

BUKU AJAR

DOKUMENTASI KEPIDANAN

Buku ini disusun dengan harapan dapat dijadikan sebagai bahan ajar untuk Mata Kuliah Dokumentasi Kebidanan bagi Mahasiswa yang mengikuti pendidikan DIII Kebidanan. Buku ajar ini terdiri 13 BAB mengenai pendokumentasian asuhan kebidanan.

NANI SURTINAH

PRODI KEBIDANAN MAGETAN
POLTEKES KEMENKES SURABAYA



2019

PRODI KEBIDANAN MAGETAN
POLTEKES KEMENKES SURABAYA

BUKU
AJAR

DOKUMENTASI KEBIDANAN

NANI SURTINAH, SSIT, M.PD

SULIKAH, SST, M.KES

NURHANI, SSIT, M.KES



PRODI KEBIDANAN MAGETAN
POLTEKES KEMENKES SURABAYA

Buku Ajar

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Penulis :

Nani Surtinah, S.SiT., M.Pd

Sulikah, SST., M.Kes

Nuryani, S.SiT., M.Kes

Dosen Prodi Kebidanan Magetan
Poltekkes Surabaya



Untuk Kalangan Sendiri
Penerbit
Prodi Kebidanan Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya

BUKU AJAR

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Oleh :

Nani Surtinah, S.SiT., M.Pd

Sulikah, SST., M.Kes

Nuryani, S.SiT., M.Kes

Cetakan Pertama : September 2019

Editor : Tutiek Herlina

Tata Letak : Triana Septianti P

Tata Muka : Triana Septianti P

Diterbitkan Oleh : Untuk Kalangan Sendiri
Prodi Kebidanan Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya
Jl. Jend S Parman No.1 Magetan 63313
Telp.0351-895216; Fax.0351-891565 Magetan
Email : prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kami panjatkan kehadirat Allah SWT, berkat rahmat dan hidayahNya, kami dapat menyelesaikan buku Ajar ini. Buku ini disusun dengan harapan harapan dapat dijadikan sebagai bahan ajar untuk Mata Kuliah Dokumentasi Kebidanan bagi Mahasiswa yang mengikuti pendidikan DIII Kebidanan. Buku ajar ini terdiri 13 BAB mengenai pendokumentasian asuhan kebidanan.

Pada kesempatan ini tidak lupa kami mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan buku ini. Kami menyadari keterbatasan kami selaku penulis, oleh karena itu demi pengembangan kreatifitas dan penyempurnaan buku ajar ini, kami mengharapkan saran dan masukan dari pembaca maupun para ahli, baik dari segi isi, istilah serta pemaparannya. semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan modul ini. Akhir kata, semoga buku ajar ini dapat memberi manfaat bagi para pembaca, Aamiin.

Magetan, September 2019

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul.....	i
Kata Pengantar.....	iii
Daftar Isi.....	iv
BAB 1 Konsep Dasar Dokumentasi.....	1
A. Pengertian Dokumentasi.....	1
B. Tujuan dan Fungsi Dokumentasi.....	4
C. Manfaat Dokumentasi.....	7
Tes Formatif Kegiatan Belajar 1.....	9
BAB 2 Konsep Dasar Dokumentasi.....	11
A. Prinsip Dokumentasi.....	11
B. Aspek Legal.....	16
Tes Formatif Kegiatan Belajar 2.....	18
BAB 3 Teknik Dokumentasi Naratif dan <i>Flowsheet</i>	20
A. Teknik Dokumentasi Naratif.....	20
B. Teknik Dokumentasi <i>Flowsheet</i>	27
Tes Formatif Kegiatan Belajar 3.....	32
BAB 4 Model Dokumentasi Kebidanan.....	34
A. Model Dokumentasi <i>Problem Oriented Record</i> (POR).....	34
B. Model Dokumentasi <i>Source Oriented Record</i> (SOR).....	39
Tes Formatif Kegiatan Belajar 4.....	42
BAB 5 Model Pendokumentasian Kebidanan.....	44
A. Model Pendokumentasian <i>Charting By Exception</i> (CBE).....	44
Tes Formatif Kegiatan Belajar 5.....	49
BAB 6 Metode Dokumentasi.....	51
A. Metode Dokumentasi Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Reassesment (SOAPIER).....	51
B. Metode Dokumentasi Subjektif, Objektif, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, (SOAPIE).....	53
Tes Formatif Kegiatan Belajar 6.....	55
BAB 7 Metode Dokumentasi.....	57
A. Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implemensi, Evaluasi, Dokumentasi (SOAPIED).....	57
B. Subjektif, Objektif, Analysis, Planning (SOAP).....	59
Tes Formatif Kegiatan Belajar 7.....	61

BAB 8 Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik dan Sistem Dokumentasi Pelayanan.....	63
A. Sistem Pengumpulan Rekam Medik.....	63
B. Pengumpulan Data Rekam Medik di Rumah Sakit.....	66
C. Prosedur Penerimaan Klien Rawat Jalan.....	69
D. Ketentuan Umum Penerimaan Klien Rawat Inap.....	71
E. Prosedur Penerimaan Klien Rawat Inap.....	71
F. Aturan Penerimaan dan Indikator Pelayanan Klien Rawat Inap.....	73
Tes Formatif Kegiatan Belajar 8.....	74
BAB 9 Rancangan Format Pendokumentasian.....	76
A. Rancangan Format Pendokumentasian pada Ibu Hamil	76
B. Rancangan Format Pendokumentasian pada Ibu Bersalin	80
Tes Formatif Kegiatan Belajar 9.....	83
BAB 10 Rancangan Format Pendokumentasian.....	85
A. Rancangan Format Pendokumentasian pada Ibu Nifas.....	85
B. Rancangan Format Pendokumentasian pada Bayi Baru Lahir (BBL).....	88
Tes Formatif Kegiatan Belajar 10.....	91
BAB 11 Rancangan Format Pendokumentasian.....	92
A. Rancangan Format Pendokumentasian pada Neonatus.....	92
B. Rancangan Format Pendokumentasian pada KB.....	95
C. Rancangan Format Pendokumentasian pada Kespro.....	97
Tes Formatif Kegiatan Belajar 11.....	99
BAB 12 Membuat Asuhan Kebidanan dengan SOAP.....	101
A. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan SOAP.....	101
B. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dengan SOAP.....	110
C. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas dengan SOAP.....	119
Tes Formatif Kegiatan Belajar 12.....	126
BAB 13 Membuat Asuhan Kebidanan dengan SOAP.....	128
A. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir (BBL) dengan SOAP.....	128
Tes Formatif Kegiatan Belajar 13.....	136
Glosarium.....	138
Daftar Pustaka.....	139

BAB 1

KONSEP DASAR DOKUMENTASI

Mahasiswa DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di BAB 1 membahas tujuan dan fungsi dokumentasi. Di BAB 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 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 mempertanggung jawabkan asuhan yang Anda berikan tersebut?

