beberapa jenis pencatatan klien yang dirawat di rumah sakit, yaitu...
 - A. Catatan medis umum, formulir rujukan, ringkasan klien pulang, dan surat kematian
 - B. Formulir rujukan, ringkasan klien pulang, dan surat kematian
 - C. Formulir rujukan, ringkasan klien pulang, dan surat kematian
 - D. Formulir rujukan, ringkasan klien pulang, dan surat kematian

- 5) Kegiatan pelayanan rekam medik di rumah sakit meliputi...
 - A. Penerimaan klien, pencatatan, pengolahan data medik, penyimpanan berkas RM, peminjaman RM
 - B. Pencatatan, pengolahan data medik, penyimpanan berkas RM, peminjaman RM
 - C. Pengolahan data medik, penyimpanan berkas RM, peminjaman RM
 - D. Penyimpanan berkas RM, peminjaman RM

Topik 2

Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik di Puskesmas dan Praktik Mandiri Bidan (PMB)

Saudara, diatas Anda telah mempelajari tentang sistem pengumpulan data di rumah sakit. Sekarang anda akan belajar sistem pengumpulan data di Puskesmas dan Praktik Mandiri Bidan (PMB). Hal ini berguna agar dalam melaksanakan tugas sebagai bidan di Puskesmas ataupun di PMB dapat berjalan dengan baik dan memiliki tanggungugat. Rekam medik di Puskesmas dan PMB merupakan salah satu sumber data penting yang nantinya akan diolah menjadi informasi.

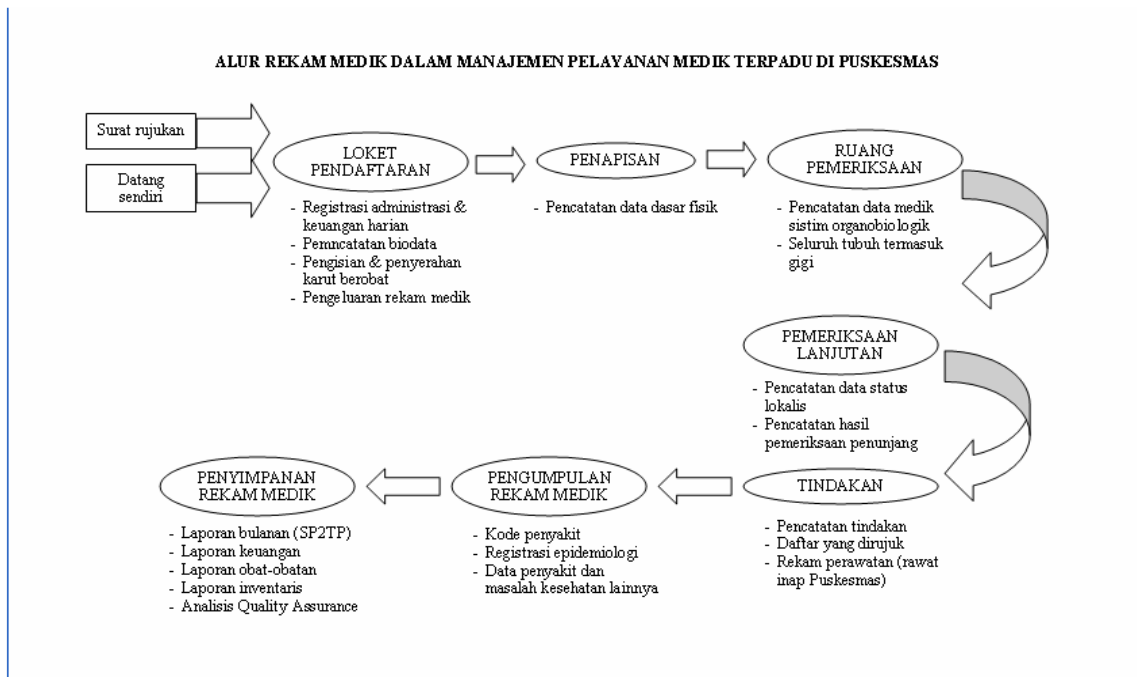
A. SISTEM PENGUMPULAN DATA DI PUSKESMAS

1. Status Rekam Medik di Puskesmas

Jenis-jenis kartu atau status rekam medik yang ada di Puskesmas sangat bervariasi, tergantung sasarannya. Berikut beberapa contoh status rekam medik di Puskesmas.

- a. Family Folder.
- b. Kartu Tanda Pengenal.
- c. Kartu Rawat Jalan.
- d. Kartu Rawat Tinggal.
- e. Kartu Ibu.
- f. Kartu Anak.
- g. KMS Balita, anak sekolah, Ibu hamil dan Usila.
- h. Kartu tumbuh kembang balita.

Sebagai gambaran, alur klien atau rekam medik yang terjadi di Puskesmas terlihat pada Gambar 1 di bawah ini.



Gambar 1. Alur rekam medik dalam manajemen pelayanan medik terpadu di Puskesmas (Sumber: Gondodiputro, 2007)

Berdasarkan Gambar 1 tersebut terlihat bahwa klien yang datang ke Puskesmas dapat datang sendiri atau membawa surat rujukan. Di Unit Pendaftaran, identitas klien dicatat di kartu atau status rekam medik dan selanjutnya klien beserta kartu atau status rekam mediknya dibawa ke Ruang Pemeriksaan. Oleh tenaga kesehatan, klien tersebut dianamnesia dan diperiksa serta kalau dibutuhkan dilakukan pemeriksaan penunjang. Akhirnya dilakukan penegakkan diagnosa dan sesuai kebutuhan, klien tersebut diberi obat atau tindakan medis lainnya. Ke semua pelayanan kesehatan ini dicatat dalam kartu atau status rekam medik. Setiap tenaga kesehatan yang melakukan pelayanan kesehatan dan atau tindakan medis harus menuliskan nama dan membubuhi tandatangannya kartu atau status rekam medik tersebut. Semua kegiatan ini merupakan kegiatan bagian pertama rekam medik (**PATIENT RECORD**). Setelah melalui ini semua, klien dapat pulang atau dirujuk. Namun demikian kegiatan pengelolaan rekam medik tidak berhenti. Kartu atau status rekam medik dikumpulkan, biasanya kembali ke ruang pendaftaran untuk dilakukan koseling penyakit dan juga pendataan di buku-buku register harian yang telah disediakan. Setelah diolah, kartu atau status rekam medik dikembalikan ke tempatnya di Ruang Pendaftaran agar lain kali klien yang sama datang, maka kartu atau status rekam mediknya dapat dipergunakan kembali. Kegiatan selanjutnya adalah kegiatan bagian kedua rekam medik yaitu **MANAJEMEN** berupa rekapitulasi harian, bulanan, triwulanan, semester dan tahunan dari informasi yang ada di kartu atau status rekam medik klien.

Kegiatan selanjutnya adalah berkaitan dengan pengolahan data. Adapun ruang lingkup kegiatan pengolahan dan analisa pada tingkat Puskesmas adalah:

- a. Mengkompilasi data dari puskesmas baik dalam gedung maupun luar gedung.

- b. Mentabulasi data upaya kesehatan yang diberikan kepada masyarakat yang dibedakan atas dalam wilayah dan luar wilayah.
- c. Menyusun kartu index penyakit.
- d. Menyusun sensus harian untuk mengolah data kesakitan.
- e. Melakukan berbagai perhitungan-perhitungan dengan menggunakan data denominator dan lain-lain. (Gondodiputro, 2007).

2. Buku Register di Puskesmas

Buku-buku register yang ada di puskesmas cukup banyak, seperti:

- a. Rawat jalan.
- b. Rawat inap, bila Puskesmas tersebut mempunyai rawat inap.
- c. Kesehatan ibu dan anak.
- d. Kohort ibu.
- e. Kohort balita.
- f. Gizi.
- g. Penyakit menular.
- h. Kusta.
- i. Kohort kasus tuberculosa.
- j. Kasus demam berdarah.
- k. Pemberantasan sarang nyamuk.
- l. Tetanus neonatorum.
- m. Rawat jalan gigi.
- n. Obat.
- o. Laboratorium.
- p. Perawatan kesehatan masyarakat
- q. Peran serta masyarakat.
- r. Keseharan lingkungan.
- s. Usaha kesehatan sekolah.
- t. Posyandu, dan lain-lain.

Semua register tersebut dikompilasi menjadi laporan bulanan, laporan bulanan sentinel, dan laporan tahunan.

a. Laporan Bulanan

Laporan bulanan yang harus dilakukan oleh puskesmas adalah:

- 1) LB1 data kesakitan, berasal dari kartu atau status rekam medik klien.
- 2) LB2 data obat-obatan.
- 3) LB3 gizi, KIA, imunisasi , P2M.
- 4) LB4 kegiatan Puskesmas.

b. Laporan Bulanan Sentinel (SST)

Laporan bulanan sentinel yang harus dilakukan oleh Puskesmas adalah:

- 1) LB1S data penyakit dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I), ISPA, dan diare. Khusus untuk Puskesmas sentinel (ditunjuk).

- 2) LB2S data KIA, Gizi, tetanus neonatorum, dan PAK. Khusus untuk Puskesmas dengan TT.
- c. Laporan Tahunan
- Laporan tahunan yang harus dilakukan oleh Puskesmas adalah:
- 1) LSD1 data dasar Puskesmas.
 - 2) LSD2 data Kepegawaian.
 - 3) LSD3 data peralatan.

Seluruh laporan tersebut merupakan fakta yang digunakan untuk proses perencanaan Puskesmas demi menunjang peningkatan pelayanan kesehatan yang bermutu.

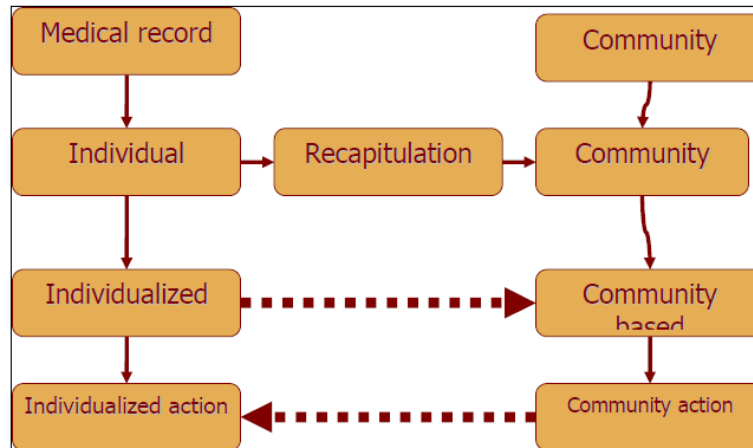
3. Sistem Informasi Kesehatan

Definisi sistem informasi kesehatan adalah "*integrated effort to collect, process, report and use health information and knowledge to influence policy-making, programme action and research*". Definisi ini mengandung arti bahwa kita harus memproses data menjadi informasi yang nantinya digunakan untuk penyusunan kegiatan atau program dan penelitian. Subsistem manajemen kesehatan dalam Sistem Kesehatan Nasional (2004) merupakan tatanan yang menghimpun berbagai upaya administrasi kesehatan yang ditopang oleh pengelolaan data dan informasi, pengembangan dan penerapan ilmu pengetahuan dan teknologi, serta pengaturan hukum kesehatan secara terpadu dan saling mendukung, guna menjamin tercapainya derajat kesehatan yang setinggi-tingginya. Informasi kesehatan adalah hasil pengumpulan dan pengolahan data yang merupakan masukan bagi pengambilan keputusan di bidang kesehatan. Prinsip-prinsip penyelenggaraan informasi kesehatan adalah sebagai berikut.

- a. Mencakup seluruh data yang terkait dengan kesehatan, baik yang berasal dari sektor kesehatan ataupun dari berbagai sektor pembangunan lain.
- b. Mendukung proses pengambilan keputusan di berbagai jenjang administrasi kesehatan.
- c. Disediakan sesuai dengan kebutuhan informasi untuk pengambilan keputusan.
- d. Disediakan harus akurat dan disajikan secara cepat dan tepat waktu dengan mendayagunakan teknologi informasi dan komunikasi.
- e. Pengelolaan informasi kesehatan harus dapat memadukan pengumpulan data melalui cara-cara rutin (seperti pencatatan dan pelaporan) dan cara-cara non rutin (seperti survei, dan lain-lain.)
- f. Akses terhadap informasi kesehatan harus memperhatikan aspek kerahasiaan yang berlaku di bidang kesehatan dan kedokteran.

Berkaitan dengan pengumpulan data, terdapat 2 jenis pengumpulan data yaitu **INDIVIDUAL BASED** dan **COMMUNITY BASED**. **INDIVIDUAL BASED** berasal dari kartu atau status rekam medik yang direkapitulasi. Hasil rekapitulasi ini dapat digunakan untuk kepentingan institusi dan juga untuk kepentingan masyarakat. **COMMUNITY BASED** berasal dari hasil *surveillance* atau studi yang dilakukan di masyarakat. Hasil-hasil tersebut dapat

digunakan untuk kepentingan masyarakat dan juga kepentingan individu seperti yang tercantum pada diagram di Gambar 2 berikut ini.



Gambar 2. Sumber informasi kesehatan

Adanya pengumpulan data dari masyarakat dapat memberikan beberapa informasi berikut ini.

- Health determinants* seperti sosial ekonomi, lingkungan, perilaku, dan faktor genetik.
- Masukan (*inputs*) untuk sistem kesehatan dan proses yang berhubungan dengan penggunaan masukan seperti kebijakan, organisasi, infrastruktur kesehatan, fasilitas dan peralatan, biaya, sumber daya manusia, pendanaan kesehatan, dan sistem informasi kesehatan sendiri.
- Keluaran (*Performance/outputs*) dari keberhasilan atau kegagalan sistem kesehatan seperti *availability*, *quality*, dan penggunaan informasi kesehatan serta sarana kesehatan (*utility*).
- Health outcomes* (seperti *mortalitas*, *morbiditas*, *kecacatan*, *wabah penyakit*, dan *status kesehatan*).
- Faktor penentu dalam ketidakadilan kesehatan (*Health inequities in determinants*), cakupan dan penggunaan suatu layanan, dan dampak jangka panjang (*outcomes*) termasuk jenis kelamin, status sosial ekonomi, kelompok etnis, dan lokasi geografi.

Adapun pemanfaatan informasi yang berasal dari Puskesmas dapat berupa:

- Cakupan program misalnya cakupan KIA, gizi, cakupan imunisasi, dan lain-lain.
- Gambaran kunjungan di puskesmas.
- Gambaran penyakit terbanyak berdasarkan umur dan jenis kelamin, penyakit menular (*Communicable diseases*), dan penyakit tak menular (*Non communicable diseases*).
- Gambaran penyebab kematian berdasarkan umur, penyakit menular (*Communicable diseases*), dan penyakit tidak menular (*Non communicable diseases*).
- Gambaran penyakit-penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi.

- f. Gambaran penggunaan obat di Puskesmas.
- g. Gambaran hubungan antara pola penyakit dan pola penggunaan obat, dan lain-lain.

Untuk melakukan perhitungan-perhitungan cakupan tersebut, maka dibutuhkan indikator sebagai berikut.

- a. Variabel yang membantu kita dalam mengukur perubahan-perubahan yang terjadi baik secara langsung maupun tidak langsung (WHO, 1981).
- b. Suatu ukuran tidak langsung dari suatu kejadian atau kondisi. Misalnya berat badan bayi berdasarkan umur adalah indikator bagi status gizi bayi tersebut (Wilson & Sapanuchart, 1993).
- c. Statistik dari hal normatif yang menjadi perhatian kita yang dapat membantu kita dalam membuat penilaian ringkas, komprehensif dan berimbang terhadap kondisi-kondisi atau aspek-aspek penting dari suatu masyarakat (Departemen Kesehatan, Pendidikan dan Kesejahteraan Amerika Serikat, 1969).

Berdasarkan definisi di atas jelas bahwa indikator adalah variabel yang dapat digunakan untuk mengevaluasi keadaan atau status dan memungkinkan dilakukannya pengukuran terhadap perubahan-perubahan yang terjadi dari waktu ke waktu. Suatu indikator tidak selalu menjelaskan keadaan secara keseluruhan, tetapi kerap kali hanya memberi petunjuk (indikasi) tentang keadaan keseluruhan tersebut sebagai suatu pendugaan (*proxy*). Misalnya insidens diare yang didapat dari mengolah data kunjungan klien Puskesmas hanya menunjukkan sebagian saja dari kejadian diare yang melanda masyarakat. Indikator adalah ukuran yang bersifat kuantitatif dan umumnya terdiri atas pembilang (*numerator*) dan penyebut (*denominator*).

Pada buku pedoman Indikator Indonesia Sehat 2010, klasifikasi indikator dikategorikan sebagai berikut.

- a. Indikator hasil akhir yaitu derajat kesehatan yang meliputi indikator mortalitas, indikator morbiditas dan indikator status gizi.
- b. Indikator hasil antara, meliputi indikator-indikator keadaan lingkungan, perilaku hidup masyarakat, serta indikator akses dan mutu pelayanan kesehatan.
- c. Indikator proses dan masukan, meliputi indikator pelayanan kesehatan, sumber daya kesehatan, manajemen kesehatan dan kontribusi sektor-sektor terkait.

B. SISTEM PENGUMPULAN DATA DI PRAKTIK MANDIRI BIDAN (PMB)

Saudara-saudara, berdasarkan dua pembahasan di atas kita mengetahui tentang sistem pengumpulan data rekam medik baik itu di rumah sakit maupun Puskesmas. Sekarang kita akan membahas tentang rekam medik yang ada di Bidan Praktik Mandiri (PMB). Bidan praktik mandiri adalah salah satu bentuk layanan kepada ibu hamil, bersalin, nifas, dan bayi baru lahir yang dilakukan oleh seorang bidan. Dalam melaksanakan tanggungjawabnya sebagai seorang bidan di PMB, diperlukan suatu sistem pencatatan sebagai bukti tanggung gugat atas kerjanya.

Pencatatan dan pengumpulan data di PMB tercatat dalam beberapa formulir dan buku-buku rekam medik seperti kartu ibu/status ibu, informed consent, buku KIA, lembar observasi, kartu anak/status anak, kartu status peserta KB, kartu peserta KB. Selain beberapa formulir tersebut, ada beberapa blangko yang harus disiapkan di sebuah PMB. Blangko-blangko tersebut antara lain surat keterangan cuti bersalin/sakit, surat kelahiran, surat kematian, dan surat rujukan. PMB juga harus memiliki beberapa buku-buku untuk keperluan pencatatan dan pelaporan. Buku-buku tersebut antara lain: buku inventaris, buku rujukan, buku kas bulanan, buku stok obat, buku pelayanan KB, buku catatan kelahiran, buku catatan kematian, dan buku rencana kerja bulanan dan tahunan.

Para mahasiswa yang saya banggakan, topik mengenai sistem pengumpulan data rekam medik di Puskesmas dan PMB telah Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apakah data yang dikumpulkan yang bisa dimasukkan dalam *Health determinants*!
- 2) Tuliskan contoh jenis pengumpulan data Individual Based!
- 3) Tuliskan contoh jenis pengumpulan data Community Based!
- 4) Sebutkan pencatatan dan pengumpulan data di PMB!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Sistem informasi kesehatan.
- 2) Sistem pengumpulan data di praktik mandiri bidan.