Nah, saya mengajak Anda untuk mulai mencermati dari materi yang ada di BAB 1. Selain itu Anda juga dapat menambah informasi dari referensi lain yang telah dianjurkan sehingga Anda 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 di miliki 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-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 esensial 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 dalamnya 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 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 dirumah 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.

C. MANFAAT DOKUMENTASI KEBIDANAN

Berikut adalah manfaat dokumentasi menurut Yuniati (2010:3-5), ada 7 manfaat dalam pencatatan antara lain:

1. Nilai Hukum
Catatan yang menuliskan informasi tentang kondisi klien dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan serta keterangan penunjang lainnya merupakan dokumen resmi dan mempunyai nilai hukum jika terjadi suatu masalah yang berkaitan dengan pelanggaran etik, hukum atau moral dalam praktik pelayanan yang diberikan. Catatan dapat digunakan sebagai barang bukti terhadap tindakan yang telah dilakukan oleh tenaga kerja tersebut. Berdasarkan catatan tersebut dapat dijadikan sebagai bahan pertimbangan dalam memberikan sanksi dan hukuman.
2. Jaminan Mutu (*quality control*)

Dalam proses audit pada umumnya menggunakan catatan kesehatan pasien sebagai sumber data. Baik yang rawat jalan maupun yang rawat inap. Pencatatan yang lengkap dan akurat dapat menjadi landasan dalam menilai asuhan yang telah diberikan, sehingga kualitas pelayanan yang telah diberikan dapat diketahui mutunya. Melalui catatan juga dapat diketahui pendekatan dan strategi yang digunakan dalam pemecahan masalah yang ada, apakah pelayanan yang dilakukan sesuai standar atau ketentuan yang telah ditetapkan.

3. Alat Komunikasi

Pencatatan merupakan alat “perekam” terhadap kondisi dan masalah yang terkait dengan klien/pasien atau tenaga kesehatan lain. Oleh karena itu, melalui pencatatan dapat dilihat apa yang telah terjadi/dilakukan terhadap pasien/klien, sekaligus melalui pencatatan tenaga kesehatan dapat berkomunikasi dengan timnya, terutama jika pasien dikelola oleh tim tenaga kesehatan atau pasien memerlukan tindakan rujukan atau konsultasi kepada sarana pelayanan kesehatan rujukan.

4. Nilai Administrasi

Catatan pelayanan pasien dapat dijadikan bahan patokan dalam menghitung biaya/dana yang dipergunakan, hal ini sebagai pertimbangan/acuan dalam menentukan biaya yang dibutuhkan/dikeluarkan untuk perawatan di tempat pelayanan kesehatan.

5. Nilai Pendidikan

Catatan pasien juga dapat dipergunakan sebagai bahan pembelajaran bagi peserta didik maupun tenaga muda, karena melalui catatan tersebut dapat mempelajari kasus yang ada secara sistematis dan kronologis yang jelas. Catatan dan dokumentasi pelayanan yang ada dapat membantu proses refleksi dari tenaga kesehatan yang akan selalu melakukan perbaikan terhadap pelayanan yang ada. Sehingga proses pembelajaran akan terjadi secara terus menerus diantara tenaga kesehatan yang sudah bekerja di pelayanan. Proses ini sangat membantu upaya peningkatan kualitas pelayanan.

6. Bahan Penelitian

Pencatatan yang lengkap, jelas dan akurat dapat dipergunakan sebagai sumber data suatu penelitian, sehingga upaya peningkatan

pelayanan dapat dilakukan melalui catatan tersebut. Hal ini dapat juga dijadikan masukan atau feed back dalam pengembangan suatu model, metoda, dan tindakan tertentu dalam pelayanan.

7. Akreditasi / audit

Melalui pencatatan suatu proses penilaian akreditasi dilakukan dengan mudah dan kongkrit. Berdasarkan catatan juga dapat dibuat kesimpulan tentang keberhasilan pelayanan dan asuhan yang diberikan.

Tes Formatif Kegiatan Belajar 1

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
 - E. Proses pencatatan data dalam asuhan kebidanan 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
 - E. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang belum dilakukan
3. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya adalah merupakan.....dari dokumentasi kebidanan.
 - A. Pengertian
 - B. Fungsi
 - C. Tujuan

- D. Manfaat
 - E. Peran
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
 - E. Membocorkan kerahasiaan informasi klien
5. Informasi untuk mahasiswa adalah salah satu dari.....dokumentasi kebidanan.
- A. Fungsi
 - B. Tujuan
 - C. Manfaat
 - D. Keuntungan
 - E. Peran

Kunci Jawaban

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

BAB 2

KONSEP DASAR DOKUMENTASI

Mahasiswa DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di BAB 2. Di BAB 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 BAB 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 BAB 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 berhubungan dalam 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 terjalannya 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 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 limphan 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.

B. 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 criminal
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.
 - d. Pastikan informasi akurat.
 - e. Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta.

Tes Formatif Kegiatan Belajar 2

- 1. Mencatat semua pelayanan yang diberikan termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Lengkap
 - B. Teliti
 - C. Logis
 - D. Dapat dibaca
 - E. Mudah
- 2. Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Dapat di baca
 - B. Lengkap
 - C. Teliti
 - D. Logis
 - E. Mudah

3. Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar termasuk prinsip dokumentasi...
 - A. Dapat di baca
 - B. Lengkap
 - C. Teliti
 - D. Logis
 - E. Mudah
4. Membantu meningkatkan mutu pelayanan kebidanan adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
 - A. Komunikasi
 - B. Statistik
 - C. Jaminan mutu
 - D. Penelitian
 - E. Penyempurnaan
5. Bersifat permanen adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
 - A. Komunikasi
 - B. Statistik
 - C. Jaminan mutu
 - D. Penelitian
 - E. Penyempurnaan

Kunci Jawaban

1. A
2. C
3. D
4. C
5. A

BAB 3

TEKNIK DOKUMENTASI NARATIF DAN *FLOW SHEET*

A. TEKNIK DOKUMENTASINARATIF

Mahasiswa DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu dalam BAB 3 tentang teknik dokumentasi naratif. Di BAB 3 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 BAB 3 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.

1. Pengertian Teknik Dokumentasi Naratif

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.