Ringkasan

Jenis-jenis kartu atau status rekam medik yang ada di puskesmas sangat bervariasi, tergantung sasarannya. Diantaranya yaitu family folder, kartu tanda pengenal, kartu rawat jalan, kartu rawat tinggal, kartu Ibu, kartu anak, KMS Balita, anak sekolah, Ibu hamil dan Usila, serta kartu tumbuh kembang balita. Kegiatan pertama rekam medik adalah Patient Record yaitu identitas klien dicatat di kartu atau status rekam medik, kegiatan bagian kedua rekam medik yaitu Manajemen berupa rekapitulasi harian, bulanan, triwulanan, semester dan tahunan dari informasi yang ada di kartu atau status rekam medik klien.

Berkaitan dengan pengumpulan data, terdapat 2 jenis pengumpulan data yaitu *Individual Based* yang berasal dari kartu atau status rekam medik yang direkapitulasi. Sedangkan pengumpulan data dari masyarakat dapat memberikan beberapa informasi seperti *health determinants*, masukan (*inputs*) untuk sistem kesehatan dan proses yang

berhubungan dengan penggunaan masukan, keluaran (*Performance/outputs*) dari keberhasilan atau kegagalan sistem kesehatan, *health outcomes*, dan faktor penentu dalam ketidakadilan kesehatan (*Health inequities in determinants*).

Terkait pencatatan dan pengumpulan data di PMB tercatat dalam beberapa formulir dan buku-buku rekam medik seperti kartu ibu/status ibu, *informed consent*, buku KIA, lembar observasi, kartu anak/status anak, kartu status peserta KB, kartu peserta KB.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Identitas klien dicatat di kartu atau status rekam medik, merupakan kegiatan rekam medik...
 - A. Community based
 - B. Patient record
 - C. Individu
 - D. Manajemen

- 2) Data yang berupa rekapitulasi harian, bulanan, triwulanan, semester dan tahunan dari informasi yang ada di kartu atau status rekam medik klien, termasuk dalam kegiatan rekam medik...
 - A. Community based
 - B. Patient record
 - C. Individu
 - D. Manajemen

- 3) Data yang berasal dari hasil surveillance atau studi yang dilakukan di masyarakat, disebut dengan?
 - A. Community based
 - B. Patient record
 - C. Individu
 - D. Manajemen

- 4) Jenis informasi apakah yang didapat dari pengumpulan data dari masyarakat yang berupa keberhasilan atau kegagalan sistem kesehatan seperti availability dan quality?
 - A. Health determinant
 - B. Health outcome
 - C. Masukan
 - D. Keluaran

- 5) Jenis informasi apakah yang didapat dari pengumpulan data dari masyarakat yang berupa data sosial ekonomi, lingkungan, perilaku, dan faktor genetik?
- A. Health determinant
 - B. Health outcome
 - C. Masukan
 - D. Keluaran
- 6) Kartu status peserta KB, merupakan contoh rekam medik yang berupa?
- A. Formulir
 - B. Blanko
 - C. Buku
 - D. Lembar balik

Topik 3

Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Jalan

Saudara mahasiswa, Anda sudah menyelesaikan pembelajaran tentang sistem pengumpulan data rekam medik di institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit, Puskesmas, dan PMB. Saat ini Anda sudah memasuki pembahasan tentang sistem dokumentasi pelayanan rawat jalan.

Ketika klien di rumah sakit, mereka bisa berstatus sebagai klien rawat jalan ataupun rawat inap. Berdasarkan segi pelayanan, data klien rawat jalan dibedakan menjadi dua yaitu klien yang dapat menunggu dan klien yang harus segera ditolong. Yang dimaksud dengan klien yang dapat menunggu mendapatkan pelayanan adalah klien berobat jalan yang datang dengan perjanjian dan klien yang datang dengan tidak dalam keadaan gawat.

Di atas kita sudah membahas tentang status klien, sekarang kita akan membahas tentang jenis kedatangan klien. Jenis kedatangan klien dapat dibedakan menjadi dua yaitu klien baru dan klien lama. Yang dimaksud klien baru adalah klien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk berobat. Sedangkan klien lama adalah klien yang pernah datang sebelumnya ke rumah sakit untuk berobat.

Berdasarkan kedatangannya, klien datang ke rumah sakit bisa karena kiriman (rujukan) dari dokter praktik mandiri, dikirim oleh rumah sakit lain, Puskesmas, Praktik Mandiri Bidan atau jenis pelayanan kesehatan lainnya, atau klien datang atas kemauan sendiri.

A. PROSEDUR PENERIMAAN KLIEN RAWAT JALAN

Saudara-saudara, sebelumnya kita sudah membahas tentang sistem dokumentasi rawat jalan. Sekarang kita akan membahas tentang prosedur penerimaan klien rawat jalan.

1. Klien baru

Kita ketahui bersama bahwa setiap klien baru diterima di tempat penerimaan klien (TPP) dan akan memperoleh nomor klien yang akan digunakan sebagai kartu pengenalan. Kartu pengenalan harus dibawa pada saat kunjungan berikutnya di rumah sakit yang sama, baik sebagai klien rawat jalan ataupun klien rawat inap.

Petugas rumah sakit akan mewawancarai setiap klien baru yang datang untuk mendapatkan data identitas dan akan diisikan pada formulir ringkasan riwayat klinik. Data pada ringkasan riwayat klinik diantaranya berisi dokter penanggung jawab klinik, nomor klien (nomor rekam medik), nama klien, tempat dan tanggal lahir, jenis kelamin, status keluarga, agama dan pekerjaan. Setelah data terkumpul (riwayat klinik), akan digunakan sebagai dasar pembuatan kartu indeks utama klien (KIUP).

Sangat menarik bukan rangkaian langkah dalam penerimaan klien baru rawat jalan. Setelah mendapatkan pelayanan yang cukup dari poliklinik, klien akan menerima beberapa kemungkinan kelanjutan layanan, antara lain:

- a. Klien boleh pulang.

- b. Klien diminta datang kembali. Klien diberi slip perjanjian oleh petugas poliklinik untuk datang kembali pada hari dan tanggal yang telah ditetapkan.
- c. Klien dirujuk atau dikirim ke rumah sakit lain yang lebih tinggi.
- d. Klien harus menjalani rawat inap.

2. Klien lama

Saudara-saudara, kita tadi sudah berbicara tentang klien baru, sekarang kita akan membahas tentang klien lama. Klien lama adalah klien yang datang ke tempat layanan kesehatan dimana dia sudah tercatat sebagai klien ditempat layanan tersebut baik datang dengan dengan masalah kesehatan yang sama ataupun berbeda. Klien lama, langsung mendaftar ke tempat penerimaan klien yang telah ditentukan. Kedatangan klien lama ini dapat dibedakan:

- a. Klien yang datang dengan perjanjian.
- b. Klien yang datang tidak dengan perjanjian.

3. Klien gawat darurat

Kita sudah mengenal klien baru dan klien lama. Mari kita sekarang membahas tentang klien gawat darurat. Pasien gawat darurat adalah klien yang membutuhkan pelayanan segera untuk menyelamatkan nyawa klien. Klien gawat darurat akan didahulukan dalam mendapatkan pelayanan dibandingkan dengan klien baru maupun klien lama. Prosedur penerimaannya pun berbeda dengan klien baru dan klien lama. Layanan klien gawat darurat dibuka selama 24 jam. Untuk penyelesaian administrasi dilakukan setelah klien mendapatkan pelayanan yang diperlukan. Seperti kita ketahui, bahwa klien gawat darurat akan mengalami beberapa kemungkinan layanan lanjutan, seperti:

- a. Klien diperbolehkan pulang langsung setelah mendapatkan layanan yang memadai.
- b. Klien dirujuk atau dikirim ke rumah sakit yang lebih memadai.
- c. Klien harus menjalani rawat inap.

Para mahasiswa yang saya banggakan, topik mengenai sistem dokumentasi layanan rawat jalan telah Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Apa yang dimaksud dengan klien lama rawat jalan?
- 2) Apa yang dimaksud dengan klien baru rawat jalan?
- 3) Apa yang dimaksud dengan klien gawat darurat?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang prosedur penerimaan klien rawat jalan.

Ringkasan

Klien baru diterima di tempat penerimaan klien (TPP) dan akan memperoleh nomor klien yang akan digunakan sebagai kartu pengenal. Petugas rumah sakit akan mewawancarai setiap klien baru yang datang untuk mendapatkan data identitas dan akan diisikan pada formulir ringkasan riwayat klinik. Setelah data terkumpul (riwayat klinik), akan digunakan sebagai dasar pembuatan kartu indeks utama klien (KIUP). Klien lama adalah klien yang datang ke tempat layanan kesehatan dimana dia sudah tercatat sebagai klien ditempat layanan tersebut baik datang dengan dengan masalah kesehatan yang sama ataupun berbeda. Pasien gawat darurat adalah klien yang membutuhkan pelayanan segera untuk menyelamatkan nyawa klien. Layanan klien gawat darurat dibuka selama 24 jam. Untuk penyelesaian administrasi dilakukan setelah klien mendapatkan pelayanan yang diperlukan

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Klien yang datang ke tempat layanan kesehatan dimana dia sudah tercatat sebagai klien ditempat layanan tersebut baik datang dengan dengan masalah kesehatan yang sama ataupun berbeda disebut...
 - A. Klien baru
 - B. Klien lama
 - C. Klien gawat darurat
 - D. Klien pindahan

- 2) Klien yang pertama kali datang ke tempat layanan kesehatan disebut...
 - A. Klien baru
 - B. Klien lama
 - C. Klien gawat darurat
 - D. Klien pindahan

- 3) klien yang membutuhkan pelayanan segera untuk menyelamatkan nyawa klien disebut...
 - A. Klien baru
 - B. Klien lama
 - C. Klien gawat darurat
 - D. Klien pindahan

- 4) Setelah data terkumpul (riwayat klinik), data tersebut akan digunakan sebagai dasar pembuatan...
- A. TPP
 - B. KIUP
 - C. Register
 - D. Catatan perkembangan
- 5) Berdasarkan kedatangannya, klien datang ke rumah sakit bisa karena kiriman (rujukan) dari?
- A. Dokter praktik mandiri, dikirim oleh rumah sakit lain, puskesmas, praktik mandiri bidan atau jenis pelayanan kesehatan lainnya atau klien datang atas kemauan sendiri.
 - B. Rumah sakit lain, puskesmas, praktik mandiri bidan atau jenis pelayanan kesehatan lainnya atau klien datang atas kemauan sendiri.
 - C. Puskesmas, praktik mandiri bidan atau jenis pelayanan kesehatan lainnya atau klien datang atas kemauan sendiri.
 - D. Praktik mandiri bidan atau jenis pelayanan kesehatan lainnya atau klien datang atas kemauan sendiri.

Topik 4

Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Inap

Saudara-saudara, di Topik 3 kita sudah mengetahui tentang sistem pengumpulan data di layanan rawat jalan. Pada bagian ini kita akan membahas bersama tentang sistem dokumentasi pada layanan rawat inap. Setiap klien yang datang ketempat layanan kesehatan dan dianjurkan menginap untuk mendapatkan layanan lanjutan disebut dengan klien rawat inap. Layanan yang diterima dan dokumentasi yang dilakukan pastinya berbeda, karena ada keberadaan klien di tempat layanan.

A. KETENTUAN UMUM PENERIMAAN KLIEN RAWAT INAP

Ketentuan umum penerimaan klien rawat inap meliputi empat hal berikut ini.

1. Semua klien yang menderita segala macam penyakit, diterima di sentral opname pada waktu yang ditentukan, kecuali kasus darurat. Ini dilakukan untuk memudahkan terpusatnya administrasi dan memudahkan dalam pengkoordinasiannya.
2. Diagnosis medik harus tercantum dalam surat permintaan dirawat. Setiap klien rawat inap (Ranap) harus memiliki indikasi kenapa klien dirawat. Ini untuk mencegah terjadinya persepsi yang tidak pas.
3. Sedapat mungkin menyertakan tanda tangan persetujuan untuk tindakan, sebagai tanggung gugat jikalau ada sesuatu kejadian yang tidak diinginkan. Klien dapat diterima untuk menjalani rawat inap, apabila ada rekomendasi dokter, atau dikirim oleh dokter poli klinik/unit gawat darurat, sesuai dengan tingkatan layanan kesehatan (Muslihatun dkk.2009).

Setelah saudara mengetahui ketentuan umum penerimaan klien rawat inap, sekarang kita akan membahas prosedur penerimaan klien rawat inap (ranap).

B. PROSEDUR PENERIMAAN KLIEN RAWAT INAP

Sebelum memasuki pembahasan tentang prosedur penerimaan klien rawat inap, kita pelajari terlebih dahulu pembagian klien yang memerlukan perawatan yang dibagi menjadi tiga kategori sebagai berikut.

1. Klien tidak mendesak. Penundaan layanan pada klien ini tidak akan menambah gawat penyakitnya.
2. Klien mendesak (*urgent*) tetapi tidak darurat. Layanan pada klien ini bisa dimasukkan dalam daftar tunggu.
3. Klien gawat darurat, harus diprioritaskan atau langsung mendapatkan layanan agar nyawanya dapat diselamatkan.

Berdasarkan perbedaan kategori klien rawat inap tersebut, berikut uraian terkait prosedur penerimaan klien.

1. Klien tidak mendesak atau klien *urgent* tapi tidak darurat.
Prosedur penerimaan untuk klien yang tidak mendesak adalah sebagai berikut.
 - a. Klien sudah memenuhi syarat atau peraturan untuk dirawat.
 - b. Setiap saat klien atau keluarganya dapat menanyakan pada sentral opname apakah ruangan yang diperlukan sudah tersedia.
 - c. Apabila ruangan sudah tersedia, maka klien bisa segera mendaftar di tempat penerimaan klien rawat inap (TPPRI).
 - d. Pada saat mendaftar, klien akan mendapat penjelasan mengenai kapan dapat masuk ruangan, bagaimana cara pembayaran serta tarif-tarifnya dan peraturan klien rawat inap.
 - e. Petugas TPPRI akan membuat kartu identitas klien dirawat. Kartu identitas klien dirawat minimal berisi nama lengkap klien, jenis kelamin klien, nomor rekam medis, nama ruangan dan kelas, diagnosis awal (diagnosis kerja), serta nama dokter yang mengirim dan merawat.
 - f. Apabila klien pernah berobat ke poliklinik pernah dirawat, maka TPPRI akan menghubungi bagian rekam medik untuk meminta nomor catatan medis.
 - g. Petugas TPPRI juga akan segera menghubungi petugas keuangan untuk menyelesaikan pembayaran uang muka.
 - h. Apabila pembayaran uang muka telah selesai, maka pasien diantar ke ruangan petugas.

2. Klien gawat darurat
Ketika seorang klien dalam kondisi gawat darurat, akan dilakukan penanganan awal yang memenuhi kebutuhan klien sehingga klien diharapkan akan tertolong. Klien gawat darurat akan mengalami prosedur penerimaan klien rawat inap sebagai berikut.
 - a. Klien yang sudah menjalani pemeriksaan dan membawa surat pengantar untuk dirawat dapat langsung dibawa ke ruangan perawatan atau ke ruang penampungan sementara.
 - b. Jika pasien sudah sadar dan dapat diwawancarai, petugas sentral opname mendatangi klien/keluarganya untuk mendapatkan identitas selengkapnya.
 - c. Sentral opname mengecek data identitas ke bagian rekam medik untuk mengetahui apakah klien pernah dirawat/berobat ke rumah sakit.
 - d. Bagi klien yang pernah berobat atau dirawat maka rekam mediknya segera dikirim keruang perawatan yang bersangkutan dan tetap memakai nomor yang telah dimilikinya.
 - e. Bagi klien yang belum pernah dirawat atau berobat ke rumah sakit maka diberikan nomor rekam medik.
 - f. Petugas sentral opname harus selalu memberi tahu ruang penampungan sementara mengenai situasi tempat tidur di ruang penampungan sementara mengenai situasi tempat tidur di ruang perawatan.

Setelah tiba di ruang perawatan, klien rawat inap intensif/gawat darurat diterima oleh petugas dan diberikan tanda pengenal. Petugas segera menambah formulir-formulir yang diperlukan untuk keperluan pencatatan. Selama perawatan petugas mencatat semua data perawatan yang diberikan dari mulai klien tiba di ruang sampai klien tersebut pulang, dipindahkan atau meninggal.

Saudara-saudara, beberapa hal yang harus diperhatikan demi kelancaran penerimaan klien rawat inap (ranap) adalah sebagai berikut.

- a. Petugas yang kompeten. Ini syarat mutlak dari layanan yang paripurna adalah petugas yang kompeten yang bisa bekerja sesuai kewenangannya.
- b. Cara penerimaan klien yang tegas dan jelas (*clear cut*), sehingga tidak terjadi keraguan dalam memberikan layanan berikutnya
- c. Ruang kerjanya yang menyenangkan dan lokasi penerimaan klien yang tepat. Ruang kerja dan suasana yang menyenangkan akan menimbulkan energi positif bagi tenaga kesehatan (bidan) sehingga layanan yang diberikanpun akan menyenangkan. Suasana yang menyenangkan juga akan membuat klien rilek sehingga tidak menambah stressor dan memungkinkan klien menerima layanan dengan optimum (Muslihatun dkk., 2009; Wildan & Hidayat, 2009).

C. ATURAN PENERIMAAN DAN INDIKATOR PELAYANAN KLIEN RAWAT INAP

Dibawah ini kita akan membahas beberapa aturan penerimaan klien rawat inap (ranap) antara lain:

1. Bagian penerimaan klien bertanggung jawab sepenuhnya mengenai pencatatan seluruh informasi yang berkenaan dengan diterimanya seorang klien di rumah sakit.
2. Bagian penerimaan klien harus segera memberi tahu bagian-bagian lain terutama bagian yang berkepentingan langsung.
3. Semua bagian harus memberi tahu bagian penerimaan klien, apabila klien diijinkan meninggalkan rumah sakit.
4. Membuat catatan yang lengkap tentang jumlah tempat tidur yang terpakai dan yang tersedia di seluruh rumah sakit.
5. Rekam medik yang lengkap, terbaca dan seragam harus disimpan oleh setiap bagian selama pasien dirawat.
6. Instruksi yang jelas harus diketahui oleh setiap petugas yang bekerja dalam proses penerimaan dan pemulangan pasien.

Telah kita pahami bersama aturan dalam penerimaan klien rawat inap (ranap), sekarang kita membahas indikator pelayanan rawat inap (ranap) di sebuah rumah sakit. Dibawah ini adalah indikator pelayanannya :

BOR : *bed occupancy rate* (rata-rata penggunaan tempat tidur) perhitungannya dalam persen (%).

LOS : *long of stay* adalah kesatuan dalam hari.

TOI : *turn over interval* yaitu selisih antar tanggal dengan tanggal berikutnya.

BTO : *bed turn over* yaitu tempat tidur dalam setahun mengalami berapa kali ganti klien.

GDR : *gross death rate*.

NDR : *nett death rate* yaitu kematian yang ada dalam 48 jam atau lebih.

Para mahasiswa yang saya banggakan, topik mengenai sistem dokumentasi layanan rawat inap telah Anda pelajari. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Sebutkan ketentuan umum penerimaan klien rawat inap !
- 2) Sebutkan pembagian klien yang memerlukan perawatan!
- 3) Sebutkan beberapa hal yang harus diperhatikan demi kelancaran penerimaan klien rawat inap (ranap)!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Ketentuan umum penerimaan klien rawat inap.
- 2) Prosedur penerimaan klien rawat inap.

Ringkasan

Ketentuan umum penerimaan klien rawat inap yaitu diterima di sentral opname, harus ada diagnosis medis, ada tanda tangan persetujuan tindakan, dan ada rekomendasi dari layanan pengirim. Pembagian klien yang memerlukan perawatan yang dibagi menjadi tiga kategori yaitu klien tidak mendesak, klien mendesak (urgent) tetapi tidak darurat, dan klien gawat darurat. Sedangkan beberapa hal yang harus diperhatikan demi kelancaran penerimaan klien rawat inap (ranap) yaitu petugas yang kompeten, cara penerimaan klien yang tegas dan jelas (*clear cut*), ruang kerjanya yang menyenangkan, dan lokasi penerimaan klien yang tepat.

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Perbedaan sisten pendokumentasian unit rawat jalan dan rawat inap adalah...
 - A. Catatan riwayat klinik
 - B. Cara penyimpanan dokumentasi
 - C. Pencatatan sistemik
 - D. Pengelompokan identitas klien

- 2) Tujuan dari pencatatan pada praktik bidan mandiri yaitu...
 - A. Sumber penelitian
 - B. Sumber inspirasi
 - C. Sumber data
 - D. Sumber komunikasi

- 3) Ny.W dalam persalinan kala IV mengeluarkan darah yang banyak dari jalan lahir. Kontraksi uterus lemah. Berdasarkan data tersebut, Ny. W termasuk kategori klien...
 - A.Klien tidak mendesak (urgen)
 - B. Klien mendesak (urgen) tapi tidak darurat
 - C. Klien mendesak (urgen) tapi darurat gawat
 - D. Klien biasa

- 4) Ny. K datang dengan alasan akan kontrol nifas hari ke 6. Berdasarkan data tersebut, Ny. K termasuk kategori klien...
 - A. Klien tidak mendesak (urgen)
 - B. Klien mendesak (urgen) tapi tidak darurat
 - C. Klien mendesak (urgen) tapi darurat gawat
 - D. Klien biasa

- 5) Sebelum bidan akan melakukan tindakan, langkah apa yang harus dilakukan untuk menghindari terjadinya konflik dalam layanan?
 - A. Informed consent
 - B. Melakukan dokumentasi
 - C. Menyerahkan kartu ibu
 - D. Memasukkan data ke buku

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) A
- 2) A
- 3) D
- 4) A
- 5) A

Tes 2

- 1) B
- 2) D
- 3) A
- 4) D
- 5) A
- 6) A

Tes 3

- 1) B
- 2) A
- 3) C
- 4) B
- 5) A

Tes 4

- 1) A
- 2) A
- 3) C
- 4) A
- 5) A

Glosarium

<i>Individual based</i>	:	Berbasis Individu.
Community based	:	Berbasis Komunitas.
PMB	:	Praktik Mandiri Bidan.
TPP	:	Tempat Penerimaan Pasien.
KIUP	:	Kartu Identitas Utama Pasien.
TPPRI	:	Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap.
Ranap	:	Rawat Inap.

Daftar Pustaka

- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Gondodiputro, S. (2007). Rekam medis dan sistem informasi kesehatan di pelayanan kesehatan primer (Puskesmas). Diakses dari http://resources.unpad.ac.id/unpad/content/uploads/publikasi_dosen/Rekam%20Medis%20dan%20SIK.PDF.
- Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). Dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.
- Pusdiknakes-WHO-JHIPIEGO. (2003). Konsep asuhan kebidnan. Jakarta: Pusdiknakes.
- Samil, R.S. (2001). Etika kedokteran Indonesia. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sweet, B & Tiran, D. (1997). *Maye's midwifery: a textbook for midwife*. London: Baillire Tindal.
- Varney (1997). *Varney's midwifery*, 3rd Edition. Sudbury England: Jones and Barlet Publishers.
- Widan & Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

BAB V

METODE DOKUMENTASI, PRINSIP PENDOKUMENTASIAN DAN PERANCANGAN FORMAT

Sih Rini Handajani, M.Mid

PENDAHULUAN

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Bab V mata kuliah Dokumentasi Kebidanan. Bab V ini berisi tentang metode dokumentasi, teknik penulisan, dan perancangan format. Metode dokumentasi adalah cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan kebidanan, karena bidan wajib melakukan pendokumentasian atas segala sesuatu yang telah dilakukannya saat melakukan asuhan kebidanan kepada klien ataupun keluarga dan masyarakat. Menurut Anda, bagaimanakah metode dokumentasi kebidanan itu? Apakah sama dengan metode dokumentasi pada umumnya? Tentu saja, metode dokumentasi kebidanan tidak jauh berbeda dengan metode dokumentasi pada umumnya. Metodenya sama, hanya isi dari yang didokumentasikan itu adalah data yang terkait dengan asuhan kebidanan. Nah, pertanyaan tersebut akan lebih dijelaskan pada Bab V ini. Selain itu, materi pada Bab V ini juga mencakup prinsip pendokumentasian beserta perancangan formatnya.

Semua materi yang akan dibahas di Bab V tersajikan pada 3 topik sebagai berikut.

1. Topik 1 tentang metode dokumentasi, yang meliputi Subjektif, Objektif, Assessment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Reassessment (SOAPIER); Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi (SOAPIE); Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi, Dokumentasi (SOAPIED); dan Subjektif, Objektif, Analysis, Planning (SOAP);
2. Topik 2 tentang prinsip pendokumentasian dengan pendekatan SOAP; dan
3. Topik 3 tentang perancangan format pendokumentasian.

Selanjutnya, setelah Anda selesai mempelajari Bab V ini, Anda diharapkan memiliki kemampuan untuk menjelaskan kembali tentang metode dokumentasi yang meliputi SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP; prinsip pendokumentasian dengan pendekatan SOAP, serta perancangan format pendokumentasian.

Topik 1 Metode Dokumentasi

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Topik 1 tentang metode dokumentasi. Di Topik 1 ini nanti kita akan mempelajari tentang bagaimana metode dokumentasi dengan SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP.

Saya yakin, sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Dan dalam melakukan dokumentasi tersebut, pasti menggunakan berbagai metode. Tidak akan mungkin dari seluruh dokumentasi yang dilakukan akan menggunakan hanya satu metode saja. Sama seperti ketika kita memberikan pengurangan nyeri kepada klien kita, sama sama mengurangi nyeri persalinan, tapi metode yang anda berikan berbeda-beda. Begitu juga dengan metode pendokumentasian. Pendokumentasian pun memiliki metode yang berbeda beda. Oleh karena itu, kita akan mendiskusikan tentang metode-metode dokumentasi.

Nah, saya mengajak Anda untuk mulai mencermati dari materi yang ada di Topik 1 bahkan bisa ditambah dengan membaca buku buku referensi yang telah dianjurkan sehingga anda akan memiliki pengetahuan yang dalam tentang metode dokumentasi ini. Selamat belajar.

A. METODE DOKUMENTASI SUBJEKTIF, OBJEKTIF, *ASSESSMENT*, *PLANNING*, IMPLEMENTASI, EVALUASI, REASSESSMENT (SOAPIER)

Dalam pendokumentasian metode SOAPIER, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/Assessment, P adalah Planning, I adalah Implementation, E adalah Evaluation dan R adalah Revised/Reassessment.

1. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang mempunyai ketidaksempurnaan dalam wicara, dibagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. *Analysis*

Langkah selanjutnya adalah *analysis*, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan/diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. *Planning*

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

5. *Implementation*

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. *Evaluation*

Langkah selanjutnya adalah *evaluation*/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

7. *Reassessment*

Revised/revisi, adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi dapat dijadikan petunjuk perlu tidaknya melakukan perubahan rencana dari awal maupun perlu

tidaknya melakukan tindakan kolaborasi baru atau rujukan. Implementasi yang sesuai dengan rencana, berdasarkan prioritas dan kebutuhan klien, akan mengoptimalkan hasil yang akan dicapai. Hal yang harus diperhatikan dalam revisi adalah pencapaian target dalam waktu yang tidak lama (Muslihatun, Mufdlilah dan Setiyawati, 2009).

B. METODE DOKUMENTASI SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALYSIS, PLANNING, IMPLEMENTASI, EVALUASI (SOAPIE)

Apakah Anda sudah pernah mempelajari tentang metode dokumentasi SOAPIE? Nah, pertanyaan tersebut akan kita bahas bersama di sub topik ini. Saya yakin, sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Tapi barangkali ada sebagian dari Anda semua yang masih sedikit kurang paham tentang metode dokumentasi dengan SOAPIE. Hal tersebut sangat bisa dimaklumi karena metode dokumentasi memang tidak hanya satu sehingga perlu pemahaman yang lebih baik.

Di dalam metode SOAPIE, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning, I adalah implementation dan E adalah evaluation. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAPIE.

1. Data Subyektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Obyektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis

Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat.

Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. *Planning*

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

5. *Implementation*

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. *Evaluation*

Langkah selanjutnya adalah *evaluation*/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

C. SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALYSIS, *PLANNING*, IMPLEMENTASI, EVALUASI, DOKUMENTASI (SOAPIED)

Model dokumentasi selanjutnya yang kita pelajari adalah SOAPIED. Apakah metode SOAPIED itu? Apakah Anda sudah pernah melakukan pendokumentasian dengan metode dokumentasi SOAPIED? Untuk membantu menjawab pertanyaan tersebut, silahkan Anda menyimak bahasan berikut ini.

Di dalam metode SOAPIED, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning, I adalah implementation, E adalah evaluation, dan D adalah documentation. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAPIED.

1. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis

Langkah selanjutnya adalah analysis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. Planning

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

5. Implementation

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses

implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. Evaluation

Langkah selanjutnya adalah evaluation/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

7. Documentation

Documentation/dokumentasi adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan. Kalau Anda baca di metode dokumentasi yang lain (SOAPIER, SOAPIE dan SOAP) tindakan mendokumentasikan juga dilaksanakan. Dalam metode SOAPIED ini, langkah dokumentasi lebih dieksplisitkan (dilihatkan), agar terlihat gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. Urutan kejadian sejak klien datang ke sebuah tempat layanan kesehatan, sampai pulang (dalam keadaan sembuh, pulang paksa (APS) atau alasan lain) kemudian didokumentasikan secara utuh.

D. SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALYSIS, PLANNING (SOAP)

Saat ini kita memasuki metode dokumentasi yang terakhir yang akan kita pelajari yaitu metode SOAP. Mungkin sebagian besar dari Anda sudah familiar dengan metode dokumentasi ini karena metode ini lebih umum dan lebih sering digunakan dalam pendokumentasian layanan kebidanan.

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumentasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

1. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis

Langkah selanjutnya adalah analisis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.

Para mahasiswa yang saya banggakan, topik mengenai metode dokumentasi telah selesai Anda pelajari mulai dari SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan Anda kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan tentang data subjektif dan objektif dalam metode dokumentasi SOAPIER!
- 2) Jelaskan tentang analisis dalam metode dokumentasi SOAPIE!
- 3) Jelaskan tentang dokumentasi dalam metode dokumentasi SOAPIED!
- 4) Jelaskan tentang penatalaksanaan dalam metode dokumentasi SOAP!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Metode dokumentasi SOAPIER.
- 2) Metode dokumentasi SOAPIE.
- 3) Metode dokumentasi SOAPIED.
- 4) Metode dokumentasi SOAP.

Ringkasan

Pada dasarnya unsur-unsur yang ada pada masing-masing metode dokumentasi adalah sama mulai dari SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP. Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, dan hasil pemeriksaan laboratorium. Analysis merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Implementation/implementasi adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Evaluation/evaluasi adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Documentation/dokumentasi adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan yang memberikan gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. Revised/revisi adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Metode dokumentasi yang digunakan oleh bidan sesuai dengan Permenkes 938 adalah...
 - A. SOAPIER
 - B. SOAPIED
 - C. SOAPIE
 - D. SOAP

- 2) Pada data S klien dengan disabilitas tuna rungu, di dalam dokumentasinya perlu diberikan kode huruf...
- A. O atau W
 - B. O atau X
 - C. O atau Y
 - D. O atau Z
- 3) Makna huruf E dalam metode dokumentasi SOAPIED, adalah...
- A. Evaluasi diri
 - B. Evaluasi manajemen
 - C. Evaluasi Komponen
 - D. Evaluasi dari kegiatan asuhan kebidanan
- 4) Hasil pengumpulan data dari hasil pemeriksaan *penunjang dimasukkan dalam...*
- A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan
- 5) Mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan termasuk dalam...
- A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

Topik 2

Prinsip Pendokumentasian Manajemen Kebidanan

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu dalam Topik 2 tentang prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan. Di Topik 2 ini kita akan mempelajari tentang apa dan bagaimana prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan.

Apakah anda sudah pernah mempelajari tentang prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan? Saya yakin, sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Tapi barangkali ada sebagian dari Anda semua yang masih sedikit kurang paham tentang apa saja prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan. Nah, di topik ini mari kita belajar bersama tentang prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan, sehingga harapannya Anda semua akan memiliki pemahaman yang lebih dalam dan detail. Selamat belajar.

A. KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN

Marilah kita mengingat kembali definisi bidan secara internasional adalah *“A midwife is a person who having been regularly admitted to an educational programme, fully recognised in the country in which this located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery”*.

Seorang bidan harus memahami beberapa pengertian berkaitan dengan praktik pelayanan kebidanan, antara lain sebagai berikut.

1. Pelayanan kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan bertujuan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia sejahtera.
2. Praktik kebidanan, adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan/asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan
3. Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan dan evaluasi
4. Asuhan kebidanan, adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Permenkes 1416, 2007).

1. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Saudara-saudara, sekarang kita akan membahas tentang prinsip proses manajemen kebidanan menurut *American College of Nurse Midwife* (ACNM), yang terdiri dari:

- a. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien (ibu atau bayi baru lahir), termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapat konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.
- b. Mengidentifikasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan interpretasi data dasar yang benar. Kata masalah dan diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah diagnosis, tetapi tetap perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh. Masalah sering kali berkaitan dengan bagaimana ibu menghadapi kenyataan tentang diagnosisnya dan ini sering kali bisa diidentifikasi berdasarkan pengalaman bidan dalam mengenali masalah seseorang. Sebagai contoh, seorang wanita didiagnosis hamil, dan masalah yang berhubungan adalah ia tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain mengalami ketakutan menjelang persalinan. Kebutuhan klien dapat dikenali dari diagnosis dan masalah atau salah satu diantaranya. Kebutuhan adalah sesuatu yang dibutuhkan oleh klien, akan tetapi klien tidak mengetahuinya. Bidan yang lebih tahu yang diperlukan oleh klien.
- c. Mengantisipasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi. Langkah ini merupakan langkah sangat penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang aman. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi yang baru lahir.
- d. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir. Langkah ini mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama asuhan awal/kunjungan pranatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan asuhan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat wanita menjalani persalinan. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian dievaluasi. Beberapa data mengindikasikan sebuah situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara cepat untuk mempertahankan nyawa ibu dan bayinya bisa dengan kolaborasi.
- e. Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini mengembangkan sebuah

rencana asuhan yang menyeluruh. Ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya. Sebuah rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya melibatkan kondisi ibu dan bayi baru lahir yang terlihat dan masalah lain yang berhubungan, tetapi juga menggambarkan petunjuk antisipasi bagi ibu atau orang tua tentang apa yang akan terjadi selanjutnya. Petunjuk antisipasi ini juga mencakup pendidikan dan konseling kesehatan dan semua rujukan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah sosial, ekonomi, agama, keluarga, budaya atau psikologis.

- f. Mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisien dan aman. Langkah ke enam adalah melaksanakan rencana asuhan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lain. Apabila tidak bisa melakukan sendiri, bidan harus memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan.
- g. Mengevaluasi keefektifan perawat kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif memulai proses penatalaksanaan di atas. Langkah terakhir adalah evaluasi, merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu.

Langkah-langkah proses penatalaksanaan ini pada hakekatnya sudah menjelaskan dengan jelas pengertian masing-masing. Namun, pembahasan singkat dan pemberian contoh tugas yang dapat tercakup pada masing-masing langkah di atas dapat menjelaskan dengan jelas proses berpikir yang terlibat dalam proses klinis yang berorientasi pada tindakan.

2. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney (1997)

Pentingnya pengetahuan bidan tentang unsur-unsur manajemen yaitu:

- a. Penurunan AKI dan peningkatan kesh. Ibu dan anak dibutuhkan profesionalisme kebidanan sehingga merujuk pada sebuah konsep dimana bidan harus mampu membuat sebuah perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan kebidanan yang berkualitas.
- b. Dibutuhkan bidan yang mampu mengorganisir pelaksanaan manajemen kebidanan baik secara individu maupun kelompok.
- c. Dengan penerapan manajemen yang baik, diharapkan tercapainya tujuan dari penyelenggaraan kesehatan.

Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, system dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan meyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat.

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal th 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini juga menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai.

Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

3. Tujuh Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidannya menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi.

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Langkah II: Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.

c. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

f. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

g. Langkah VII: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa.

4. Standar Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan/atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

5. STANDAR I: Pengkajian.

1) Pernyataan Standar.

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Kriteria Pengkajian.

a) Data tepat, akurat dan lengkap.

b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya).

c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

6. STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

1) Pernyataan Standar.

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

7. STANDAR III: Perencanaan.

a. Pernyataan Standar.

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria Perencanaan.

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

8. STANDAR IV: Implementasi.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

b. Kriteria Implementasi.

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privacy klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

9. STANDAR V: Evaluasi.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria Evaluasi.

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

10. STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan.

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- 4) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

B. PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN METODE SOAP

Pendokumentasian dengan metode SOAP sudah dibahas pada Bab IV yaitu tentang metode dokumentasi. Namun di bab ini kita ulas kembali. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis, P adalah penatalaksanaan. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

1. Data Subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/ follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan makna manajemen kebidanan!
- 2) Jelaskan langkah manajemen menurut Varney!
- 3) Jelaskan langkah asuhan kebidanan menurut permenkes 938 tahun 2007!
- 4) Jelaskan langkah dokumentasi dengan SOAP!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Konsep manajemen kebidanan.
- 2) Manajemen kebidanan menurut Varney.
- 3) Asuhan kebidanan menurut Permenkes 938 tahun 2007.
- 4) Dokumentasi dengan SOAP.

Ringkasan

Prinsip proses manajemen kebidanan terdiri dari pengumpulan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, mengidentifikasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan asuhan yang akurat berdasarkan interpretasi data dasar yang benar, mengantisipasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir. Langkah selanjutnya adalah mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, dan langkah terakhir adalah mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisiensi dan aman.

Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen Varney terdiri dari tujuh langkah yaitu 1) Langkah I: Pengumpulan data dasar; 2) Langkah II: Interpretasi data dasar; 3) Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial; 4) Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera; 5) Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh; 6) Langkah VI: Melaksanakan perencanaan; dan 7) Langkah VII: Evaluasi.

Standar asuhan kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 merupakan acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan/atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah penatalaksanaan. Metode SOAP merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Langkah kedua dari manajemen Varney adalah ...
 - A. Pengumpulan data dasar
 - B. Interpretasi data dasar
 - C. Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
 - D. mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

- 2) Langkah terakhir dari manajemen Varney adalah...
 - A. Pengumpulan data dasar
 - B. Merencanakan asuhan yang menyeluruh
 - C. Melaksanakan perencanaan
 - D. Langkah Evaluasi

- 3) Langkah terakhir dari Standar Asuhan Kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 adalah
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 4) Analisa dalam manajemen SOAP, merupakan langkah yang ke...
 - A. Pertama
 - B. Kedua
 - C. Ketiga
 - D. Ke empat

- 5) Data hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang merupakan langkah SOAP yang mana?
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

Topik 3

Rancangan Format Pendokumentasian

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang saya banggakan, saat ini Anda telah memasuki Topik 3 yang merupakan topik terakhir dari Bab V ini. Di Topik ini Anda akan mempelajari tentang rancangan format pendokumentasian. Mengingat asuhan yang diberikan bidan berlaku di sepanjang siklus wanita, maka format pendokumentasian yang akan dipelajari mencakup pendokumentasian pada ibu hamil, pendokumentasian pada ibu bersalin, pendokumentasian pada bayi baru lahir (BBL), pendokumentasian pada ibu nifas, pendokumentasian pada neonatus, bayi, dan balita, pendokumentasian pelayanan KB, dan pendokumentasian kesehatan reproduksi.

A. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA IBU HAMIL

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikan konsep pendokumentasian tersebut dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil. Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada ibu hamil (format pengkajian asuhan kebidanan pada ibu hamil).

**FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU HAMIL**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Tanggal pengkajian:

Jam pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama :

c. Riwayat Menstruasi

Umur menarche : tahun;
 lamanya haid : hari;
 jumlah darah haid : × ganti pembalut.
 Haid terakhir :
 Perkiraan partus :
 Dismenorrhea Spotting
 Menorrhagia Metrorrhagia
 Pre Menstruasi Sindrom

d. Riwayat Perkawinan

Kawin : Ya / Tidak Kawin : kali
 Kawin I umur tahun, dengan suami I : tahun, ke-II : tahun

e. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu
G P A Hidup

No	Tanggal Partus	Tempat Partus	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit (Komplikasi)	Kondisi Bayi / BB	Keadaan Anak Sekarang

f. Riwayat Hamil Sekarang

HPHT :

HPL :

Gerakan janin pertama kali dirasakan : *bulan*

Hamil Muda : () Mual () Muntah
() Perdarahan () Lain-lain :

Hamil Tua : () Pusing () Sakit Kepala
() Perdarahan () Lain-lain :

g. Riwayat Penyakit yang Lalu / Operasi

Pernah dirawat : , kapan : , dimana :

Pernah dioperasi : , kapan : , dimana :

h. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, ibu, adik, paman, bibi) yang pernah menderita sakit

() Kanker () Penyakit Hati () Hipertensi
() Diabetes Melitus () Penyakit Ginjal () Penyakit Jiwa
() Kelainan Bawaan () Hamil Kembar () Tuberculosis (TBC)
() Epilepsi () Alergi :

i. Riwayat Gynekologi

() *Infertilitas* () Infeksi Virus () PMS :
() *Cervicitis Cronis* () *Endometriosis* () *Myoma*
() *Polip Serviks* () *Kanker Kandungan* () Perkosaan
() Operasi Kandungan

j. Riwayat Keluarga Berencana

Metode KB yang pernah dipakai : Lama : tahun

Komplikasi dari KB : () Perdarahan () PID / Radang Panggul

k. Pola Makan, Minum, Eliminasi, Istirahat dan Psikososial

Pola Makan : kali/sehari; menu :

Pola Minum : cc/hari (gelas/hari)
 () Alkohol () Obat-obatan / Jamu () Kopi

Pola Eliminasi : BAK : cc/hari; warna : , keluhan :
 BAB : kali/hari; karakteristik : , keluhan :

Pola Istirahat : Tidur : jam/hari

Psikososial : Penerimaan klien terhadap kehamilan ini :

Social support dari () Suami () Orang tua
 () Mertua () Keluarga lain

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) Keadaan Emosional :
- 4) Tinggi Badan : cm Berat Badan: kg
- 5) Tanda – tanda Vital
 - Tekanan Darah : mmHg
 - Nadi : x per menit
 - Pernapasan : x per menit
 - Suhu : °C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Muka :
- 2) Mata :
- 3) Mulut :
- 4) Gigi / Gusi :
- 5) Leher :
- 6) Payudara :
- 7) Perut :
 - Palpasi : *Leopold I* :
 - Leopold II* :
 - Leopold III* :
 - Leopold IV* :
 - Tinggi Fundus Uteri :
 - Auskultasi : DJJ :
- 8) Ano – Genetalia :

- 9) Ekstremitas :
 - Atas :
 - Bawah :
- a. Pemeriksaan Penunjang
 - 1) *Hemoglobin* :
 - 2) *Golongan Darah* :
 - 3) *USG* :
 - 4) *Protein Urine* :
 - 5) *Glukosa Urine* :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

B. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA IBU BERSALIN

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada ibu bersalin (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada ibu bersalin).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU BERSALIN**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal pengkajian :

Jam pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama :

c. Pola Eliminasi : BAK : cc/hari; warna : ; BAK terakhir jam :
BAB : kali/hari; warna : ; BAB terakhir jam :

d. Pola Istirahat : Tidur : jam/hari; tidur terakhir jam :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum :
2) Kesadaran :
3) Keadaan Emosional :
4) Berat Badan : kg
5) Tanda – tanda Vital
Tekanan Darah : mmHg
Nadi : x per menit
Pernapasan : x per menit
Suhu : ° C

b. Pemeriksaan Fisik

1) Mata : () Pandangan kabur
() Ada pemandangan dua
() Conjungtiva pucat
() Sklera clerik

✍ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍ ■

- 2) Payudara : () *Mamae* simetris/asimetris () Tumor
() Areola Hiperpigmentasi () Kolostrom (+)
() Puting susu menonjol
- 3) *Ekstremitas* : () Tungkai simetris/asimetris () *Edema*
() Refleks + / -

c. Pemeriksaan Khusus

1) Obstetri

Abdomen

Inspeksi : () Membesar dengan arah memanjang

- () Melebar () Pelebaran Vena
() Linea Nigra () Linea Alba
() Striae Livide () Striae Albican
() Luka bekas operasi () Lain-lain :

Palpasi : Letak punggung : Puka / Puki; presentasi : Kep / Bo; U

TFU : cm

- () Nyeri tekan () Obsborn test
() Cekungan pada perut

Taksiran Berat Janin : gram

Auskultasi : x/menit () Teratur () Tidak teratur

Bagian Terendah :

His / Kontraksi : x10' " menit () Teratur () Tidak teratur

2) Gynekologi

Ano Genital :

Inspeksi : Pengeluaran per Vulva () Darah () Lendir () Air Ketuban

Vaginal Toucher:

Kesan Panggul :

d. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin :

Cardiotocography (CTG) :

USG :

Protein Urine :

Glukosa Urine :

3. **Analisa :**

4. **Penatalaksanaan**

Tanggal :

Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal : _____

Jam : _____

S :

O :

A :

P :

C. LEMBAR OBSERVASI KALA I PERSALINAN

Hari / Tanggal :

Tempat :

Waktu	Keadaan Umum	Vital Sign	His	DJJ	Hasil VT dan Tanda Gejala Kala II

C. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada bayi baru lahir (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA BAYI BARU LAHIR**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

Tanggal Pengkajian :

Jam Pengkajian :

1. Subyektif

a. Identitas Bayi

Nama :

Jenis Kelamin :

Anak ke- :

Identitas Orangtua

Ibu

Suami

Nama :

Umur :

Suku / Bangsa :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

b. Data Kesehatan

1) Riwayat Kehamilan

G P A Hidup

Komplikasi pada kehamilan :

2) Riwayat Persalinan

a) Tanggal / Jam persalinan :

b) Jenis persalinan :

c) Lama persalinan :

Kala I : menit Kala III : menit

Kala II : menit Kala IV : menit

d) Anak lahir seluruhnya jam :

e) Warna air ketuban :

f) Trauma persalinan :

g) Penolong persalinan :

h) Penyulit dalam persalinan :

i) *Bonding attachment* :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum :
- 2) Tanda-tanda Vital : Heart Rate : × / menit
Respiratory Rate : × / menit
Temperature : ° C
- 3) Antropometri
 Berat Badan / Panjang Badan : gram / cm
 Lingkar Dada / Lingkar Kepala : cm / cm

4) Apgar Score

Tanda	1'	5''	10''
<i>Appearance Color</i> (Warna Kulit)			
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)			
<i>Grimace</i> (Refleks)			
<i>Activity</i> (Tonus Otot)			
<i>Respiration</i> (Usaha Bernapas)			
JUMLAH			

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Kulit :
- 2) Kepala :
- 3) Mata :
- 4) Telinga :
- 5) Hidung :
- 6) Mulut :
- 7) Leher :
- 8) Klavikula :
- 9) Dada :
- 10) Umbilikus :
- 11) Ekstermitas
 Jari / bentuk :
 Gerakan :
 Kelainan :
- 12) Punggung :
- 13) Genetalia :
- 14) Anus :
- 15) Eliminasi :

- c. Pemeriksaan Refleks
 - 1) *Moro* :
 - 2) *Rooting* :
 - 3) *Sucking* :
 - 4) *Grasping* :
 - 5) *Neck Righting* :
 - 6) *Tonic Neck* :
 - 7) *Startle* :
 - 8) *Babinski* :
 - 9) Merangkak :
 - 10) Menari / Melangkah:
 - 11) Ekstruasi :
 - 12) *Galant's* :

d. Pemeriksaan Penunjang:

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

D. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA IBU NIFAS

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada ibu nifas (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada ibu nifas).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU NIFAS**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Tanggal Pengkajian :
Jam Pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama :

c. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Setelah Melahirkan

Makan :
Minum :

2) Pola Eliminasi

Setelah Melahirkan

BAK :
BAB :
Keluhan :

3) *Personal Hygiene*

Setelah Melahirkan

Mandi & Gosok Gigi :
Ganti Pakaian :
Ganti Pembalut :

4) Istirahat

Setelah Melahirkan

Tidur :
Keluhan :

- 5) Aktivitas :
- 6) Hubungan Seksual
Keluhan :

d. Data Psikologis

- 1) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua :
- 2) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi :
- 3) Dukungan keluarga :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) Keadaan *Emosional* :
- 4) Tanda – tanda Vital
 - Tekanan Darah: mmHg
 - Nadi : × per menit
 - Pernapasan : × per menit
 - Suhu : ° C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Payudara : () Pembengkakan
() Pengeluaran ASI lancar / tidak
- 2) Perut : Fundus Uteri :
Kontraksi Uterus :
Kandung Kemih :
- 3) *Vulva dan Perineum*
 - Pengeluaran *Lokhea* : () *Rubra* () *Sanguilenta*
() *Serosa* () *Alba*
() *Lochiastasis* () *Infeksi*
 - Luka *Perineum* : () Kemerahan () *Edema* () *Echimosi*
() *Discharge* () Menyatu / Tidak
- 4) Ekstremitas : () *Edema* : Atas / Bawah
() Nyeri : Atas / Bawah
() Kemerahan : Atas / Bawah

c. Pemeriksaan Penunjang

- Hemoglobin* :
- Protein Urine* :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

- Tanggal :
- Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :
 Jam :
S :
O :
A :
P :

E. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA NEONATUS, BAYI, DAN BALITA

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada neonatus, bayi, dan balita (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada neonatus, bayi, dan balita).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
 PADA NEONATUS**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

1. Subyektif

a. Identitas Anak

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Anak ke- :

b. Identitas Orangtua

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

c. Keluhan Utama :

d. Data Kesehatan

1) Riwayat Persalinan

a) Tanggal / Jam persalinan :
 b) Jenis persalinan :

■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ■

- c) Lama persalinan :
Kala I : menit Kala III : menit
Kala II : menit Kala IV : menit
- d) Anak lahir seluruhnya jam :
- 2) Riwayat Kesehatan yang Lalu
- a) Penyakit yang lalu :
- b) Riwayat Perawatan
Pernah dirawat di:
Penyakit :
- c) Riwayat Operasi
Pernah dioperasi di:
Penyakit :
- 3) Riwayat Kesehatan Keluarga (Ayah, ibu, adik, paman, bibi) yang pernah menderita sakit
- () *Kanker* () Penyakit Hati () *Hipertensi*
() *Diabetes Melitus* () Penyakit Ginjal () Penyakit Jiwa
() Kelainan Bawaan () Hamil Kembar () TBC
() *Epilepsi* () Alergi :
- 4) Riwayat Imunisasi
- () Hepatitis 0 () Pentavalen 3 / Polio 4
() BCG / Polio 1 () Campak
() Pentavalen 1 / Polio 2 () Pentavalen 4
() Pentavalen 2 / Polio 3 () Lain-lain :
- e. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
- 1) Nutrisi :
Keluhan :
- 2) Pola Istirahat
Tidur siang :
Tidur malam :
- 3) *Eliminasi*
BAK :
BAB :
- 4) Personal Hygiene
Mandi :
Ganti pakaian :

2. Obyektif

- a. Pemeriksaan Umum
- 1) Keadaan Umum :

- 2) Tanda-tanda Vital: HR : × / menit
RR : × / menit
T : °C
- 3) BB sekarang / PB : gram / cm

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Kulit :
2) Kepala :
3) Mata :
4) Mulut :
5) Perut :
6) Ekstermitas :
7) Genetalia :

c. Pemeriksaan Refleks

- 1) *Morro* :
2) *Rooting* :
3) *Sucking* :
4) *Grasping* :
5) *Neck Righting* :
6) *Tonic Neck* :
7) *Startle* :
8) *Babinski* :
9) Merangkak :
10) Menari / Melangkah :
11) *Ekstruasi* :
12) *Galant's* :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :
Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

F. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PELAYANAN KB

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada pelayanan KB (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada pelayanan KB).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PELAYANAN KB**

Hari, tanggal :

Pukul :

1. Identitas

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:

Alamat :

2. Data Subyektif

- a. Alasan Kunjungan :
- b. Keluhan Utama :
- c. Riwayat Menstruasi:
- d. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Kehamilan ke-	UK	Riwayat persalinan	Penyulit persalinan	Jenis kelamin	Komplikasi nifas	Usia Sekarang	Riwayat menyusui

- e. Riwayat Kesehatan :
- f. Pola Aktivitas
 - 1) Nutrisi
 - 2) Istirahat
 - 3) Aktivitas
 - 4) Hubungan seksual
- g. Data Psikososial

1. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) KU :
- 2) Kesadaran :
- 3) TTV :
- 4) TD :
- 5) Suhu :
- 6) RR :
- 7) Nadi :
- 8) Tinggi badan: cm
- 9) Berat Badan: kg

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala :
- 2) Mata :
- 3) Hidung :
- 4) Mulut :
- 5) Telinga :
- 6) Leher :
- 7) Payudara :
- 8) Abdomen :
- 9) Genetalia :
- 10) Anus :
- 11) Ekstremitas :
 - Atas :
 - Bawah :

c. Pemeriksaan Penunjang

2. Analisa :

3. Penatalaksanaan

- Tanggal :
- Waktu :

G. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN KESEHATAN REPRODUKSI

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada kesehatan reproduksi (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada kesehatan reproduksi).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
KESEHATAN REPRODUKSI**

No. RM :
 Tanggal Pengkajian :
 Pukul :
 Pengkaji :

1. Data Subyektif

a. Identitas

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama

c. Riwayat menstruasi

- 1) Menarche : tahun
- 2) Siklus menstruasi : hari (menstruasi terakhir)
- 3) Lama : hari
- 4) Warna :
- 5) Keluhan :

d. Riwayat perkawinan

- 1) Umur saat menikah : tahun
- 2) Lama : tahun
- 3) Perkawinan ke :
- 4) Jumlah anak : orang

e. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan ibu
- 2) Riwayat kesehatan keluarga
- 3) Tidak pernah menderita penyakit keturunan.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Kehamilan ke-	Komplikasi	Jenis Persalinan	Komplikasi	Penolong	BB Lahi	JK	Komplikasi Masa Nifas	Keadaan Anak	Umur

g. Riwayat KB

No.	Jenis Alkon	Lama Pakai	Keluhan	Tahun Lepas	Alasan

h. Pola pemeriksaan kebutuhan sehari-hari

- 1) Nutrisi
 - Makan : x/hari
 - Minum : /hari
- 2) Eliminasi
 - BAK : x/hari
 - BAB : x/hari
- 3) Istirahat : jam/hari
- 4) Aktifitas :
- 5) Hygiene : mandi x/hari
- 6) Pola seksual :
- Keluhan :

i. Data psikologi dan spiritual

j. Riwayat sosial budaya

- 1) Peran Ibu
- 2) Dukungan
- 3) Budaya

k. Pola kesehatan sehari-hari

l. Pola lingkungan

m. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) TB :
- 4) BB :
- 5) LILA :
- 6) Vital Sign
 - Tekanan darah : mmHg
 - Nadi : x/menit
 - Suhu : °C
 - Respirasi : x/menit

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala :
- 2) Telinga :
- 3) Muka :
- 4) Mata :
- 5) Hidung :
- 6) Mulut :
- 7) Gigi :
- 8) Leher :
- 9) Dada :
- 10) Payudara :
- 11) Abdomen :
- 12) Ekstremitas atas dan bawah :
- 13) Genital :
- 14) Kulit :

3. Analisis

- a. Diagnosa Kebidanan
- b. Masalah

4. Penatalaksanaan

- Tanggal :
- Waktu :

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Pada data sosial, data apa saja yang digali?
- 2) Jelaskan tentang langkah ke tiga dari rancangan dokumentasi dengan SOAP untuk asuhan bayi baru lahir!
- 3) Sebutkan contoh data subyektif pada asuhan ibu bersalin kala I!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Data subyektif pada pendokumentasian.
- 2) Pendokumentasian SOAP pada bayi baru lahir.
- 3) Data subyektif pendokumentasian pada ibu bersalin.

Ringkasan

Pada pendokumentasian dengan SOAP harus bisa menggali data sedetail mungkin sehingga kita bisa memberikan asuhan yang terbaik bagi klien. Langkah dalam setiap asuhan dengan rancangan SOAP harus meliputi empat unsur yaitu Subyektif, Obyektif, Analisis dan Penatalaksanaan. Format pendokumentasian pada asuhan kebidanan meliputi pendokumentasian pada ibu hamil, pendokumentasian pada ibu bersalin, pendokumentasian pada bayi baru lahir (BBL), pendokumentasian pada ibu nifas, pendokumentasian pada neonatus, bayi, dan balita, pendokumentasian pelayanan KB, dan pendokumentasian kesehatan reproduksi.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Data obyektif ibu hamil sebagai tanda pasti kehamilan adalah....
 - A. Keluhan mual mutah
 - B. Tidak menstruasi
 - C. Merasa pusing
 - D. Takut

- 2) Pengetahuan ibu bersalin tentang tanda-tanda persalinan, dimasukkan *dalam data*....
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 3) Adanya keluhan nipple lecet, dimasukkan *dalam data ibu nifas pada bagian*....
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 4) Seorang perempuan dengan KB suntik 3 bulanan, dimasukkan dalam....
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 5) Monitoring TTV BBL setiap jam sekali, dimasukkan dalam....
- A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) D
- 2) B
- 3) D
- 4) B
- 5) D

Tes 2

- 1) B
- 2) D
- 3) D
- 4) C
- 5) B

Tes 3

- 1) B
- 2) A
- 3) A
- 4) C
- 5) D

Glosarium

<i>BBL</i>	:	Bayi Baru lahir.
Balita	:	Bawah Lima Tahun.
KB	:	Keluarga Berencana.