2. Keuntungan Teknik Dokumentasi Naratif

Mahasiswa 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:

- a. 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).
 - b. Informasi yang akan dicatat menurut gaya yang disukainya (catatan menunjukkan kredibilitas profesional).
 - c. 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).
 - d. Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan outcomes (proses pencatatan sederhana).
 - e. Mudah ditulis dan sudah dikenal bidan.
 - f. Bila ditulis secara tepat dapat mencakup seluruh kondisi pasien.
 - g. Mudah dikombinasi dengan model lain.
3. Kerugian Teknik Dokumentasi Naratif

Mahasiswa 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 bidang 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:

- a. Menyebabkan data yang didokumentasikan menjadi rancu, berlebihan, atau kurang bermakna.
- b. Sulit untuk mencari sumber masalah tanpa melihat kembali dari awal pencatatan.
- c. Data yang dicatat tidak secara mendalam, hanya informasi yang umumnya saja.
- d. Memungkinkan terjadinya fragmentasi kata-kata yang berlebihan, kata yang tidak berarti, pengulangan dibutuhkan dari setiap sumber sehingga terjadi tumpang tindih.

- e. Membutuhkan waktu yang panjang untuk menulis dan membaca catatan tersebut. Membutuhkan waktu yang panjang untuk menulis dan membaca catatan tersebut.
- f. Pencatatan yang tidak terstruktur dapat menjadikan data simpang siur.
- g. Terkadang sulit untuk memperoleh kembali informasi tanpa mereview catatan tersebut.
- h. Memerlukan review catatan dari sebageian sumber untuk menentukan kondisi pasien secara keseluruhan.
- i. Pencatatan terbatas pada kemampuan bidan dalam mengungkapkan data yang diperoleh.
- j. Urutan kejadian atau kronologis dapat menjadi lebih sulit diinterpretasi karena informasi yang berhubungan mungkin tidak didokumentasikan ditempat yang sama.

4. Pedoman Penulisan Dokumentasi Naratif

Mahasiswa 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:

- a. Menggunakan istilah standar, misalnya pengkajian data, diagnosis, tujuan asuhan kebidanan, rencana, implementasi, intervensi dan evaluasi.
- b. 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.
- c. Menulis, memperbaiki dan menjaga rencana asuhan sebagai bagian dari laporan.
- d. Membuat diagnosis secara periodik, memonitor kondisi fisik dan psikis pasien, asuhan kebidanan, antara lain melaksanakan advis dokter, KIE dan perkembangan pasien.
- e. Melaporkan evaluasi setiap saat, antara lain pada saat pasien masuk, dirujuk, pulang atau jika terjadi perubahan.
- f. 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:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.
- d. 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:

- a. Lembar penerimaan, yaitu lembar yang biasanya berisi tentang kapan pasien masuk rumah sakit, identitas pasien, alasan masuk rumah sakit.
- b. Lembar muka
- c. Lembar instruksi dari dokter, yaitu lembar yang berisi tentang segala sesuatu yang di intruksikan oleh dokter untuk pengobatan dan perawatan pasien, misalnya tindakan medis, terapi dokter.
- d. 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.

- e. 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.
- f. 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:

- a. Pakai terminologi yang sudah lazim dipakai, misalnya pengkajian, perencanaan, diagnosa, prognosa, evaluasi, dan sebagainya.
- b. 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.
- c. Tulis, perbaiki/sempurnakan dan pertahankan rencana asuhan sebagai bagian dari catatan Anda.
- d. 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.
- e. 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.

B. TEKNIK DOKUMENTASI *FLOW SHEET*

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam BAB 3 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 pembahasan sebelumnya 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.

1. 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:

- a. Untuk kecepatan dan efisiensi pendokumentasian data dan asuhan.
- b. Menggabungkan data yang jika tidak dikumpulkan akan tersebar dalam rekam medis pasien.
- c. Mempermudah kontinuitas asuhan.
- d. Mengurangi duplikasi dalam pencatatan.
- e. Melindungi aspek legal pasien dan bidan.
- f. Dapat melakukan pengkajian data pasien dengan cepat.
- g. 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.

2. Keuntungan Teknik Dokumentasi Flow Sheet

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, setelah Anda mempelajari tentang pengertian dokumentasi flow sheet maka sekarang

kita mendiskusikan tentang apakah keuntungan/ kelebihan teknik dokumentasi *flow sheet*.

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

- a. Meningkatkan kualitas pencatatan observasi.
- b. Memperkuat aspek legal.
- c. Memperkuat atau menghargai standar asuhan.
- d. Menjadikan dokumentasi kebidanan lebih tepat.
- e. Mengurangi fragmentasi data pasien dan asuhan.
- f. Membatasi narasi yang terlalu luas.

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

- a. Meningkatkan kualitas catatan.
- b. Lebih mudah dibaca.
- c. Memperkuat standar asuhan.
- d. Dokumentasi lebih tepat.
- e. Mengurangi adanya fragmentasi data, data mudah diperoleh.
- f. Memungkinkan untuk melakukan perbandingan data beberapa periode.
- g. Informasi yang dicatat benar-benar yang bermanfaat dan legal.
- h. Narasi sedikit.

3. Kerugian Teknik Dokumentasi Flow Sheet

Mahasiswa 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:

- a. Catatan medik pasien menjadi lebih banyak, sehingga menimbulkan masalah pada saat penggunaan dan penyimpanan.
- b. Potensial terjadi duplikasi catatan, antara lain catatan perawatan di ruang ICU dan catatan pengobatan.
- c. Desain ini memungkinkan adanya bagian yang tidak diisi. Bagian yang kosong ini potensial menimbulkan kesalahan saat melakukan interpretasi dan memunculkan tanda tanya.

- d. Keterbatasan ruang untuk melakukan pencatatan secara menyeluruh terhadap kejadian luar biasa.
- e. Adanya penolakan terhadap penggunaan model *flow sheet*.

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

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

4. Pedoman Penulisan Dokumentasi Flow Sheet

Mahasiswa 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.

a. 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:

- 1) Perhatikan dan ikuti petunjuk menggunakan format khusus.
- 2) Lengkapi format dengan kata kunci.
- 3) Gunakan tanda cek (√) atau silang (X) pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter telah diobservasi/diintervensi.
- 4) Jangan tinggalkan lembar checklist dalam keadaan kosong. Tulis 0 untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diobservasi.
- 5) Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan.
- 6) Pertahankan agar letak lembar alur tepat dilokasi yang tersedia (rekam medis).
- 7) Beri tanda tangan dan nama jelas pemberi asuhan.
- 8) Dokumentasikan waktu dan tanggal data masuk.

b. Desain dan Bagian Umum dalam Flow sheet

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

- 1) Kolom untuk nama petugas yang melakukan pemeriksaan atau tindakan.

- 2) Hasil pengkajian, komunikasi, informasi, dan edukasi (KIE), observasi, tindakan, dan lain-lain.
 - 3) Hasil observasi atau intervensi khusus.
 - 4) Nama pasien, waktu (tanggal, bulan dan tahun), nama bidan, dan tanda tangan.
 - 5) Hanya menuliskan judul tindakan, sedangkan penjabaran lebih lanjut diuraikan secara narasi. Misalnya mengobati luka bakar. Ganti balutan lihat pada catatan perkembangan.
- c. 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.