Daftar Pustaka

- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). *Buku ajar dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Gondodiputro,S. (2007). *Rekam Medis dan sistem informasi kesehatan di Pelayanan Kesehatan Primer (PUSKESMAS)*. Diakses dari http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/Rekam%20Medis%20dan%20SIK.PDF.
- Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). *Dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Pusdiknakes-WHO-JHIPIEGO (2003). *Konsep asuhan kebidanan*. Jakarta: Pusdiknakes.
- Samil, R.S. (2001). *Etika kedokteran Indonesia*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sweet, B. dan Tiran, D. (1997). *Maye's midwifery: a textbook for midwive*. London: Baillire Tindal.
- Varney (1997). *Varney's midwifery, 3rd Edition*. Sudbury England: Jones and Barlet Publishers.
- Widan & Hidayat (2011). *Dokumentasi kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB VI

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN SOAP

Sih Rini Handajani, M.Mid

PENDAHULUAN

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Bab VI mata kuliah Dokumentasi Kebidanan. Di Bab VI ini akan membahas tentang pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP. Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan kebidanan dengan langkah yang terdiri dari Subyektif, Obyektif, Analisis, dan Penatalaksanaan. Walaupun kelihatan sederhana, namun SOAP merupakan pendokumentasian asuhan kebidanan yang memenuhi unsur-unsur penting dalam dokumentasi. Konsep pendokumentasian dengan SOAP ini telah Anda pelajari pada Bab IV dan V. Namun pada bab ini lebih terfokus pada bentuk implementasi dari asuhan kebidanan dengan SOAP yaitu mempelajari tentang tinjauan teori asuhan kebidanan dengan SOAP dan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP pada ibu hamil, ibu bersalin, neonatus, bayi, dan balita, serta ibu nifas.

Bahasan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP di bab ini disajikan dalam 2 topik sebagai berikut.

1. Topik 1 tentang tinjauan teori asuhan kebidanan dengan SOAP.
2. Topik 2 tentang contoh pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP.

Selanjutnya setelah Anda selesai mempelajari Bab VI ini, Anda diharapkan memiliki kemampuan untuk membuat dokumentasi asuhan kebidanan dengan SOAP, khususnya pada asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan nifas, serta asuhan neonatus, bayi, dan balita.

Topik 1

Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan dengan SOAP

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Topik 1 tentang tinjauan teori asuhan kebidanan dengan SOAP. Di topik ini Anda akan belajar secara teori cara mengisi format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas, neonatus, sebagai acuan Saudara membahas kasus yang ditemui dalam memberikan pelayanan.

A. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikan konsep pendokumentasian tersebut dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil. Berikut ini merupakan cara pengisian pendokumentasian secara teori, sehingga Anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden pre-eklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney, dkk, 2007).
- c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
- d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.

- f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbang kembang janin dalam kandungan, yang dalam hal ini dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu hamil.
 - g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.
- 2) Keluhan Utama: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal yang wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).
 - 3) Riwayat Menstruasi: Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga didapatkan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya (Prawirohardjo, 2010).
 - 4) Riwayat Perkawinan: Untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifas-nya.
 - 5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu: Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini (Varney, dkk, 2007).
 - 6) Riwayat Hamil Sekarang: Untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid terakhir digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin (Varney, dkk, 2007). Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai minggu ke-20 kehamilan (Bobak, dkk, 2005).
 - 7) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi: Adanya penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka (Hidayat dan Uliyah, 2008). Gangguan sirkulasi dan perfusi jaringan dapat terjadi pada penderita diabetes melitus. Selain itu, hiperglikemia dapat menghambat fagositosis dan menyebabkan terjadinya infeksi jamur dan ragi pada luka jalan lahir (Johnson dan Taylor, 2005).
 - 8) Riwayat Penyakit Keluarga: Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga.
 - 9) Riwayat Gynekologi: Untuk mengetahui riwayat kesehatan reproduksi ibu yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap proses kehamilannya.

- 10) Riwayat Keluarga Berencana: Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas ini.
- 11) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Pola Nutrisi: Makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil antara lain daging tidak berlemak, ikan, telur, tahu, tempe, susu, brokoli, sayuran berdaun hijau tua, kacang-kacangan, buah dan hasil laut seperti udang. Sedangkan makanan yang harus dihindari oleh ibu hamil yaitu hati dan produk olahan hati, makanan mentah atau setengah matang, ikan yang mengandung merkuri seperti hiu dan marlin serta *kafein* dalam kopi, teh, coklat maupun kola. Selain itu, menu makanan dan pengolahannya harus sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (Mochtar, 2011).
 - b) Pola *Eliminasi*: Pada kehamilan trimester III, ibu hamil menjadi sering buang air kecil dan *konstipasi*. Hal ini dapat dicegah dengan konsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih hangat ketika lambung dalam keadaan kosong untuk merangsang gerakan peristaltik usus (Mochtar, 2011).
 - c) Pola Istirahat: Pada wanita usia reproduksi (20-35 tahun) kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - d) Psikososial: Pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikologis. Perubahan yang terjadi pada trimester 3 yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemberian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar (Varney, dkk, 2006). Data sosial yang harus digali termasuk dukungan dan peran ibu saat kehamilan ini.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c) Keadaan *Emosional*: Stabil.
- d) Tinggi Badan: Untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal. Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Kemenkes RI, 2013).
- e) Berat Badan: Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah ≥ 9 kg (Kemenkes RI, 2013).
- f) LILA: Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013).
- g) Tanda-tanda Vital: Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variable lainnya.

WHO menetapkan *hipertensi* jika tekanan *sistolik* ≥ 160 mmHg dan tekanan *diastolic* ≥ 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit. Nilai normal untuk suhu per *aksila* pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C (Johnson dan Taylor, 2005). Sedangkan menurut Varney, dkk. (2006), pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 x/menit.

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormone (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- b) Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
- c) Mulut: Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis.
- d) Gigi/Gusi: Gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini (Hidayat dan Uliyah, 2008). Karena pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan (Mochtar, 2011).
- e) Leher: Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- f) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- g) Perut:
 - Inspeksi : Muncul Striae Gravidarum dan Linea Gravidarum pada permukaan kulit perut akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2011).
 - Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari-jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011). Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2010). Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Cunningham, dkk, 2009).

Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu:

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram}$$

- h) Ano-Genitalia : Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genitalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus.
 - i) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleksi patella menunjukkan respons positif.
- 3) Pemeriksaan Penunjang
- a) Hemoglobin: Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar *hemoglobin*-nya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki *hemoglobin* > 10gr/dL (Varney, dkk, 2006).
 - b) Golongan darah: Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2013).
 - c) USG: Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan (Mochtar, 2011).
 - d) Protein urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G₂P₁A₀ usia 22 tahun usia kehamilan 30 minggu fisiologis dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta rasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).

Contoh kebutuhan TM III adalah perubahan fisik dan psikologis ibu TM III, tanda-tanda persalinan, tanda bahaya kehamilan TM III, persiapan persalinan, pengurang rasa nyeri saat persalinan, pendamping persalinan, ASI, cara mengasuh bayi, cara memandian bayi, imunisasi dan KB.

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Sesuai dengan Kemenkes RI (2013), standar pelayanan *antenatal* merupakan rencana asuhan pada ibu hamil yang minimal dilakukan pada setiap kunjungan *antenatal*, antara lain timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur TFU, tentukan status imunisasi dan berikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, berikan tablet tambah darah, tentukan presentasi janin dan hitung DJJ, berikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, *body mekanik*, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, berikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan lakukan tatalaksana.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Asuhan kebidanan pada ibu hamil itu meliputi menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, mengukur LILA, mengukur TFU, menentukan status imunisasi dan memberikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, memberikan tablet tambah darah, menentukan presentasi janin dan menghitung DJJ, memberikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, *body mekanik*, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, memberikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan melakukan tatalaksana.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi ibu. Berikut adalah uraian evaluasi dari pelaksanaan.

- a. Telah dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, tekanan darah, LILA, dan TFU.
- b. Status imunisasi tetanus ibu telah diketahui dan telah diberikan imunisasi TT sesuai dengan status imunisasi.
- c. Telah diberikan tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- d. Telah didapat presentasi janin dan denyut jantung janin.
- e. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, *body mekanik*, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi.
- f. Telah dilakukan pemeriksaan laboratorium.
- g. Telah diberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai dengan permasalahan yang dialami.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.
- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

B. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikannya dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu bersalin. Berikut ini adalah cara pengisian pendokumentasian pada ibu bersalin secara teori, sehingga Anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
 - b) Umur: Semakin tua usia seorang ibu akan berpengaruh terhadap kekuatan mengejan selama proses persalinan. Menurut Varney, dkk (2007), usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden *pre-eklampsia* dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden *diabetes melitus* tipe II, *hipertensi* kronis, persalinan yang lama pada *nulipara*, *seksio sesaria*, persalinan *preterm*, *IUGR*, *anomali* kromosom dan kematian janin.
 - c) Suku/Bangsa: Asal daerah dan bangsa seorang ibu berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut.
 - d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
 - e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
 - f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.
 - g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.
- 2) Keluhan Utama: Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2011).
 - 3) Pola Nutrisi: Bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anastesi jika pembedahan diperlukan (Varney, dkk, 2007).
 - 4) Pola Eliminasi: Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam (Varney, dkk, 2007).
 - 5) Pola Istirahat: Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c) Keadaan Emosional: Stabil.
- d) Berat Badan: Bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu.
- e) Tanda-tanda Vital: Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5° C sampai 1° C. Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan (Varney, dkk, 2007).

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (*Chloasma Gravidarum*) akibat *Melanocyte Stimulating Hormon* (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- b) Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
- c) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- d) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Obstetri

Abdomen

Inspeksi : Menurut Mochtar (2011), muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (*Striae Gravidarum*) dan garis pertengahan pada perut (*Linea Gravidarum*) akibat *Melanocyte Stimulating Hormon*.

Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi *fundus uteri* dan bagian janin yang terdapat pada *fundus*. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin. Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011).

Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, *prematum*, atau *postmatum*.

Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu:

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram}$$

Auskultasi: Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2013).

Bagian Terendah: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin *fleksi* (Cunningham, dkk, 2009).

Kontraksi: Durasi kontraksi *uterus* sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu (Varney, dkk, 2007).

b) Gynekologi

Ano – Genetalia

Inspeksi: Pengaruh hormon *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi *varises* pada sekitar *genetalia*. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami *varises* pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat *hemoroid* pada *anus* serta pembengkakan pada kelenjar *bartolini* dan kelenjar *skene*. Pengeluaran *pervaginam* seperti *bloody show* dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Mochtar, 2011).

Vaginal Toucher: Pemeriksaan *vaginal toucher* bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, *moulding*, *kaput suksedaneum* dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu (Varney, dkk, 2007). Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2011).

Kesan Panggul: Bertujuan untuk mengkaji keadekuatan panggul ibu selama proses persalinan (Varney, dkk, 2007). Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis *ginekoid* dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan (Prawirohardjo, 2010).

4) Pemeriksaan Penunjang

- a) *Hemoglobin*: Selama persalinan, kadar *hemoglobin* mengalami peningkatan 1,2 gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal (Varney, dkk, 2007).
- b) *Cardiotocography* (CTG): Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.
- c) USG: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi (Mochtar, 2011).
- d) Protein *Urine* dan *glukosa urine*: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan *nomenklatur* kebidanan, seperti G₂P₁A₀ usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala I fase aktif dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan (Varney, dkk, 2007). Kebutuhan ibu bersalin menurut Leaser & Keanne dalam Varney (1997) adalah pemenuhan kebutuhan fisiologis (makan, minum, oksigenasi, eliminasi, istirahat dan tidur),

kebutuhan pengurangan rasa nyeri, support person (atau pendampingan dari orang dekat), penerimaan sikap dan tingkah laku serta pemberian informasi tentang keamanan dan kesejahteraan ibu dan janin.

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Penilaian dan intervensi yang akan dilakukan saat persalinan adalah sebagai berikut.

a. Kala I

- 1) Lakukan pengawasan menggunakan *partograf*, meliputi ukur tanda-tanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung kontraksi *uterus*, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi *urine*, *aseton* dan protein (WHO, 2013).
- 2) Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
- 3) Atur aktivitas dan posisi ibu yang nyaman.
- 4) Fasilitasi ibu untuk buang air kecil.
- 5) Hadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
- 6) Ajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
- 7) Berikan sentuhan, pijatan, *counterpressure*, *pelvic rocking*, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta ajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.
- 8) Informasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

b. Kala II

- 1) Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
- 2) Ajari ibu cara meneran yang benar.
- 3) Lakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

c. Kala III

Lakukan pertolongan kelahiran *plasenta* sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

d. Kala IV

- 1) Lakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 2) Fasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 3) Lakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada ibu.

a. Kala I

- 1) Melakukan pengawasan menggunakan *partograf*, meliputi mengukur tanda-tanda vital ibu, menghitung denyut jantung janin, menghitung kontraksi *uterus*, melakukan pemeriksaan dalam, serta mencatat produksi *urine*, *aseton*, dan protein (WHO, 2013).
- 2) Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
- 3) Mengatur aktivitas dan posisi ibu.
- 4) Memfasilitasi ibu untuk buang air kecil.
- 5) Menghadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
- 6) Mengajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
- 7) Memberikan sentuhan, pijatan, *counterpressure*, *pelvic rocking*, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta mengajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.
- 8) Menginformasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

b. Kala II

- 1) Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
- 2) Mengajari ibu cara meneran yang benar.
- 3) Melakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

c. Kala III

Melakukan pertolongan kelahiran *plasenta* sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

d. Kala IV

- 1) Melakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 2) Memfasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 3) Melakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi ibu.

a. Kala I

- 1) Telah dilakukan pengawasan menggunakan *partograf*, meliputi ukur tanda-tanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung kontraksi *uterus*, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi *urine*, *aseton* dan protein (WHO, 2013).
- 2) Ibu bersedia untuk makan dan minum sebagai upaya persiapan kelahiran bayi.
- 3) Ibu memilih untuk jalan-jalan terlebih dahulu lalu berbaring dengan posisi miring ke kiri.
- 4) Ibu bersedia untuk buang air kecil secara mandiri.
- 5) Suami ibu dan atau anggota keluarga ibu telah mendampingi ibu selama proses persalinan.
- 6) Ibu mengerti dan dapat melakukan teknik relaksasi dengan benar.
- 7) Telah diberikan sentuhan, pijatan, *counterpressure*, *pelvic rocking*, kompres hangat dingin pada punggung, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian pada ibu, ibu dapat melakukan teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dengan baik dan benar serta ibu merasa nyaman.
- 8) Ibu maupun keluarga telah mendapatkan informasi mengenai perkembangan dan kemajuan persalinan.

b. Kala II

- 1) Ibu memilih posisi setengah duduk untuk melahirkan bayinya.
- 2) Ibu mengerti dan dapat meneran dengan benar.
- 3) Bayi lahir jam 10.00 WIB menangis kuat dengan jenis kelamin laki-laki (Hanya sebagai contoh).

c. Kala III

Plasenta lahir spontan dan lengkap pada jam 10.10 WIB dengan luka pada jalan lahir (Hanya sebagai contoh).

d. Kala IV

- 1) Luka pada jalan lahir telah didekatkan dengan teknik penjahitan jelujur dan benang cromic.
- 2) Ibu bersedia untuk disibin, istirahat, makan dan minum.
- 3) Observasi kala IV telah dilakukan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.

- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

C. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (BBL) DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian asuhan kebidanan pada BBL dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikannya dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada BBL. Berikut ini merupakan cara pengisian pendokumentasian secara teori, sehingga anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas Bayi

- a) Nama: Untuk mengenal bayi.
- b) Jenis Kelamin: Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan *genetalia*.
- c) Anak ke-: Untuk mengkaji adanya kemungkinan *sibling rivalry*.

2) Identitas Orangtua

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.
- c) Suku/Bangsa : Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
- d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai dengan keyakinannya sejak lahir.
- e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.
- f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.

- g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan bayi.
- 3) Data Kesehatan
- a) Riwayat Kehamilan: Untuk mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan *skrining test* dengan tepat dan segera.
 - b) Riwayat Persalinan: Untuk menentukan tindakan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir.
- b. Data Obyektif
- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Tanda-tanda Vital: Pernapasan normal adalah antara 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110-160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara *aksila* adalah 36,5-37,5° C (Johnson dan Taylor, 2005).
 - c) *Antropometri* : Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35 cm) (Ladewig, London dan Olds, 2005). Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005).
 - d) *Apgar Score*: Skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik (Johnson dan Taylor, 2005).
 - 2) Pemeriksaan Fisik Khusus
 - a) Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan *perfusi perifer* yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda *perfusi perifer* baik dapat dikaji dengan mengobservasi *membran* mukosa, telapak tangan dan kaki. Bila bayi tampak pucat atau *sianosis* dengan atau tanpa tanda-tanda *distress* pernapasan harus segera dilaporkan pada dokter anak karena dapat mengindikasikan adanya penyakit. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tanda-tanda infeksi dan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).
 - b) Kepala: Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Moulding harus sudah menghilang dalam 24

jam kelahiran. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Johnson dan Taylor, 2005).

- c) Mata: Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan dan usapannya dapat dilakukan jika diindikasikan (Johnson dan Taylor, 2005).
- d) Telinga: Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Johnson dan Taylor, 2005).
- e) Hidung: Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.
- f) Mulut: Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Johnson dan Taylor, 2005).
- g) Leher: Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomi 21 (Johnson dan Taylor, 2005).
- h) Klavikula: Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Johnson dan Taylor, 2005).
- i) Dada: Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam (WHO, 2013).
- j) Umbilikus: Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket (Johnson dan Taylor, 2005).

- k) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).
 - l) Punggung: Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Johnson dan Taylor, 2005).
 - m) Genitalia: Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya (Saifuddin, 2006).
 - n) Anus: Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani (Johnson dan Taylor, 2005).
 - o) Eliminasi: Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah (Johnson dan Taylor, 2005).
- 3) Pemeriksaan Refleks
- a) *Morro*: Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut *fleksi* kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis (Ladewig, dkk., 2005). Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleks tidak simetris menunjukkan adanya *hemiparises*, *fraktur klavikula* atau cedera *fleksus brakhialis*. Sedangkan tidak adanya respons pada ekstremitas bawah menunjukkan adanya dislokasi pinggul atau cedera *medulla spinalis* (Hidayat dan Uliyah, 2005).
 - b) *Rooting*: Sentuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - c) *Sucking*: Bayi menghisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - d) *Grasping*: Respons bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (Jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini

menghilang pada 3-4 bulan. Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya paralisis. Refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral (Hidayat dan Uliyah, 2008).

- e) *Startle*: Bayi meng-*ekstensi* dan mem-*fleksi* lengan dalam merespons suara yang keras, tangan tetap rapat dan refleks ini akan menghilang setelah umur 4 bulan. Tidak adanya respons menunjukkan adanya gangguan pendengaran (Hidayat dan Uliyah, 2005).
- f) *Tonic Neck*: Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan. Normalnya refleks ini tidak terjadi pada setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada umur 2 bulan dan menghilang pada umur 6 bulan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- g) *Neck Righting*: Bila bayi terlentang, bahu dan badan kemudian *pelvis* berotasi ke arah dimana bayi diputar. Respons ini dijumpai selama 10 bulan pertama. Tidak adanya refleks atau refleks menetap lebih dari 10 bulan menunjukkan adanya gangguan sistem saraf pusat (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- h) Babinski: Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun. Bila pengembangan jari kaki *dorsofleksi* setelah umur 2 tahun menunjukkan adanya tanda lesi *ekstrapiramidal* (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- i) Merangkak: Bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki bila diletakkan pada abdomen. Bila gerakan tidak simetris menunjukkan adanya abnormalitas neurologi (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- j) Menari atau melangkah: Kaki bayi akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras. Hal ini dijumpai pada 4-8 minggu pertama kehidupan. Refleks menetap melebihi 4-8 minggu menunjukkan keadaan abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- k) *Ekstruasi*: Lidah *ekstensi* ke arah luar bila disentuh dan dijumpai pada umur 4 bulan. *Esktensi* lidah yang persisten menunjukkan adanya sindrom Down (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- l) Galant's: Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi dan dijumpai pada 4-8 minggu pertama. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya lesi *medulla spinalis transversa* (Hidayat dan Uliyah, 2008).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan *nomenklatur* kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK). Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi (Depkes RI, 2010).