- 1) Tentukan seberapa banyak ruangan yang diperlukan untuk isi format.
- 2) Rancang sebuah format yang mudah dibaca dan digunakan.
- 3) Tentukan apakah format tersebut akan digunakan secara vertikal atau horisontal.
- 4) Gunakan huruf yang dicetak tebal dan miring untuk menekaikan judul bagian atau informasi penting lainnya.
- 5) Pertimbangkan untuk memberi jarak antar informasi.
- 6) Tentukan apakah format tersebut lebih dari satu halaman.
- 7) Pertimbangkan apakah informasi dalam format tersebut dikomunikasikan antar bagian.
- 8) Sediakan lembar alur kosong untuk masing-masing pasien agar memungkinkan individualisasi data dan pendokumentasian asuhan pada pasien.
- 9) Jika catatan perkembangan multidisiplin tidak digunakan, pertimbangkan pemberian ruang kosong untuk catatan-catatan tersebut di halaman baliknya lembar alur tersebut.
- 10) Pertahankan struktur dasar format lembar alur untuk menggambarkan standar asuhan yang diberikan kepada pasien adalah sama.
- 11) Berpikir global saat membuat atau merevisi sebuah format, hindari merancang format tanpa berkonsultasi ke profesi/unit lain.
- 12) Libatkan staf sistem informasi komputer untuk meninjau ulang konsep lembar alur.

- 13) Dapatkan masukan dari anggota staf yang akan menggunakan format tersebut.
- 14) Lakukan koreksi awal secara cermat terhadap format yang telah dibuat.
- 15) 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:

- 1) *Activity Daily Living (ADL)*
- 2) Kebutuhan terhadap bantuan bidan
- 3) Tanda-tanda vital
- 4) Keseimbangan cairan (*Intake dan Output*)
- 5) Nutrisi.
- 6) Pengkajian kulit.
- 7) Review system tubuh.
- 8) Hasil laboratorium (kadar gula darah dan urin).

Tes Formatif Kegiatan Belajar 3

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
 - E. Teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dalam bentuk narasi dan bersifat lampau
2. Memberi kebebasan kepada petugas (bidan) untuk memilih dan mencatat bagaimana informasi yang akan dicatat menurut gaya yang disukainya pentingnya dokumentasi kebidanan termasuk.....dokumentasi naratif.
 - A. Pedoman
 - B. Aturan
 - C. Keuntungan
 - D. Kerugian
 - E. Manfaat

3. Keseimbangan cairan (*Intake dan Output*) adalah.....teknik dokumentasi *flow sheet*.
 - A. Contoh
 - B. Bentuk
 - C. Model
 - D. Tipe
 - E. Ciri-Ciri
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
 - E. Manfaat
5. Melengkapi format dengan kata kunci adalah termasuk dokumentasi *flow sheet*.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Anjuran dalam membuat flow sheet
 - D. Pedoman
 - E. Manfaat

Kunci Jawaban

1. A
2. C
3. A
4. C
5. D

BAB 4

MODEL DOKUMENTASI KEBIDANAN

A. MODEL DOKUMENTASI *PROBLEM ORIENTED RECORD* (POR)

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, topik pertama yang Anda pelajari di bab ini adalah tentang model dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR). Di BAB 4 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 BAB 4, 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.

1. 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.

2. Komponen Problem Oriented Record (POR)

Mahasiswa 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:

a. 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:

- 1) Pengkajian keperawatan
- 2) Riwayat penyakit/ kesehatan
- 3) Pemeriksaan fisik,
- 4) Pengkajian ahli gizi,
- 5) Data penunjang hasil laboratorium).
- 6) Data dasar yang telah terkumpul selanjutnya digunakan sebagai sarana mengidentifikasi masalah dan mengembangkan daftar masalah klien.

b. 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:

- 1) Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar, kemudian disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah.

- 2) Daftar masalah ditulis pertama kali oleh tenaga yang pertama bertemu dengan klien atau orang yang diberi tanggung jawab.
- 3) Daftar masalah dapat mencakup masalah fisiologis, psikologis, sosiokultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan.
- 4) Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan dicantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.

c. 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.

- 1) Rencana asuhan ditulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksinya, sedang perawat atau bidan menulis instruksi rencana asuhan.
- 2) Perencanaan awal terdiri dari 3 (tiga) bagian yaitu diagnostik, usulan terapi, dan pendidikan klien.

a) 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.

b) 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.

c) 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.

d. 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.

- 1) 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.
- 2) Beberapa acuan catatan perkembangan dapat digunakan antara lain:
 - a) SOAP: Subyektif data, Obyektif, Data, Assesment, Plan.
 - b) SOAPIER: SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi, dan Revisi.
 - c) PIE: Problem, Intervensi, Evaluasi.

3. Keuntungan Dan Kerugian Problem Oriented Record

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

a. Keuntungan

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

- 1) Pencatatan sistem ini berfokus atau lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- 2) Pencatatan tentang kontinuitas atau kesinambungan dari asuhan kebidanan.

- 3) Evaluasi masalah dan pemecahan masalah didokumentasikan dengan jelas, susunan data mencerminkan masalah khusus. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik. Keduanya ini memperlihatkan penggunaan logika untuk pengkajian dan proses yang digunakan dalam pengobatan pasien.
- 4) Daftar masalah, setiap judul dan nomor merupakan “checklist” untuk diagnose kebidanan dan untuk masalah klien. Daftar masalah tersebut membantu mengingatkan bidan untuk masalah-masalah yang meminta perhatian khusus .
- 5) Daftar masalah bertindak sebagai daftar isi dan mempermudah pencarian data dalam proses asuhan.
- 6) Masalah yang membutuhkan intervensi (yang teridentifikasi dalam data dasar) dibicarakan dalam rencana asuhan.

b. Kerugian

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

- 1) Penekanan pada hanya berdasarkan masalah, penyakit, ketidakmampuan dan ketidakstabilan dapat mengakibatkan pada pendekatan pengobatan dan tindakan yang negatif.
- 2) 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.
- 3) Kemungkinan adanya kesulitan jika daftar masalah dilakukan tindakan atau timbulnya masalah yang baru.
- 4) Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus masuk dalam daftar masalah.
- 5) SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering adanya target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.
- 6) Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pencatatan jika flowsheet untuk pencatatan tidak tersedia.
- 7) P (dalam SOAP) mungkin terjadi duplikasi dengan rencana tindakan.
- 8) 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.

9) Kadang-kadang membingungkan kapan pencatatan dan tanggung jawab untuk *follow up*.

4. Contoh Model Dokumentasi Problem Oriented Record

Mahasiswa 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.

B. MODEL DOKUMENTASI SOURCE ORIENTED RECORD (SOR)

Mahasiswa DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat Anda telah menyelesaikan pembelajaran tentang *Problem Oriented Record*. Saat ini Anda memasuki BAB 2 tentang model dokumentasi *Source Oriented Record (SOR)*. Di BAB 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.

1. 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.

2. Komponen *Source Oriented Record* (SOR)

Mahasiswa 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:

- a. Lembaran penerimaan berisi biodata, yaitu lembar yang berisi tentang identitas pasien, alasan pasien masuk rumah sakit/alasan pasien dirawat, kapan pasien masuk rumah sakit.
 - b. 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.
 - c. 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.
 - d. Catatan bidan, yaitu lembar yang berisi tentang segala sesuatu yang direncanakan ataupun yang telah dilakukan oleh bidan dalam proses memberikan asuhan kebidanan.
 - e. Catatan laporan khusus, yaitu lembar yang berisi catatan khusus, misalnya catatan dari hasil kolaborasi dengan fisioterapis, ahli gizi.
3. Keuntungan Dan Kerugian Source Oriented Record (SOR)

Mahasiswa 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).

a. Keuntungan SOR

Adapun keuntungan dari model dokumentasi SOR meliputi:

- 1) Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi.
- 2) Memudahkan bidan melakukan cara pendokumentasian.
- 3) Proses pendokumentasian menjadi sederhana.

b. Kerugian SOR

- 1) Kerugian dari model dokumentasi SOR meliputi:
- 2) Sulit untuk mencari data sebelumnya.
- 3) Waktu pelaksanaan Asuhan Kebidanan memerlukan waktu yang banyak. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada klien. Perlu data dari banyak sumber untuk tahu masalahnya
- 4) Perkembangan klien sulit untuk dipantau.

Contoh Model Dokumentasi *Source Oriented Record* (SOR)

Mahasiswa 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).

Tes Formatif Kegiatan Belajar 4

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.
 - E. Suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada petugas.
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
 - E. Manfaat
3. 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
 - E. Manfaat
4. 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
 - E. Manfaat
5. Lembar riwayat medis atau penyakit adalah termasuk..... model dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Tujuan
 - E. Manfaat

Kunci Jawaban

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

BAB 5

MODEL PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN

A. MODEL PENDOKUMENTASIAN *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)

Mahasiswa DIII Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu di Topik 3 model dokumentasi *Charting By Exception* (CBE). Di BAB 5 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 bab 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 bab ini mari kita belajar bersama tentang model dokumentasi *Charting By Exception* (CBE) sehingga harapannya Anda semua akan memiliki pemahaman yang lebih dalam. Selamat belajar.

1. 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).

a. 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.

- b. Dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik
 - Pada sistem CBE juga terdapat standar praktik kebidanan untuk mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian yang sesuai dengan lingkup praktik bidan.
- c. Protokol dan Instruksi Incidental
- d. Pedoman ini untuk memperjelas intervensi bidan yang berkaitan dengan perjalanan klinis sehingga memudahkan dan mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian.
- e. Data dasar kebidanan
- f. Berupa bagian dalam bentuk catatan yang berisi riwayat kesehatan dan pengkajian fisik.
- g. Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis
- h. 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.
- i. Catatan perkembangan

Penggunaan SOAP dalam CBE sangat terbatas pada situasi:

- 1) Ketika diagnosis kebidanan diidentifikasi, diingatkan kembali, dinonaktifkan, atau diselesaikan,
- 2) Ketika hasil yang diharapkan dievaluasi,
- 3) Ketika ringkasna pemulangan dituliskan,
- 4) Ketika revisi besar terhadap rencana dituliskan.

2. Komponen Charting By Exception (CBE)

Mahasiswa 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.

- a. *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.
- b. 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.

- c. 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.

3. Keuntungan Dan Kerugian Charting By Exception (CBE)

Mahasiswa 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).

a. Keuntungan CBE

Keuntungan dari model dokumentasi CBE meliputi:

- 1) Tersusunya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi.
- 2) Data yang tidak normal nampak jelas.
- 3) Data yang tidak normal secara mudah ditandai dan dipahami.
- 4) Data normal atau respon yang diharapkan tidak mengganggu informasi lain.
- 5) Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan.
- 6) Pencatatan dan duplikasi dapat dikurangi.
- 7) Data klien dapat dicatat pada format klien secepatnya.
- 8) Informasi klien yang terbaru dapat diletakkan di tempat tidur klien.
- 9) Jumlah halaman yang digunakan dalam dokumentasi lebih sedikit.
- 10) Rencana tindakan kebidanan disimpan sebagai catatan yang permanen.

b. Kerugian CBE

Kerugian dari model dokumentasi SOR meliputi:

- 1) Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat tergantung pada "*checklist*".

- 2) Kemungkinan ada pencatatan yang masih kosong atau tidak ada.
 - 3) Pencatatan rutin sering diabaikan.
 - 4) Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan.
 - 5) Tidak mengakomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain.
 - 6) Dokumentasi proses keperawatan tidak selalu berhubungan dengan adanya suatu kejadian.
4. Pedoman Dan Format Model Dokumentasi Charting By Exception (CBE)

Mahasiswa 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:

- a. Data dasar dicatat untuk setiap klien dan disimpan sebagai catatan yang permanen.
- b. Daftar diagnosa kebidanan disusun dan ditulis pada waktu masuk rumah sakit dan menyediakan daftar isi untuk semua diagnosa kebidanan.
- c. Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnosa kebidanan pada saat klien pulang.
- d. SOAP digunakan sebagai catatan respon klien terhadap intervensi melalui tempat tinggal klien.
- e. Data diagnosa kebidanan dan perencanaan dapat dikembangkan.

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

- a. 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.
- b. Intervensi *flow sheet*, yaitu rencana tindakan yang ditulis secara *flowsheet*.
- c. Grafik record, yaitu menuliskan data dalam bentuk grafik.

- d. 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.
- e. Catatan pasien pulang, yaitu catatan yang berisi tentang informasi kepulangan klien.
- f. Contoh: waktu diperbolehkannya pasien meninggalkan rumah sakit, hal-hal yang harus dihindari oleh pasien termasuk tindakan maupun makanan.
- g. Format catatan asuhan kebidanan (menggunakan format SOAP), yaitu berisi tentang hasil pengkajian (data Subyektif dan obyektif, analisa data, penatalaksanaan dan evaluasi).
- h. Daftar diagnosa yaitu daftar dari hasil kesimpulan kondisi klien berdasarkan dari data subyektif dan data obyektif.
- i. Diagnosa dengan standar kebidanan yaitu kesimpulan kondisi klien berdasarkan dari data subyektif dan data obyektif dan yang memenuhi syarat nomenklatur kebidanani.
- j. 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.