3. Perencanaan

Menurut Bobak, dkk. (2005), penanganan bayi baru lahir antara lain bersihkan jalan napas, potong dan rawat tali pusat, pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD, berikan vitamin K 1 mg, lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta berikan imunisasi Hb-0. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu, nadi, dan respirasi.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada bayi, meliputi membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan melakukan IMD, memberikan vitamin K 1 mg, melakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta memberikan imunisasi Hb-0 (Bobak, dkk., 2005).

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi bayi kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi bayi.

- a. Bayi dapat menangis dengan kuat dan bergerak aktif
- b. Bayi telah dikeringkan dengan handuk dan telah dilakukan IMD selama 1 jam.
- c. Tali pusat bayi telah dirawat dengan benar.
- d. Bayi telah dijaga kehangatannya dengan cara dibedong.
- e. Bayi telah mendapatkan injeksi vitamin K 1 mg, salep mata dan imunisasi Hb-0.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.
- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

D. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikannya dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu nifas. Berikut ini merupakan cara pengisian pendokumentasian secara teori, sehingga anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas

- a. Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b. Umur: Semakin tua usia seseorang berpengaruh terhadap semua fase penyembuhan luka sehubungan dengan adanya gangguan sirkulasi dan *koagulasi*, respon *inflamasi* yang lebih lambat dan penurunan aktivitas *fibroblast* (Johnson dan Taylor, 2005).
- c. Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola kebiasaan sehari-hari (Pola nutrisi, pola eliminasi, *personal hygiene*, pola istirahat dan aktivitas) dan adat istiadat yang dianut.
- d. Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- e. Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi dengan istilah bahasa yang sesuai dengan pendidikan terakhirnya, termasuk dalam hal pemberian konseling.
- f. Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara status gizi dengan proses penyembuhan luka ibu. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan penyembuhan luka pada jalan lahir berlangsung lama. Ditambah dengan rasa malas untuk merawat dirinya.
- g. Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.

- 2) Keluhan Utama: Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Varney, dkk, 2007).
- 3) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Pola Nutrisi: Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu *nifas* juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Varney, dkk, 2007).
 - b) Pola Eliminasi: Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
 - c) *Personal Hygiene*: Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan (Varney, dkk., 2007).
 - d) Istirahat: Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Varney, dkk., 2007).
 - e) Aktivitas: Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam *nifas* dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Varney, dkk, 2007).
 - f) Hubungan Seksual: Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Varney, dkk., 2007).
- 4) Data Psikologis
 - a) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusasaan dan duka (Varney, dkk, 2007). Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in*, *taking hold* atau *letting go*.
 - b) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya *sibling rivalry*.
 - c) Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerja sama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum: Baik
- b. Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c. Keadaan Emosional: Stabil.
- d. Tanda-tanda Vital: Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik kemudian kembali secara spontan setelah beberapa hari. Pada saat bersalin, ibu mengalami kenaikan suhu tubuh dan akan kembali stabil dalam 24 jam pertama pasca partum. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pasca partum. Sedangkan fungsi pernapasan kembali pada keadaan normal selama jam pertama pasca partum (Varney, dkk, 2007).

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Payudara: Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan *areola*, apakah ada *kolostrom* atau air susu dan pengkajian proses menyusui (Varney, dkk, 2007). Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
- b) Perut: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut (Varney, dkk, 2007). Pada beberapa wanita, *linea nigra* dan *stretchmark* pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi (Bobak, dkk, 2005). Tinggi *fundus uteri* pada masa *nifas* dapat dilihat pada tabel 2.8 untuk memastikan proses *invulusi* berjalan lancar.
- c) Vulva dan Perineum
 - 1) Pengeluaran *Lokhea*: Menurut Mochtar (2011), jenis *lokhea* diantaranya adalah:
 - (a) *Lokhea rubra (Cruenta)*, muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel *desidua*, *verniks caseosa*, rambut *lanugo*, sisa *mekonium* serta sisa darah.
 - (b) *Lokhea sanguilenta*, *lokhea* ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.
 - (c) *Lokhea serosa*, muncul pada hari ke-7 – 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, *leukosit* dan tidak mengandung darah lagi.
 - (d) *Lokhea alba*, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung *leukosit*, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati.
 - (e) Bila *pengeluaran lokhea* tidak lancar disebut *Lochiastasis*.

- 2) Luka Perineum : Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Varney, dkk, 2007).
 - a) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya *edema*, nyeri dan kemerahan (Varney, dkk, 2007). Jika pada masa kehamilan muncul *spider nevi*, maka akan menetap pada masa *nifas* (Bobak, dkk, 2005).
- 3) Pemeriksaan Penunjang
 - a) *Hemoglobin*: Pada awal masa *nifas* jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk, 2007).
 - b) *Protein Urine* dan *glukosa urine*: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa masa nifas disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti P2A0 usia 22 tahun postpartum fisiologis. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Varney, dkk (2007), ketidaknyamanan yang dirasakan pada ibu nifas adalah nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid.

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Rencana tindakan asuhan kebidanan pada masa *nifas* disesuaikan dengan kebijakan program nasional, antara lain :

- a. Periksa tanda-tanda vital, tinggi *fundus uteri*, *lokhea* dan cairan *pervaginam* lainnya serta payudara.
- b. Berikan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam *nifas*, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
- c. Berikan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada ibu dan atau keluarga dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*. Pelaksanaan asuhan kebidanan pada masa nifas, adalah:

- a. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi *fundus uteri*, *lokhea* dan cairan *pervaginam* lainnya serta payudara.

- b. Memberikan KIE mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam *nifas*, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
- c. Memberikan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi ibu.

- a. Telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi *fundus uteri*, *lokhea* dan cairan *pervaginam* lainnya serta payudara.
- b. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam *nifas*, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
- c. Ibu telah memilih metode kontrasepsi dan telah mendapatkannya.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.
- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

E. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian asuhan kebidanan pada neonatus dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikannya dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada neonatus. Berikut ini merupakan cara pengisian pendokumentasian secara teori, sehingga anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Subyektif

1) Identitas Anak

- a) Nama: Untuk mengenal bayi.
- b) Jenis Kelamin: Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan *genetalia*.
- c) Anak ke-: Untuk mengkaji adanya kemungkinan *sibling rivalry*.

2) Identitas Orangtua

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
 - b) Umur: Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.
 - c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
 - d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai keyakinannya sejak lahir.
 - e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.
 - f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.
 - g) Alamat: Hal ini dimaksudkan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.
- 3) Keluhan Utama: Permasalahan pada bayi yang sering muncul adalah bayi tidak mau menyusu, rewel dan bercak putih pada bibir dan mulut (WHO, 2013).
 - 4) Riwayat Persalinan: Bertujuan untuk mengidentifikasi ada tidaknya jejas persalinan.
 - 5) Riwayat Kesehatan yang Lalu: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya penyakit atau tindakan operasi yang pernah diderita.
 - 6) Riwayat Kesehatan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya penyakit menular, penyakit menurun dan penyakit menahun yang sedang dan atau pernah diderita oleh anggota keluarga yang kemungkinan dapat terjadi pada bayi.
 - 7) Riwayat Imunisasi: Bertujuan untuk mengkaji status imunisasi guna melakukan pencegahan terhadap beberapa penyakit tertentu.
 - 8) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Nutrisi: Bertujuan untuk mengkaji kecukupan nutrisi bayi. Rentang frekuensi menyusui yang optimal adalah antara 8-12 kali setiap hari (Varney, dkk, 2007).

- b) Pola Istirahat: Kebutuhan istirahat neonatus adalah 14-18 jam/hari (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - c) *Eliminasi*: Jika bayi mendapatkan ASI, diharapkan bayi minimum 3-4 kali buang air besar dalam sehari, *feses*-nya harus sekitar 1 sendok makan atau lebih dan berwarna kuning. Sedangkan buang air kecilnya pada hari pertama dan kedua minimal 1-2 kali serta minimal 6 kali atau lebih setiap hari setelah hari ketiga (Varney, dkk, 2007).
 - d) *Personal Hygiene*: Bayi dimandikan setelah 6 jam setelah kelahiran dan minimal 2 kali sehari. Jika tali pusat belum puput dan dibungkus dengan kassa steril, minimal diganti 1 kali dalam sehari. Dan setiap buang air kecil maupun buang air besar harus segera diganti dengan pakaian yang bersih dan kering.
- b. Obyektif
- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran bayi. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana bayi mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - c) Tanda-tanda Vital: Pernapasan normal adalah antara 40-60 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 120-160 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara *aksila* adalah 36,5-37,5° C (WHO, 2013)
 - d) *Antropometri*: Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal, yaitu sama dengan atau di atas berat badan lahir pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005). Berat badan bayi mengalami peningkatan lebih dari 15-30 gram per hari setelah ASI matur keluar (Varney, dkk, 2007).
 - 2) Pemeriksaan Fisik Khusus
 - a) Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan *perfusi perifer* yang baik (Johnson dan Taylor, 2005). Menurut WHO (2013), wajah, bibir dan selaput lendir harus berwarna merah muda tanpa adanya kemerahan atau bisul.
 - b) Kepala: Bentuk kepala terkadang asimetris akibat penyesuaian jalan lahir, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak menonjol, namun dapat sedikit menonjol saat bayi menangis (WHO, 2013).
 - c) Mata: Tidak ada kotoran atau *secret* (WHO, 2013).
 - d) Mulut: Tidak ada bercak putih pada bibir dan mulut serta bayi akan menghisap kuat jari pemeriksa (WHO, 2013).
 - e) Dada: Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah yang dalam (WHO, 2013).

- f) Perut: Perut bayi teraba datar dan teraba lemas. Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau tidak enak pada tali pusat atau kemerahan di sekitar tali pusat (WHO, 2013).
- g) Ekstermitas: Posisi tungkai dan lengan fleksi. Bayi sehat akan bergerak aktif (WHO, 2013).
- h) Genetalia: Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan dan bayi sudah terbukti dapat buang air kecil dan buang air besar dengan lancar dan normal (WHO, 2013).

3) Pemeriksaan Refleks

Meliputi refleks *Morro, rooting, sucking, grasping, neck righting, tonic neck, startle, babinski, merangkak, menari / melangkah, ekstruksi, dan galant's*.

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti By. M umur 7 hari neonatus normal. dan permasalahan pada bayi yang sering muncul adalah bayi tidak mau menyusu, rewel dan bercak putih pada bibir dan mulut (WHO, 2013).

3. Perencanaan

Menurut WHO (2013), rencana asuhan kebidanan yang dilakukan pada neonatus adalah pastikan bayi tetap hangat dan mendapat ASI eksklusif, jaga kontak kulit antara ibu dan bayi, tutupi kepala bayi dengan topi yang hangat, berikan pendidikan kesehatan pada ibu dan atau keluarga terkait dengan permasalahan bayi yang dialami serta lakukan rujukan sesuai pedoman MTBS jika ada kelainan.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada bayi, meliputi rencana asuhan kebidanan yang dilakukan pada neonatus adalah memastikan bayi tetap hangat dan mendapat ASI eksklusif, menjaga kontak kulit antara ibu dan bayi, menutupi kepala bayi dengan topi yang hangat, memberikan pendidikan kesehatan pada ibu dan atau keluarga terkait dengan permasalahan bayi yang dialami serta melakukan rujukan sesuai pedoman MTBS jika ada kelainan (WHO, 2013).

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi bayi kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi bayi. Berikut adalah hasil evaluasinya bayi telah dibedong dengan kain bersih dan kering dan memakai topi bayi, bayi mendapatkan ASI

eksklusif, dan ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali konseling mengenai permasalahan yang dialami oleh bayinya.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan
- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Pada data sosial ibu hamil, apa saja yang perlu Saudara tanyakan?
- 2) Kebutuhan apa yang harus diberikan kepada ibu bersalian?
- 3) Apakah kebutuhan bayi baru lahir?
- 4) Apa sajakah yang perlu diobservasi pada BBL?
- 5) Jelaskan perencanaan pada ibu nifas kunjungan pertama!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan SOAP.
- 2) Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan SOAP.
- 3) Asuhan kebidanan pada BBL.
- 4) Asuhan kebidanan pada ibu nifas.

Ringkasan

Sebagai seorang Bidan, diperlukan pemahaman tentang tinjauan teori asuhanan kebidanan dengan SOAP agar bisa menerapkannya pada asuhan yang sesungguhnya. Pendokumentasian pada ibu hamil, ibu bersalin, BBL, ibu nifas, dan neonatus pada dasarnya sama yaitu berisi ini pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi. Dalam analisa tidak hanya diagnosa, namun juga bisa berupa masalah ataupun kebutuhan tergantung hasil pengkajian data S dan O. Yang perlu digali dari data sosial tidak hanya hubungan klien dengan orang lain, akan

tetapi juga digali tentang dukungan baik keluarga maupun masyarakat sekitar terhadap periode asuhan, serta bagaimana peran ibu menghadapi periode asuhannya. Penatalaksanaan disesuaikan dengan analisa yang ada.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang perempuan berumur 24 tahun datang ke tempat Bidan Praktek Mandiri pada jam 09.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan ke 2, anak pertama berumur 3 tahun, mules sejak 05.00 WIB, TFU 29 cm, preskep, his 3 x/10 menit, DJJ 132 x/mnt, pembukaan 6 cm, ketuban utuh, sutura merapat. Apakah rencana asuhan pada kasus tersebut?
 - A. Observasi DJJ 1 jam lagi
 - B. Observasi suhu badan 4 jam lagi
 - C. Observasi kontraksi uterus 1 jam lagi
 - D. Observasi pembukaan 4 jam lagi

- 2) Seorang perempuan berumur 26 tahun datang ke tempat Praktik Mandiri Bidan pada jam 07.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan pertama, mules sejak 04.00 WIB, TFU 30 cm, preskep, his 3 x/10 menit, DJJ 134 x/mnt, pembukaan 7 cm. Berapakah tafsiran berat janin pada kasus diatas?
 - A. 2.480 gram
 - B. 2.635 gram
 - C. 2.790 gram
 - D. 2.945 gram

- 3) Seorang perempuan berumur 23 tahun datang ke tempat Bidan Praktek Mandiri pada jam 02.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan ke 2, anak pertama berumur 4 tahun, mules sejak 24.00 WIB, TFU 28 cm, preskep, his 4 x/10 menit, DJJ 130 x/mnt, pembukaan 8 cm, ketuban pecah jam 2 warna jernih, sutura merapat. Jam berapakah perkiraan kala II pada kasus tersebut ?
 - A. 03.00 WIB
 - B. 04.00 WIB
 - C. 05.00 WIB
 - D. 06.00 WIB

- 4) Seorang perempuan berumur 20 tahun datang ke tempat Praktik Mandiri Bidan pada jam 11.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan pertama, mules sejak 24.00 WIB, TFU 28 cm, preskep, his 4 x/10 menit, DJJ 130 x/mnt, pembukaan 8 cm, ketuban pecah jam 2 warna jernih, sutura merapat. Apakah symbol moulage/penyusupan sutura pada kasus tersebut ?
- A. 0
 - B. 1
 - C. 2
 - D. 3
- 5) Seorang perempuan berumur 21 tahun melahirkan bayi pertama dua menit yang lalu. Dari pengkajian didapatkan: plasenta belum lahir, mengelus perut mulas, terdapat semburan darah tiba-tiba dari jalan lahir, kontraksi baik, TFU 1 jari diatas pusat. Apakah penyebab semburan darah tiba-tiba dari jalan lahir pada kasus tersebut?
- A. Robekan pada dinding rahim
 - B. Adanya sisa selaput ketuban
 - C. Lepasnya insersi plasenta
 - D. Perlukaan jalan lahir

Topik 2

Contoh Kasus Asuhan Kebidanan dengan SOAP

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Topik 2 yang merupakan topik terakhir di Bab VI ini. Setelah mempelajari tentang konsep teori asuhan kebidanan dengan SOAP pada Topik 1, di Topik 2 ini Anda akan mempelajari contoh kasus asuhan kebidanan dengan SOAP. Pada topik ini Anda akan diberikan contoh nyata cara mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas dan neonatus. Setelah mempelajarinya, diharapkan Anda dapat menerapkannya dalam asuhan kebidanan.

A. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian: 15 Desember 2014

Jam Pengkajian: 12.00 WIB

Tempat Pengkajian: Rumah Ny. SL

a. Data Subyektif

1) Biodata

	Ibu	Suami
Nama	: Ny. SL	Tn. HJ
Umur	: 32 tahun	39 tahun
Suku / Bangsa	: Jawa / Indonesia	Jawa / Indonesia
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	: SMA	SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta	Buruh
Alamat	: Jeruk Manis, Glagah, Jatinom, Klaten	

2) Keluhan Utama

Pegal pada pinggang sebelah kiri yang hilang timbul.

3) Riwayat Menstruasi

Tidak mengalami masalah atau kelainan pada menstruasinya seperti *dismenorrhea*, *menorrhagia*, *spotting*, *metrorrhagia* dan pre menstruasi sindrom.

HPHT: 28 – 5 – 14

HPL: 4 – 3 – 15

- 4) Riwayat Perkawinan
- Kawin: Ya
 - Kawin: 1 kali
 - Nikah umur 27 tahun dengan suami 34 tahun, lama pernikahan : 5 tahun

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

G₂ P₁ A₀ Hidup₁

Kehamilan		Persalinan				BBL			Nifas	
Hamil ke-	Penyulit	UK (Mg)	Jenis	Penolong	Penyulit	JK	BB (Gr)	Kondisi Sekarang	Laktasi	Penyulit
I	Tidak ada	38	Normal	Bidan	Tidak ada	L	3200	Sehat, normal (4 tahun)	ASI Eksklusif, minum ASI selama 2 tahun	Tidak ada
II (Sekarang)										

6) Riwayat Hamil Sekarang

Tidak ada penyulit atau komplikasi pada hamil muda maupun hamil tua seperti mual, muntah, pusing, sakit kepala dan perdarahan. Gerakan janin pertama kali yang dirasakan ibu saat usia kehamilan 5 bulan dan saat ini gerakannya aktif.

Status imunisasi TT: TT₃ (5 Oktober 2015)

7) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi

- Pernah dirawat: Tidak pernah
- Pernah dioperasi: Tidak pernah

8) Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menurun seperti *kanker*, *diabetes mellitus*, kelainan bawaan, *epilepsy*, penyakit hati, penyakit ginjal, hamil kembar, *hipertensi*, penyakit jiwa, *tuberculosis* (TBC) dan alergi.

9) Riwayat Gynekologi

Tidak menderita penyakit seperti *infertilitas*, *cervicitis cronis*, *polip serviks*, infeksi virus, *endometriosis*, *kanker* kandungan, penyakit menular seksual (PMS), *myoma* serta tidak pernah mengalami operasi kandungan dan perkosaan.

10) Riwayat Keluarga Berencana

- Metode KB yang pernah dipakai: Suntik 3 bulan selama ± 3 tahun serta suntik 1 bulan selama ± 3 – 4 bulan.
- Komplikasi dari KB: Saat menggunakan KB suntik 3 bulan mengalami flek-flek, berat badan bertambah dan merasa tidak nyaman.

- 11) Pola Makan, Minum, *Eliminasi*, Istirahat dan *Psikososial*
 - a) Pola Makan: 3 kali/sehari; menu: Nasi, sayur dan lauk pauk.
 - b) Pola Minum: ± 9 gelas/hari (Air putih, teh, susu ibu hamil); Tidak pernah mengkonsumsi alkohol dan jamu.
 - c) Pola Eliminasi: BAK: ± 10 x/hari; warna: Kuning jernih, keluhan: Tidak ada.
 - d) BAB: 1 x/hari; karakteristik: Lunak, keluhan: Tidak ada.
 - e) Pola Istirahat: Lama Tidur: 8 – 9 jam/hari, keluhan: Sering kencing pada malam hari.