Tes Formatif Kegiatan Belajar 5

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.
 - E. Model dokumentasi yang mencatat seluruh hasil atau penemuan
2. Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan adalah termasuk.....model dokumentasi CBE.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian
 - E. Manfaat
3. Jumlah halaman yang digunakan dalam dokumentasi lebih sedikit adalah termasuk..... model dokumentasi CBE.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan
 - C. Komponen
 - D. Pengertian
 - E. Manfaat
4. Data dasar (riwayat dan pemeriksaan fisik) adalah termasuk model dokumentasi CBE.
 - A. Kerugian
 - B. Keuntungan

- C. Komponen
 - D. Format
 - E. Manfaat
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
 - E. Manfaat

Kunci jawaban

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

BAB 6

METODE DOKUMENTASI

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam bab ini tentang metode dokumentasi. Di bab 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 mendiskusikan tentang metode-metode dokumentasi.

Nah, saya mengajak Anda untuk mulai mencermati dari materi yang ada di bab ini 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, Assesment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Reassessment (SOAPIER)

Dalam pendokumentasian metode SOAPIER, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/Assesment, 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 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 intrepretasi (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 intrepretasi 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 intrepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk

mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. 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.

Tes Formatif Kegiatan Belajar 6

1. Metode dokumentasi yang digunakan oleh bidan sesuai dengan Permenkes 938 adalah...
 - A. SOAPIER
 - B. SOAPIED
 - C. SOAPIE
 - D. SOAP
 - E. SOAPE
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
 - E. O atau P
3. Makna huruf E dalam metode dokumentasi SOAPIED, adalah...
- A. Evaluasi diri
 - B. Evaluasi manajemen
 - C. Evaluasi Komponen
 - D. Evaluasi dari kegiatan asuhan kebidanan
 - E. Evaluasi petugas
4. Hasil pengumpulan data dari hasil pemeriksaan *penunjang dimasukkan dalam...*
- A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan
 - E. Evaluasi
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
 - E. Evaluasi

Kunci Jawaban

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

BAB 7

METODE DOKUMENTASI

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam BAB 7 tentang metode dokumentasi. Di BAB 7 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 akan melanjutkan dari BAB 7 kemarin mengenai dokumentasi ini. Selamat belajar.

A. 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 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 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. *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.

B. 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 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 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.

Tes Formatif Kegiatan Belajar 7

1. Makna huruf E dalam metode dokumentasi SOAPIED, adalah...
 - A. Evaluasi
 - B. Evaluasi menejemen
 - C. Evaluasi komponen
 - D. Evaluasi dari kegiatan asuhan kebidanan
 - E. Evaluasi catatan perkembangan
2. Hasil pengumpulan data dari hasil pemeriksaan penunjang dimasukkan dalam....
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan
 - E. Pelaksanaan
3. 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
 - E. Pelaksanaan
4. Analisa dalam manajemen SOAP, merupakan langkah yang ke....
 - A. Pertama
 - B. Kedua
 - C. Ketiga
 - D. Ke empat
 - E. Ke lima

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

Kunci Jawaban

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

BAB 8

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DAN SISTEM DOKUMENTASI PELAYANAN

Saudara mahasiswa, pada BAB 8 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. SISTEM PENGUMPULAN DATA 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, anamnesa, 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 professional.

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 pertanggung jawaban 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 keempat 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, 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.

C. 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 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.

D. 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).

E. 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 membuatkan 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 selengkapny.

- 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 mamakai 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 tahukan 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 pengenalan. Petugas segera menambah formulir-formulir yang diperlukan untuk keperluan pencatatan. Selama perawatan petugas mencatat semua data perawatan yang diberikan dari mulai klien tiba diruang 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 rileks sehingga tidak menambah stressor dan memungkinkan klien menerima layanan dengan optimum (Muslihatun dkk., 2009; Wildan & Hidayat, 2009).

F. 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 tahukan bagian-bagian lain terutama bagian yang berkepentingan langsung.
3. Semua bagian harus memberi tahukan 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.

Tes Formatif Kegiatan Belajar 8

1. Informasi yang tercantum dalam rekam medic 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
 - E. How, outcome
2. Kegiatan pelayanan rekam medik di Rumah Sakit meliputi....
 - A. Pencatatan, pengelolaan data medik, penyimpanan berkas RM, peminjaman RM

- B. Pengelolaan data medic, penyimpanan berkas RM, peminjaman RM
 - C. Penyimpanan berkas RM, peminjaman RM
 - D. Penerimaan klien, cara, pengelolaan data medic, penyimpanan berkas RM
 - E. Penerimaan klien, pencatatan, pengelolaan data medic, penyimpanan berkas RM, peminjam RM
3. Identitas klien dicatat di kartu atau status rekam medik, merupakan kegiatan rekam medik....
- A. *Community based*
 - B. *Patient record*
 - C. Individu
 - D. Manajemen
 - E. *Health outcome*
4. 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
 - E. *Health outcome*
5. Kartu peserta KB, merupakan contoh rekam medic yang berupa?
- A. Formulir
 - B. Blanko
 - C. Buku
 - D. Lembar balik
 - E. Leaflet

Kunci Jawaban

- 1. A
- 2. E
- 3. B
- 4. D
- 5. A

BAB 9

RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN

Mahasiswa DIII Kebidanan yang saya banggakan, saat ini Anda telah memasuki BAB 9. Di BAB 9 ini Anda 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 :
 Dismenorea 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	Tgl Partus	Tempat Partus	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit (Komplikasi)	Kondisi Bayi / BB	Kedaaan 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* Perkosaan
Kandungan
 Operasi
Kandungan

i. Riwayat Keluarga Berencana

Metode KB yang pernah dipakai : Lama : tahun
Komplikasi dari KB : Perdarah PID/Radang Panggul

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

Pola Makanan: 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 : × per menit
 - Pernapasan : × per menit
 - Suhu : ° C
- b. Pemeriksaan Fisik
- 1) Muka :
 - 2) Mata :
 - 3) Mulut :
 - 4) Gigi / Gusi :
 - 5) Leher :
 - 6) Payudara :
 - 7) Perut :
 - Palpasi : *Leopold* :
 - Leopold II* :
 - Leopold III* :
 - Leopold IV* :
 - Tinggi Fundus Uteri :
 - Auskultasi :
 - DJJ :
 - 8) Ano – Genetalia :
 - 9) Ektremitas :
 - Atas :
 - Bawah :
- c. 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
 BAB : : jam :
 kali/hari; ; BAB terakhir
 warna : 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 : × per menit

Pernapasan : × per menit
Suhu : ° C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Mata : () Pandangan kabur
() Ada pemandangan dua
() Conjungtiva pucat
() Sklera clerik
- 2) Payudara : () *Mamae* () Tumor
simetris/asimetris
() Areola Hiperpigmentasi () Kolostrom
(+) () Puting susu menonjol
- 3) *Ekstremitas* : () Tungkai () *Edema*
simetris/asimetris
() 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 : ×/menit

() Teratur () Tidak teratur

Bagian Terendah :

His / Kontraksi : ×10' " 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 :

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

Tes Formatif Kegiatan Belajar 9

1. Seorang perempuan berumur 24 tahun datang ke tempat Bidan praktik 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 3x/10 menit, DJJ 132x/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
 - E. Observasi nadi 1 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, Hodge III, his 3x/10 menit, DJJ 134 x/mnt, pembukaan 7 cm. Berapakah tafsiran berat janin pada kasus di atas?
 - A. 2325 gram
 - B. 2480 gram
 - C. 2635 gram
 - D. 2790 gram
 - E. 2945 gram
3. Seorang perempuan berumur 23 tahun datang ke tempat bidan praktik mandiri pada jam 02.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan ke 2, anak pertama berumur 4 tahun, mules sejak 24.00, TFU 28 cm, preskep, his 4x/10 menit, DJJ 130 x/mnt, pembukaan 8 cm, ketuban pecah 2 jam 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
 - E. 07.00 WIB
4. Seorang perempuan usia 25 tahun hamil untuk pertama kali datang ke BPM untuk kunjungan ulang kehamilan. Sekarang usia kehamilan 28 minggu dengan hasil pemeriksaan TTV normal, kondisi kehamilan sesuai untuk usia kehamilan tersebut dan janin normal. Setelah

dilakukan pengkajian, disusun diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakan asuhan kebidanan, maka bidan melakukan pendokumentasian asuhan.

Termasuk standar berapakah catatan/dokumen asuhan kebidanan yang harus dibuat setelah memberikan asuhan yang dilakukan bidan pada kasus di atas?

- A. Standart 1/II
 - B. Standart III
 - C. Standart IV
 - D. Standart V
 - E. Standart VI
5. Seorang perempuan usia 27 tahun terlambat haid 1 bulan mengeluh mual, muntah terutama pagi hari, mammae terasa tegang, periksa ke Bidan A setelah diperiksa dinyatakan PP test +, bidan A dalam melakukan intervensi sesuai dengan indikasi proses yang normal
- A. Kelahiran adalah suatu proses yang normal
 - B. Tidak membahayakan
 - C. Tanggung jawab
 - D. Pemberdayaan
 - E. Otonomi

Kunci Jawaban

- 1. D
- 2. E
- 3. A
- 4. B
- 5. E

BAB 10
RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN

Mahasiswa DIII Kebidanan yang saya banggakan, saat ini Anda telah memasuki BAB 10. Di pertemuan 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 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 :
 - 7) 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*

() *Echimosis* () *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 :

B. 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 :

Tes Formatif Kegiatan Belajar 10

1. Proses pengumpulan data pada bayi baru lahir dapat diperoleh dari, kecuali...
 - A. Adaptasi pada bayi baru lahir
 - B. Pengkajian keadaan fisik
 - C. Pengkajian faktor genetik
 - D. Riwayat ibu mulai antenatal, intranatal, post partum
 - E. Kebutuhan segera bayi
2. Berikut ini adalah rencana asuhan pada bayi baru lahir, kecuali....
 - A. Rencanakan perawatan mata, oles salep mata
 - B. Rencanakan pemberian gelang identitas
 - C. Memandikan bayi
 - D. Rencanakan IMD
 - E. Berikan vitamin K1, dosis 0,5-1 mg IM
3. Keluhan yang dirasakan oleh klien atau pasien termasuk...
 - A. Data primer
 - B. Data subjektif
 - C. Data objektif
 - D. Data sekunder
 - E. Data tersier
4. Data objektif yang tertera pada bayi baru lahir adalah, kecuali...
 - A. Pemeriksaan fisik
 - B. Pemeriksaan reflek
 - C. Daftar imunisasi
 - D. Pemeriksaan antropometri
 - E. Pemeriksaan suhu
5. Hal-hal yang termasuk assesment adalah, kecuali...
 - A. Diagnosa/masalah
 - B. Antisipasi diagnosa lain/masalah potensial
 - C. Perlunya tindakan segera
 - D. Menentukan masalah dan kebutuhan
 - E. Kolaborasi dengan dokter

Kunci jawaban

1. C
2. C
3. B
4. C
5. E

BAB 11

RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN

Mahasiswa DIII Kebidanan yang saya banggakan, saat ini Anda telah memasuki BAB 11. Di pertemuan 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 NEONATUS

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	:

B. CATATAN PERKEMBANGAN

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

B. 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**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU KB

Tanggal Pengkajian :
Jam Pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:

Alamat :

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

Kehamilan Ke-	U K	Riwayat persalinan	Penyulit persalinan	JK	Komplikasi	Usia Sekarang	Riwayat menyusui

f. Riwayat Kesehatan :

- g. Pola Aktivitas
 - 1) Nutrisi
 - 2) Istirahat
 - 3) Aktivitas
 - 4) Hubungan seksual
- h. Data Psikososial

2. 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 :

C. 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	Istri	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:

b. Keluhan Utama

c. Riwayat menstruasi

- 1) Menarche : tahun
- 2) Siklus menstruasi : hari (mens 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 lain

Kehamilan ke	Komplikasi	Jenis Persalinan	Komplikasi	Penolong	BB Lahir	JK	Komplikasi	KU 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 : $^{\circ}\text{C}$
 - 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 :

Tes Formatif Kegiatan Belajar 11

1. Keluhan yang dirasakan oleh klien atau pasien termasuk...
 - A. Data primer
 - B. Data subjektif
 - C. Data objektif

- D. Data sekunder
 - E. Data tersier
2. Berikut ini adalah rencana asuhan pada akseptor KB
 - A. Penimbangan berat badan
 - B. Siapkan spuit
 - C. Penjelasan efek samping
 - D. Rencanakan jadwal kunjungan ulang
 - E. Pengukuran lingkar lengan
 3. Data subjektif dari asuhan kebidanan pada akseptor KB adalah sebagai berikut, kecuali...
 - A. Riwayat perkawinan
 - B. Riwayat haid
 - C. Genogram
 - D. Keluhan
 - E. Latar belakang sosial budaya
 4. Hal-hal yang termasuk assesment adalah, kecuali...
 - A. Diagnosa/masalah
 - B. Antisipasi diagnosa lain/masalah potensial
 - C. Perlunya tindakan segera
 - D. Menentukan masalah dan kebutuhan
 - E. Kolaborasi dengan dokter
 5. Yang termasuk data objektif pada pemeriksaan kesehatan reproduksi adalah...
 - A. Data diri
 - B. Riwayat ginekologi
 - C. Pemeriksaan fisik
 - D. Keluhan
 - E. Riwayat kesehatan

Kunci jawaban

1. B
2. D
3. C
4. E
5. C

BAB 12

MEMBUAT ASUHAN KEBIDANAN DENGAN SOAP

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam BAB 12 ini tentang membuat asuhan kebidanan dengan SOAP. Di pertemuan ini Anda akan belajar secara teori cara mengisi format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas, neonatus, sabagai 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 keadegan 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
- 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 \times /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×/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

Berat janin = (TFU - 12) × 155 gram

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

Berat janin = (TFU - 11) × 155 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) Ektremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks 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 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 anestesi jika pembedahan diperlukan (Varney, dkk, 2007).
 - 4) Pola Eliminasi: Saat persalinan 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 refleksi patella menunjukkan respons positif.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Obstetri

b) 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).