- 12) Psikososial:
 - a) Penerimaan klien terhadap kehamilan ini
 - b) Kehamilan yang kedua ini merupakan kehamilan yang direncanakan, suami dan anak pertamanya sangat menantikan kehamilan ini. Ibu juga mengatakan tidak merasa terganggu terhadap kehamilannya serta masih dapat mengikuti beberapa pertemuan rutin kelompok seperti PKK dan arisan RT.
 - c) Social support
 - d) Mendapatkan dukungan atas kehamilan ini dari suami, orangtua, mertua dan anggota keluarga lainnya sehingga ibu merasa nyaman dalam menjalani kehamilannya ini.

- 13) Pola Spiritual
Tidak ada hambatan untuk melakukan ibadah, seperti sholat dan pengajian.

- 14) Seksualitas
Tidak ada keluhan dan tidak mengeluarkan darah saat melakukan hubungan seksual.

- b. Data Obyektif
 - 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: *Composmentis*
 - c) Keadaan *Emosional*: Stabil
 - d) Berat Badan: 56 kg
 - e) Berat Badan Sebelum Hamil: 51 kg
 - f) Tinggi Badan: 152 cm
 - g) LILA: 28 cm
 - h) Tanda – tanda Vital
 - (1) Tekanan Darah: 100 / 60 mmHg
 - (2) Nadi: 82 x per menit
 - (3) Pernapasan: 20 x per menit
 - (4) Suhu: 36,9 ° C

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Muka: Tidak ada *oedema* dan *chloasma gravidarum*, tidak pucat.
- b) Mata: *Sklera* putih, *konjungtiva* merah, dan pandangan mata tidak kabur.
- c) Mulut: Bersih, tidak ada *stomatitis*, lembab.
- d) Gigi/Gusi: Gigi berlubang namun tidak berdarah.
- e) Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar *tiroid*
- f) Payudara: Simetris, tidak ada *striae gravidarum*, *areola* dan puting menghitam, tidak ada benjolan, puting susu pada payudara kiri menonjol namun puting susu payudara kanan tenggelam, pengeluaran ASI belum keluar.
- g) Perut: Tampak luka bekas “udun” dibawah pusar sebelah kanan, *linea nigra*, *striae albican*.

(1) Palpasi:

Leopold I: Teraba bulat, lunak, tidak melenting di *fundus uteri*, TFU : 2 jari di atas pusat.

Leopold II: Teraba keras dan memanjang seperti papan disebelah kanan serta teraba bagian-bagian kecil janin disebelah kiri.

Leopold III: Teraba bulat, keras dan melenting di tepi atas *simphisis*, bagian terendah janin masih dapat digoyangkan.

Leopold IV: Tidak dilakukan.

(2) Tinggi *Fundus Uteri*: 19 cm

(3) Taksiran Berat Janin: 1085 gram

(4) Auskultasi: DJJ 156 x/menit

h) *Ano – Genetalia*: Tidak ada *varises* dan kelainan, tidak mengalami keputihan.

i) Ekstremitas

(1) Atas: Simetris, tidak ada *oedema* dan tidak ada kelainan.

(2) Bawah: Simetris, tidak ada *oedema*, tampak *spider nevi* pada betis bagian kiri, refleks *patella* (+) / (+).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) *Hemoglobin*

b) Pada trimester I (7 September 2014, 14⁺⁴ minggu) : 11 gr/Dl.

c) Golongan Darah: A

d) USG

e) Hasil USG pada tanggal 10 Desember 2014 (28 minggu): Letak lintang, plasenta berada di fundus uteri, DJJ: 141 x/menit, TBJ: 1048 gram.

f) *Protein Urine*: Tidak dilakukan pemeriksaan.

g) *Glukosa Urine*: Tidak dilakukan pemeriksaan.

2. Analisa

a. Diagnosa: G₂ P₁ A₀ 32 tahun hamil 28⁺⁵ minggu normal; Janin tunggal hidup.

- b. Masalah: Rasa pegal pada pinggang yang hilang timbul.
- c. Kebutuhan: Perasat Hoffman.

3. Perencanaan

- a. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu, termasuk berat janin dalam kandungannya.
- b. Berikan informasi pada ibu tentang rasa pegal pada pinggang.

4. Penatalaksanaan

Tanggal: 15 Desember 2014

Waktu: 13.00 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu.
- b. Memberikan informasi pada ibu bahwa rasa pegal pada pinggang yang dirasakan oleh ibu merupakan hal yang normal bagi ibu hamil akibat adanya desakan kepala janin di sekitar pinggang.
- c. Menganjurkan ibu untuk menggunakan sepatu dengan tumit rendah dan menghindari penggunaan sepatu dengan tumit tinggi.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu tentang cara perawatan puting susu yang tenggelam dengan perasat Hoffman agar puting susu menonjol.
- e. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang sesuai dengan anjuran bidan (1 bulan kemudian dari tanggal 4 Desember 2014) atau jika ada keluhan.

5. Evaluasi

Tanggal: 15 Desember 2014

Waktu: 13.30 WIB

- a. Ibu mengetahui kondisi kesehatannya dan kondisi janinnya.
- b. Ibu memahami penyebab rasa pegal yang dialaminya.
- c. Ibu bersedia untuk menggunakan sepatu dengan tumit rendah dan menghindari penggunaan sepatu dengan tumit tinggi.
- d. Ibu mengerti dan dapat mempraktikkan perasat Hoffman (SAP terlampir).
- e. Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang sesuai anjuran.

6. CATATAN PERKEMBANGAN I

Hari/Tanggal: Jum'at, 2 Januari 2015

Jam: 14.00 WIB

Tempat: Rumah Ny. SL

S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O:

- a. Keadaan umum: Baik
- b. Kesadaran: Composmentis
- c. Keadaan Emosional: Stabil

1. Tanda-tanda Vital
 2. Tekanan Darah: 100 / 60 mmHg
 3. Nadi: 82 x/menit
 4. Pernapasan: 18 x/menit
 5. Suhu: 36,9 °C
- d. Muka: Tidak ada oedema dan tidak pucat.
- e. Mata: Sklera putih, konjungtiva merah.
- f. Perut
1. Palpasi: Presentasi kepala, letak memanjang, punggung kanan, kepala masih dapat digoyangkan, TFU : 2 jari di atas pusat.
 2. TFU: 19 cm.
 3. Auskultasi: DJJ 156 x/menit.
 4. TBJ: 1085 gram.
- g. Ekstremitas: Tidak ada oedema

A:

- a. Diagnosa: G₂ P₁ A₀ 32 tahun hamil 31⁺² minggu normal. Janin tunggal hidup.
- b. Kebutuhan: Pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu hamil serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi.

P:

Tanggal : 2 Januari 2015

Waktu : 14.30 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa tafsiran berat janin dalam kandungannya masih kurang. Ibu mengetahui kondisi kesehatannya dan kondisi janinnya.
- b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu hamil agar janin tumbuh dan berkembang sesuai dengan usia kehamilannya. Ibu memahami pentingnya nutrisi untuk ibu hamil dan bersedia melakukan anjuran (SAP terlampir).
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang persiapan persalinan dan kelahiran bayi pada ibu. Ibu dapat menyebutkan kembali keperluan persiapan persalinan.

B. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu bersalin.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian: 3 Maret 2015

Jam Pengkajian : 15.00 WIB

Tempat Pengkajian: BPM SS

- a. Data Subyektif
 - 1) Keluhan Utama

Merasakan kenceng-kenceng pada perut sejak jam 09.00 WIB yang semakin nyeri pada perut serta mengeluarkan darah jam 14.30 WIB.
 - 2) Nutrisi
 - a) Makan terakhir: 1 porsi habis dengan menu nasi, lauk, sayur; Jam : 13.30 WIB.
 - b) Minum terakhir: Air putih; Jam : 14.45 WIB.
 - 3) Pola Eliminasi
 - a) BAK : ± 10 kali / hari; warna: Kuning jernih; BAK terakhir jam: 14.30 WIB.
 - b) BAB: 1 kali/hari; karakteristik: Lunak; BAB terakhir tadi pagi (3 Maret 2015).
 - 4) Pola Istirahat
 - a) Lama Tidur : 8 – 9 jam/hari.
 - b) Tidur terakhir : Kemarin malam (Bangun tidur jam 04.30 WIB, 3 Maret 2015).
 - 5) Psikologis: Bersyukur dan merasa bahagia bahwa hari yang dinanti-nantikan sejak 2 minggu yang lalu telah datang.
- b. Data Obyektif
 - 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: *Composmentis*
 - c) Keadaan *Emosional*: Stabil
 - d) Berat Badan Sekarang: 60 kg
 - (1) Berat Badan Sebelum Hamil: 51 kg
 - (2) Kenaikan Berat Badan: 9 kg
 - e) Tanda-tanda Vital
 - (1) Tekanan Darah: 110 / 70 mmHg
 - (2) Nadi: 85 × per menit
 - (3) Pernapasan: 22 × per menit
 - (4) Suhu: 36,0 ° C
 - 2) Pemeriksaan Fisik
 - a) Mata: Pandangan mata tidak kabur, *sclera* putih, *konjungtiva* merah.
 - b) Payudara: Simetris, *areola* dan puting susu menghitam, ada pengeluaran. *kolostrum*, puting susu payudara kiri menonjol namun puting susu payudara kanan tenggelam.
 - c) Ekstremitas: Simetris, tidak ada *oedema* pada *ekstremitas* atas dan bawah.

3) Pemeriksaan Khusus

a) *Obstetri*

(1) Abdomen

(a) *Inspeksi*: Perut membesar dengan arah memanjang, tampak *linea nigra*, *stiae albican*, ada luka bekas “udun” di bawah pusar sebelah kanan dan tidak ada cekungan pada perut.

(b) *Palpasi*

Leopold I: Teraba bulat, lunak, tidak melenting di *fundus uteri*, TFU : 3 jari di bawah *prosesus xipioideus*.

Leopold II: Teraba keras dan memanjang seperti papan disebelah kiri serta teraba bagian-bagian kecil janin disebelah kanan.

Leopold III: Teraba bulat, keras, bagian terendah janin tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV: Divergen (3/5).

TFU: 29 cm.

Taksiran Berat Janin: 2790 gram.

(c) *Auskultasi*: 132 x/menit (Teratur)

(d) *Bagian Terendah*: Kepala

(e) *Kontraksi* : 2 x/10' 30"

b) *Gynekologi*

Ano Genital

(1) *Inspeksi*: Pengeluaran per *Vulva* : Darah (\pm 5 cc).

(2) *Vaginal Toucher*: Tidak teraba massa pada *vagina*, *portio* lunak, teraba kepala janin, selaput ketuban utuh, pembukaan 2 cm dan *effacement* \pm 25 %.

(3) *Kesan Panggul*: Normal.

4) Pemeriksaan Penunjang

a) *USG*: Presentasi kepala, letak memanjang, punggung kiri, plasenta berada di fundus uteri, TBJ: 2262 gram, DJJ: 136 x / menit (28 Januari 2015 saat usia kehamilan 35 minggu).

b) *Hemoglobin*: 11 gr/dL (20 Januari 2015 saat UK 33⁺⁶ minggu).

c) *Protein Urine*: Negatif (20 Januari 2015 saat UK 33⁺⁶ minggu).

2. Analisa

a. *Diagnosa*: G₂ P₁ A₀ 32 tahun hamil 39⁺⁶ minggu dalam *inpartu* kala I fase laten. Janin tunggal hidup.

b. *Masalah*: Rasa nyeri pada perut.

c. *Kebutuhan*: Pengurangan rasa nyeri dan teknik relaksasi saat ada kontraksi.

3. Perencanaan

- a. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
- b. Lakukan pengawasan kala I persalinan menggunakan partograf.
- c. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang mudah dicerna seperti roti dan *jelly* serta minum minuman berenergi seperti teh manis.
- d. Anjurkan ibu untuk buang air kecil secara mandiri jika ingin buang air kecil.
- e. Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dan memilih posisi yang nyaman.
- f. Hadirkan pendamping ibu saat proses persalinan.
- g. Berikan teknik pengurangan rasa nyeri akibat kontraksi pada ibu.
- h. Berikan informasi mengenai kemajuan persalinan pada ibu dan keluarga.
- i. Siapkan peralatan pertolongan persalinan, termasuk baju bayi dan baju ganti ibu.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 3 Maret 2015

Waktu: 15.20 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
- b. Menganjurkan keluarga ibu untuk menemani ibu selama persalinan.
- c. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang mudah dicerna seperti roti dan *jelly* serta minum minuman berenergi seperti teh manis.
- d. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan jika masih dapat melakukannya atau tidur dengan posisi miring ke kiri.
- e. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai teknik relaksasi yang benar pada ibu.
- f. Memberikan sentuhan pada perut dan *counterpressure* pada pinggang ibu saat ada kontraksi untuk mengatasi rasa ketidaknyamanan.
- g. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara mandiri jika ingin buang air kecil.
- h. Memberikan dukungan dan semangat pada ibu.
- i. Melakukan observasi kala 1 persalinan sesuai standar yang berlaku dan menilai kemajuan persalinan menggunakan partograf.
- j. Menyiapkan peralatan pertolongan persalinan, baju bayi dan baju ganti ibu.

5. Evaluasi

Tanggal: 3 Maret 2015

Waktu: 16.00 WIB

- a. Ibu dan keluarga mengetahui kondisi kesehatan ibu dan janin dalam kandungannya serta mengetahui bahwa ibu sudah memasuki persalinan.
- b. Ibu kandung Ny. SL menemani ibu selama bersalin.
- c. Ibu mengatakan masih kenyang dan akan minum sewaktu-waktu (Teh manis, air putih dan air mineral ber-ion).
- d. Ibu memilih untuk tidur miring ke kiri karena tidak sanggup untuk berjalan.

- e. Ibu dapat melakukan salah satu teknik relaksasi yaitu menarik napas panjang saat kontraksi secara berkesinambungan (SAP terlampir).
- f. Ibu merasa lebih nyaman dan rileks saat diberikan sentuhan dan *counterpressure*.
- g. Ibu bersedia untuk buang air kecil secara mandiri.
- h. Ibu terlihat santai dan siap menjalani proses persalinannya.
- i. Hasil observasi terlampir dalam lembar observasi.
- j. Peralatan pertolongan persalinan telah disiapkan.

6. Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal: Selasa, 3 Maret 2015

Jam: 20.10 WIB

Tempat: BPM SS

S: Ibu ingin buang air besar dan mengejan yang tidak tertahankan

O:

- a. Anus dan vulva tampak membuka
- b. Perineum menonjol
- c. Tanda – tanda Vital:
 - 1) Tekanan Darah: 120 / 80 mmHg
 - 2) Nadi: 90 x/menit
 - 3) Pernapasan: 26 x/menit
 - 4) Suhu: 36,1° C
- d. Kontraksi: 3x/10' 60"
- e. Auskultasi : DJJ 132 x/menit
- f. Vaginal Toucher: Pembukaan : Lengkap, selaput ketuban negative, portio tidak teraba, effacement ± 100 %, teraba kepala janin di Hodge IV, tidak ada penyusupan kepala janin.
- g. Pengeluaran Pervaginam: Darah (± 15 cc).

A:

- a. Diagnosa: G₂ P₁ A₀ 32 tahun hamil 39⁺⁶ minggu dalam inpartu kala II. Janin tunggal hidup.
- b. Kebutuhan: Cara meneran yang benar.

P:

Tanggal: 3 Maret 2015

Waktu : 20.12 WIB

Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan standar yang berlaku (SOP terlampir). Bayi lahir jam 20.15 WIB dengan penilaian selintas : Bayi menangis kuat, tubuh kemerahan, tonus otot lemah serta jenis kelamin laki-laki.

C. ASUHAN KEBIDANAN PADA BBL

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada BBL.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian: 3 Maret 2015

Jam Pengkajian: 21.20 WIB

Tempat Pengkajian: BPM SS

a. Data Subyektif

1) Identitas Bayi

Nama: Bayi Ny. SL

Jenis Kelamin: Laki-laki

Anak ke-: II (Dua)

2) Identitas Orangtua

	Ibu	Ayah
Nama	: Ny. SL	Tn. HJ
Umur	: 32 tahun	39 tahun
Suku / Bangsa	: Jawa / Indonesia	Jawa / Indonesia
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	: SMA	SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta	Buruh
Alamat	: Jeruk Manis, Glagah, Jatinom, Klaten	

3) Data Kesehatan

a) Riwayat Kehamilan

(1) P₂ A₀ Hidup₂

(2) Komplikasi pada kehamilan: Tidak ada komplikasi.

4) Riwayat Persalinan Sekarang

a) Tanggal/Jam persalinan: 3 Maret 2015 / 20.15 WIB.

b) Jenis persalinan: *Pervaginam*, spontan.

c) Lama persalinan: 7 jam 20 menit.

(1) Kala I: 5 jam 10 menit

(2) Kala II: 5 menit

(3) Kala III: 5 menit

(4) Kala IV: 2 jam

d) Warna air ketuban: Jernih.

e) Trauma persalinan: Tidak ada.

f) Kondisi saat lahir: Menangis kuat, tubuh kemerahan.

g) Penolong persalinan: Bidan.

- h) Penyulit dalam persalinan: Tidak ada.
- i) Inisiasi Menyusu Dini: Dilakukan selama 1 jam dan berhasil (Bayi dapat menyusu pada menit ke-30).
- j) *Bonding attachment*: Dilakukan.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Tanda-tanda Vital
 - (1) Nadi 121 × / menit
 - (2) Pernapasan: 56 × / menit
 - (3) Suhu: 36,5° C
- c) Antropometri
 - (1) Berat Badan : 3000 gram
 - (2) Panjang Badan: 47 cm
 - (3) Lingkar Dada: 33 cm
 - (4) Lingkar Kepala: 33 cm

d) Apgar Score

Tanda	1'	5"
Appearance Color (Warna Kulit)	2	2
Pulse (Denyut Jantung)	2	2
Grimace (Refleks)	1	2
Actifity (Tonus Otot)	1	2
Respiration (Usaha Bernapas)	2	2
JUMLAH	8	10

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

- a) Kulit :Kemerahan.
- b) Kepala :Normal, tidak ada *caput succedaneum* dan *cepal hematoma*.
- c) Mata :*Sklera* putih, *konjungtiva* merah, tidak ada kelainan.
- d) Telinga :Tidak ada kelainan bawaan.
- e) Hidung :Tidak ada kelainan bawaan.
- f) Mulut :Bersih, lembab, langit-langit menyatu, tidak ada kelainan bawaan.
- g) Leher :Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar *tyroid*.
- h) Dada :Tidak ada retraksi dinding dada, terdengar bunyi “nggrok-nggrok” saat bernapas.

- i) Umbilikus :Segar, kuat, tidak terjadi perdarahan dan tidak ada tanda infeksi.
- j) Ekstremitas
 - 1) Jari/Bentuk: Jumlah jari lengkap, tidak ada kelainan bawaan.
 - 2) Gerakan: Simetris, bergerak aktif.
- k) Punggung :Tidak ada benjolan dan cekungan.
- l) Genetalia :*Testis* telah turun ke dalam *skrotum*.
- m) Anus :Berlubang.
- n) Eliminasi :BAK: Belum buang air kecil; BAB: *Mekonium*.

3) Pemeriksaan Refleks

- a) *Moro*: Ada
- b) *Rooting*: Ada
- c) *Sucking*: Ada
- d) *Grasping*: Ada
- e) *Neck Righting*: Belum ada
- f) *Tonic Neck*: Belum ada
- g) *Startle*: Ada
- h) *Babinski*: Ada
- i) Merangkak: Ada
- j) Menari/Melangkah : Ada
- k) *Ekstruasi*: Belum ada
- l) *Galant's*: Belum ada

2. Analisa

- a. Diagnosa: *Neonatus* cukup bulan sesuai masa kehamilan, 1 jam normal.
- b. Kebutuhan: Menjaga kehangatan bayi.

3. Perencanaan

- a. Beritahu hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga.
- b. Informasikan pada ibu tentang penyebab munculnya suara “nggrok-nggrok” pada bayinya.
- c. Lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat dan mata.
- d. Berikan vitamin K pada bayi dengan dosis 1 mg secara intramuscular pada $\frac{1}{3}$ paha anterolateral sebelah kiri.
- e. Berikan imunisasi Hb-0 secara intramuscular pada $\frac{1}{3}$ paha anterolateral sebelah kiri setelah 1 jam pemberian vitamin K.

4. Penatalaksanaan

Tanggal: 3 Maret 2015

Waktu: 21.50 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga.
- b. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa munculnya suara “nggrok-nggrok” pada bayinya merupakan hal yang normal bagi bayi baru lahir dan akan menghilang seiring bertambahnya usia bayi.
- c. Melakukan pencegahan infeksi pada tali pusat dengan cara membungkus tali pusat dengan kassa steril dan memberikan salep mata *oksitetrasiklin* 1 % pada kedua mata bayi.
- d. Memberikan vitamin K pada bayi dengan dosis 1 mg secara *intramuscular* pada $\frac{1}{2}$ paha *anterolateral* sebelah kiri dan imunisasi Hb-0 dengan dosis 0,5 cc dan jarak pemberian minimal 1 jam dari pemberian vitamin K secara *intramuscular* pada paha *anterolateral* sebelah kanan.
- e. Menjaga kehangatan bayi dengan cara membedong bayi dan memberikan topi kepala.
- f. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya pada payudara kiri dan kanan secara bergantian.

5. Evaluasi

Tanggal: 3 Maret 2015

Waktu: 22.15 WIB

- a. Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya yang baru lahir.
- b. Ibu memahami hal tersebut dan tampak lebih tenang.
- c. Tali pusat bayi telah di bungkus dengan kassa steril dan mata bayi telah diberi salep mata antibiotic profilaksis (Oksitetrasiklin 1 %).
- d. Bayi telah mendapatkan vitamin K 1 mg pada paha kiri dan imunisasi Hb-0 0,5 cc akan diberikan pada esok hari setelah mandi pagi (4 Maret 2015).
- e. Bayi telah dibedong dan memakai topi.
- f. Ibu bersedia dan bayi dapat menyusui.

D. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu nifas.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian: 4 Maret 2015

Jam Pengkajian: 05.30 WIB

Tempat Pengkajian: BPM SS

- a. Data Subyektif
- 1) Keluhan Utama

Nyeri pada perut dan jalan lahir serta tidak bisa tidur nyenyak karena merasa cemas terhadap kondisi bayinya.

- 2) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Pola Nutrisi Setelah Melahirkan
 - (1) Makan: Setelah melahirkan sudah makan 1 porsi habis dengan menu nasi, sayur dan lauk.
 - (2) Minum: Minum air putih \pm 5 gelas dalam satu malam.
 - b) Pola *Eliminasi* Setelah Melahirkan
 - (1) BAK: Buang air kecil pertama kali setelah melahirkan pada pukul 22.30 WIB (3 Maret 2015) dan tadi pagi juga sudah buang air kecil (05.00 WIB).
 - (2) BAB: Belum buang air besar.
 - 3) Personal *Hygiene* Setelah Melahirkan
 - a) Mandi & Gosok Gigi: Belum mandi.
 - b) Ganti Pembalut: Ganti pembalut 1 kali pada jam 02.00 WIB karena merasa tidak nyaman (Darah dalam pembalut hanya sedikit, \pm 40 cc).
 - 4) Istirahat Setelah Melahirkan
 - a) Tidur: Tidur \pm 1 – 2 jam selama semalam.
 - b) Keluhan: Tidak bisa tidur nyenyak karena kondisi bayinya yang bersuara “nggrogk-nggrogk” saat bernapas.
 - 5) Aktivitas: Sudah bisa berjalan tanpa bantuan.
- b. Riwayat Laktasi
- Puting susu payudara kanan tenggelam sejak remaja dan ibu hanya menyusui bayinya dengan payudara kiri karena anak pertamanya tidak mau menyusu pada payudara kanan dan pada akhirnya payudara kanan tidak memproduksi ASI lagi. Namun ibu berhasil menyusui dan mencukupi kebutuhan ASI anak pertamanya dengan produksi ASI payudara kirinya selama 2 tahun.
- c. Data Psikologis
- 1) Respon Orangtua terhadap Kehadiran Bayi dan Peran Orangtua
 - 2) Merasakan bahagia atas kehadiran bayi yang diharapkan oleh ibu dan suaminya serta sudah siap mengasuh anaknya.
 - 3) Respon Anggota Keluarga terhadap Kehadiran Bayi
 - 4) Anak pertamanya tampak senang dengan kelahiran adiknya dan tidak menunjukkan adanya tanda-tanda *sibling rivalry* serta anggota keluarga besarnya juga tampak senang.
 - 5) Dukungan Keluarga
 - 6) Sudah ada pembagian tugas rumah tangga dengan suaminya.

- d. Data Obyektif
- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: *Composmentis*
 - c) Keadaan *Emosional*: Baik
 - d) Tanda – tanda Vital
 - (1) Tekanan Darah: 100 / 70 mmHg
 - (2) Nadi : 80 × per menit
 - (3) Pernapasan: 24 × per menit
 - (4) Suhu: 36,3° C
 - 2) Pemeriksaan Fisik
 - a) Payudara: Tidak ada pembengkakan, kedua payudara teraba lunak, ASI keluar namun belum lancer.
 - b) Perut
 - (1) Fundus Uteri: 1 jari di bawah pusat.
 - (2) Kontraksi Uterus: Teraba keras.
 - (3) Kandung Kemih: Teraba kosong.
 - c) *Vulva* dan *Perineum*: Pengeluaran *lokhea* berwarna merah (*Rubra*, ± 40 cc), tidak ada kemerahan, nanah dan *oedema* pada luka jalan lahir.
 - d) *Ekstremitas*: Tidak ada *oedema*, nyeri dan kemerahan pada kedua tangan dan kaki.

2. Analisa

- a. Diagnosa: P₂ A₀ 32 tahun *nifas* normal jam ke-7.
- b. Masalah: Ibu tidak dapat tidur nyenyak.
- c. Kebutuhan: Kebutuhan eliminasi dan kebersihan diri, perawatan payudara, nutrisi ibu *nifas* dan menyusui, serta teknik menyusui yang benar.

3. Perencanaan

- a. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu.
- b. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup (± 8 jam per hari).
- c. Berikan terapi oral berupa antibiotik, analgesik, tablet tambah darah dan vitamin A pada ibu serta menjelaskan cara minum obatnya.

4. Penatalaksanaan

Tanggal: 4 Maret 2015

Waktu: 06.00 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu.
- b. Menganjurkan ibu untuk mengatur aktivitas antara waktu istirahat dan waktu merawat bayi agar tenaga ibu pulih dan menunjang produksi ASI.

- c. Mengajarkan ibu untuk membersihkan puting susu dan daerah sekitarnya dengan *baby oil* sebelum mandi.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri pada ibu nifas.
- e. Mengajarkan ibu untuk tidak menahan keinginan untuk buang air kecil dan buang air besar.
- f. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi pada ibu nifas dan menyusui serta teknik menyusui yang benar.
- g. Memberikan terapi oral serta menjelaskan cara minum obatnya:
 - 1) 10 tablet Amoxicillin 3 × 500 mg.
 - 2) 10 tablet Asam mefenamat 3 × 500 mg.
 - 3) 40 tablet Fe berupa Multi Mikronutrien (MMN).
 - 4) 2 kapsul vitamin A 1 × 200.000 IU.

5. Evaluasi

Tanggal: 4 Maret 2015

Waktu: 06.25 WIB

- a. Ibu mengetahui kondisi kesehatannya.
- b. Ibu mengusahakan untuk istirahat cukup.
- c. Ibu mengatakan sudah melakukan hal tersebut selama hamil dan akan tetap melakukannya selama menyusui bayinya.
- d. Ibu dapat menjelaskan kembali dan bersedia melakukan kebersihan diri sesuai anjuran (SAP terlampir).
- e. Ibu mengatakan bersedia untuk tidak menahan keinginan buang air kecil dan buang air besar.
- f. Ibu dapat menjelaskan kembali secara ringkas dan bersedia melakukan anjuran tentang nutrisi ibu nifas dan menyusui serta teknik menyusui yang benar (SAP terlampir).
- g. Ibu telah mendapatkan terapi oral dan mengerti cara minum obatnya.

6. Catatan Perkembangan I

Hari / Tanggal: Selasa, 10 Maret 2015

Jam: 16.00 WIB

Tempat: Rumah Ny. SL

S:

- a. Sakit dan teraba keras pada kedua payudara serta merasa kurang istirahat karena sering menyusui bayinya dan jarang tidur siang (Tidur malam : ± 3 jam dan tidur siang ± 2 jam).
- b. Eliminasi
BAK: ± 8 – 10 ×/hari, BAB: 1 ×/hari (BAB pertama kali yaitu 4 hari setelah melahirkan, setelah itu pola BAB-nya kembali seperti sebelum melahirkan).

O:

- a. Tanda – tanda Vital
 - 1) Tekanan Darah: 120 / 90 mmHg
 - 2) Nadi: 70 x/menit
 - 3) Pernapasan : 30 x/menit
 - 4) Suhu: 36,0° C
- b. Fundus Uteri: TFU Pertengahan pusat dan simpisis, teraba keras.
- c. Lokhea : Berwarna coklat (Serosa, ± 5 cc) dan ganti pembalut 2 x/hari.
- d. Eliminasi: Tidak terlihat menonjol pada tepi atas simpisis dan kandung kemih teraba kosong.
- e. Episiotomy: Tidak ada oedema, luka pada jalan lahir telah menyatu dan tidak ada tanda-tanda infeksi
- f. Breast: Kedua payudara tidak mengkilat dan kemerahan, ASI keluar lancar pada kedua payudara dengan warna putih, kedua payudara teraba keras, puting susu payudara kanan tenggelam, bayi tidak mau menyusui payudara kanan ibu.
- g. Ekstremitas: Tidak ada oedema, nyeri dan kemerahan pada kedua tangan dan kaki.

A:

- a. Diagnosa: P₂ A₀ 32 tahun nifas minggu ke-1 normal.
- b. Masalah: Kepenuhan ASI dan kurang istirahat.
- c. Kebutuhan: Pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara dan perasat Hoffman.

P:

Tanggal: 10 Maret 2015

Waktu: 16.15 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu. Ibu mengetahui kondisi kesehatannya.
- b. Menganjurkan ibu untuk mengatur aktivitas antara waktu istirahat dan waktu merawat bayi agar tenaga ibu pulih dan menunjang produksi ASI. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.
- c. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusukan payudara kanannya pada bayinya. Ibu bersedia.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan payudara dengan metode demonstrasi, cara pemerahan ASI dan cara penyimpanannya serta cara pemberian ASI perasan pada bayinya. Ibu dapat menjelaskan secara singkat tentang perawatan payudara, cara pemerahan dan penyimpanan ASI serta cara pemberian ASI perasan (SAP terlampir).
- e. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan perasat Hoffman secara teratur.

E. ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS, BAYI, DAN BALITA

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada neonatus, bayi, dan balita.

1. Pengkajian

Hari, tanggal: Jum'at, 17 Maret 2017

Jam: 07.00 WIB

Tempat: BPM A

a. Data Subjektif

1) Identitas

- a) Nama : By.Ny.Y
- b) Tanggal Lahir : 13Maret 2017
- c) Pukul : 16.30 WIB
- d) Jenis Kelamin : Perempuan
- e) Umur : 4 hari

2) Ibu mengatakan mata dan badan pada bayinya berwarna kuning sejak 2 hari yang lalu

3) Riwayat Persalinan

- a) Penolong : Bidan
- b) Tempat : BPM A
- c) Jenis : Spontan
- d) Komplikasi : Tidakada

b. Data Objektif

1) Riwayat pemeriksaan APGAR Score

Tabel 1. Nilai APGAR Score

Tanda	1 Menit	5 Menit	10 Menit
<i>Appearance</i> (warna kulit)	2	2	2
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	2	2	2
<i>Grimace</i> (tonus otot)	2	2	2
<i>Activity</i> (aktivitas)	1	1	2
<i>Respiration</i> (pernafasan)	2	2	2
Total	9	9	10

2) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : *Composmentis*
- c) Pernapasan : 135 kali/menit
- d) *Heart Rate* : 38 kali/menit
- e) Suhu : 36,6 °C

3) Pemeriksaan Antropometri

- a) Berat Badan : 3300 gram
- b) Panjang Badan : 46 cm
- c) Lingkar kepala : 33 cm
- d) Lingkar dada : 34cm
- e) Lila : 12 m

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Tidak ada *caput succedaneum* atau *cephal hematoma*, rambut hitam.
- b) Muka : Simetris, tampak kuning, tidak *oedem*.
- c) Telinga : Simetris, tidak ada kelainan, tampak kuning.
- d) Hidung : Simetris, tidak ada *polip*, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- e) Mata : Simetris, tidak ada infeksi, *konjungtiva* merah muda, *sklera* tampak kuning, tidak juling.
- f) Mulut : Tidak ada *labioskisis/labiopalatokisis*, ada reflek hisap, bibir berwarna merah lembab.
- g) Leher : Bentuk leher normal, tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid* dan *vena jugularis*, kulit tampak kuning.
- h) Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, puting susu (*aerola*) jelas, kulit tampak berwarna kuning.
- i) Punggung : Tidak ada kelainan.
- j) Abdomen : Bentuk abdomen bulat, tali pusat segar, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan.
- k) Genitalia : Tidak ada testis berada dalam skrotum, lubang penis terletak pada bagian ujung.
- l) *Ekstremitas* : Simetris, gerak aktif tidak ada kelainan, ekstremitas tampak berwarna kuning.
- m) Tali pusat : Bersih, tidak ada infeksi.
- n) BAK : Sudah.
- o) BAB : Sudah.

2. Analisa

By Ny Y umur 4 hari neonatus dengan ikhterus.

3. Penatalaksanaan

Tanggal: 17 Februari 2016

Pukul: 07.30 WIB

- a. Memberi tahu hasil pemeriksaan pada ibu.
- b. Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan pada bayinya.
- c. Menjelaskan pada ibu tentang proses terjadinya kuning pada tubuh bayi.
- d. Evaluasi: Ibu mengerti tentang kondisi bayinya.
- e. Menganjurkan ibu agar bayinya dijemur di pagi hari di bawah jam 8 selama ± 30 menit.
- f. Evaluasi: Ibu bersedia untuk menjemu bayinya setiap pagi hari.
- g. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand.
- h. Evaluasi: Ibu bersedia untuk memberikan ASI secara on demand.
- i. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi.
- j. Evaluasi: Bayi telah dipakaikan baju, dibedong dan diletakkan di bawah lampu penghangat.
- k. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi pada tanggal 24 Maret 2017
- l. Evaluasi: Ibu mengatakan bersedia untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi pada tanggal 24 Maret 2017.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Berikan contoh keluhan ibu hamil TM III!
- 2) Saat klien tidak ada yang menunggu pada waktu persalinan, bagaimana bidan berperan?
- 3) Berikan contoh dukungan yang bisa diberikan suami saat istri hamil?
- 4) Perubahan psikologis apa yang harus dipenuhi saat ibu nifas pada periode letting go?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Asuhan kebidanan pada ibu hamil.
- 2) Asuhan kebidanan pada ibu bersalin.
- 3) Asuhan kebidanan pada ibu nifas.

Ringkasan

Pada asuhan kebidanan, dukungan yang bisa diberikan kepada ibu hamil diantaranya adalah mengantar periksa, membantu pekerjaan rumah tangga, mengurangi nyeri kehamilan dan ketidaknyaman. Kebutuhan ibu bersalin akan berbeda pada setiap wanita, kita sebagai bidan harus bisa memenuhi kebutuhan tersebut sehingga ibu merasa terdukung dan pengalaman persalinan menjadi positif. Masa nifas, ibu dan bayi harus diberikan dukungan, agar ibu terhindar dari post partum blues yang berlanjut menjadi post partum depresi.

Umumnya, suatu sediaan kering dibuat karena stabilitas zat aktif di dalam pelarut air terbatas, baik stabilitas kimia atau stabilitas fisik. Umumnya antibiotik mempunyai stabilitas yang terbatas di dalam pelarut air.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang perempuan berusia 26 tahun GIII PII A0 hamil 26 minggu datang ke BPM, mengeluh gusi mudah berdarah. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari di atas pusat, DJJ 120 x/mnt. Apakah asuhan yang tepat untuk perempuan tersebut?
 - A. Diet tinggi serat
 - B. Berkumur air hangat
 - C. Minum susu tinggi kalsium
 - D. Konsumsi vitamin C dosis tinggi

- 2) Seorang perempuan berusia 30 tahun GIII PII A0 hamil 32 minggu datang ke BPM, mengeluh panas pada perut. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat dan proesus xifoideus, puka, letkep, DJJ 128 x/mnt. Apakah konseling yang tepat pada pmpuan tersebut?
 - A. Latihan dorso fleksi
 - B. Tekuk lutut kearah abdomen
 - C. Tidur dengan kaki ditinggikan
 - D. Duduk tegak setiap kali selesai makan

- 3) Seorang perempuan berusia 24 tahun GII PI A0 datang ke RS, menyatakan tidak haid selama 3 bulan, anaknya yang pertama meninggal karena lahir dengan spina bifida, dan menyatakan takut apabila hal tersebut terjadi dengan kehamilan yang sekarang. Hasil pemeriksaan TFU 2 jari di atas symphysis, ballottement (+), plano test (+). Yang perlu diberikan kepada perempuan tersebut adalah....
 - A. Kalsium

- B. Tablet Fe
 - C. Vitamin C
 - D. Asam folat
- 4) Seorang perempuan berusia 21 tahun GI P0 A0 hamil 37 minggu datang ke BPM. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah proesus xifoideus, puka, letkep, divergen, DJJ 128 x/mnt. Apakah konseling yang tepat?
- A. Imunisasi TT
 - B. Gizi seimbang
 - C. Persiapan persalinan
 - D. Cara minum tablet Fe
- 5) Seorang perempuan berusia 23 tahun GIP0A0 hamil 29 minggu datang ke Posyandu. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat-prosesus xyfoideus, DJJ 140 x/mnt, HB 11,3 gr%. Kapankah kunjungan ulang sesuai kasus?
- A. 1 minggu kemudian
 - B. 2 minggu kemudian
 - C. 3 minggu kemudian
 - D. 4 minggu kemudian

KUNCI JAWABAN TES

Tes 1

- 1) D
- 2) D
- 3) A
- 4) B
- 5) C

Tes 2

- 1) B
- 2) C
- 3) D
- 4) C
- 5) B

DAFTAR PUSTAKA

Widan & Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). Dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.

Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Varney (1997). Varney's Midwifery, 3rd Edition, Jones and Barlet Publishers, Sudbury: England.



Pusdik SDM Kesehatan

Badan Pengembangan dan Pemberdayaan
Sumber Daya Manusia Kesehatan

Jl. Hang Jebat III Blok F3, Kebayoran Baru Jakarta Selatan - 12120
Telp. 021 726 0401, **Fax.** 021 726 0485, **Email.** pusdiknakes@yahoo.com