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

(2) 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 ×/menit (Kemenkes RI, 2013).

- (1) Bagian Terendah: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin *fleksi* (Cunningham, dkk, 2009).
- (2) 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).

c) Gynekologi

(1) *Ano - Genetalia*

Inspeksi: Pengaruh hormon *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi *varises* pada sekitar *genetalia*. Namun tidak semua ibu hamil 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).

(2) *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 masalah 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 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 keputusan 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 *kolostrum* 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 *invulasi* 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).

d) 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 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.

Tes Formatif Kegiatan Belajar 12

1. Seorang bidan membuat catatan pemulangan pada ibu nifas 3 hari dengan luka perineum untuk memberikan informasi tentang perawatan lanjutan dirumah secara mandiri. Hal apa saja yang didokumentasikan dari kasus diatas...
 - A. Keterlibatan anggota keluarga dalam asuhan
 - B. Memeriksa tanda dan gejala komplikasi yang terjadi
 - C. Kemampuan klien dalam melakukan keterampilan tertentu
 - D. Masalah kesehatan yang masih aktif dan pengobatan terakhir
 - E. Mengidentifikasi tindakan pencegahan yang perlu diikuti ketika melakukan asuhan mandiri
2. Seorang perempuan usia 27 tahun terlambat haid 1 bulan mengeluh mual, muntah terutama pagi hari, mammae terasa tegang, periksa ke Bidan A setelah diperiksa dinyatakan PP test +, bidan A dalam melakukan intervensi sesuai dengan indikasi proses yang normal
 - A. Kelahiran adalah suatu proses yang normal
 - B. Tidak membahayakan
 - C. Tanggung jawab
 - D. Pemberdayaan
 - E. Otonomi
3. Seorang bidan berperan sebagai bidan pelaksana melakukan tugas mandiri saat memberi, memeriksa seorang ibu hamil ke 2. Apakah yang dilakukan bidan pada ibu hamil tersebut?
 - A. Mengkaji, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi, membuat catatan dan pelaporan
 - B. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan dan mendokumentasikan seluruh kegiatan yang dilakukan
 - C. Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi
 - D. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan ibu Ani
 - E. Melakukan penelitian terapan dalam bidang kesehatan
4. Perencanaan merupakan langkah manajemen asuhan kebidanan pada dokumentasi SOAP yang ke..
 - A. Langkah 2
 - B. Langkah 3
 - C. Langkah 4

- D. Langkah 5
- E. Langkah 1
- 5. Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, kecuali..
 - A. Data subyektif
 - B. Data obyektif
 - C. Meninjau catatan data laboratorium dan membandingkan dengan hasil studi
 - D. Rencana asuhan
 - E. Melakukan pemeriksaan pada pasien

Kunci jawaban

- 1. D
- 2. E
- 3. A
- 4. C
- 5. D

BAB 13

MEMBUAT ASUHAN KEBIDANAN DENGAN SOAP

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam BAB 13 ini tentang membuat asuhan kebidanan dengan SOAP. Di pertemuan 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 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 kemampuan-nya 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 Trisomo 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 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*: Setuhan 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.

Tes Formatif Kegiatan Belajar 13

1. Pemeriksaan reflek termasuk dalam komponen...
 - A. Data subyektif
 - B. Data obyektif
 - C. Assasement
 - D. Perencanaan
 - E. Pelaksanaan
2. Tafsiran efek tindakan yang telah diambil merupakan hal penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan....
 - A. Assasment
 - B. Analisa

- C. Planning
 - D. Evaluasi
 - E. Revisi
3. Berikut ini adalah rencana asuhan yang dilakukan untuk menilai tumbuh kembang bayi balita adalah.....
- A. Rencana pemberian stimulasi
 - B. Pemberian makanan tambahan
 - C. Pemberian jadwal imunisasi
 - D. Perawatan tali pusat
 - E. Cara menyusui yang benar
4. Data objektif yang tertera pada asuhan tumbuh kembang bayi dan balita adalah, kecuali...
- A. Pemeriksaan fisik
 - B. Pemeriksaan antropometri
 - C. Genogram
 - D. Pengukuran nadi
 - E. Pengukuran nafas
5. Berikut ini adalah rencana asuhan pada bayi baru lahir, kecuali.....
- A. Rencanakan perawatan mata, oles salep mata
 - B. Rencanakan pemberian gelang identitas
 - C. Memandikan bayi
 - D. Rencanakan IMD
 - E. Berikan vitamin K1, dosis 0,5-1 mg IM

Kunci Jawaban

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

GLOSARIUM

Aspek Legal	: Punya nilai hukum. aturan profesional tertulis yang secara tegas menyatakan apa yang benar dan baik, serta apa yang tidak benar dan tidak baik bagi professional. bagian disimpan pada lokasi yang berbeda.
Balita	: Bawah Lima Tahun
BBL	: Bayi Baru Lahir
<i>Community based</i>	: Berbasis Komunitas.
Dokumentasi	: Pencatatan dan penyimpanan data penting.
<i>Flow sheet</i>	: Lembar alur.
Fragmentasi setiap	: Relasi dipartisikan ke dalam beberapa bagian,
Fragmentasidata fragmen. Tiap- <i>Individual based</i>	: Memisahkan relasi ke dalam beberapa : Berbasis Individu.
KB	: Keluarga Berencana
KIUP	: Kartu Identitas Utama Pasien.
Kode Etik	: Kode etik adalah suatu sistem norma, nilai dan juga
PMB	: Praktik Mandiri Bidan.
Ranap	: Rawat Inap.
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 tiap fragmen disimpan pada <i>site</i> yang berbeda.
TPP	: Tempat Penerimaan Pasien.
TPPRI	: Tempat Penerimaan Pasien Rawat Inap.

DAFTAR PUSTAKA

- Fauziah, Afroh, dan 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, dan Setiyawati (2009). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha
- Samil, R.S. (2001). *Etika Kedokteran Indonesia*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono
- Sweet, B. dan Tiran, D. (1997). *Maye's Midwifery: A Textbook For Midwife*. London: Baillire Tindal.
- Pusdiknakes-WHO-JHIPIEGO (2003). *Konsep Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Pusdiknakes.
- Varney (1997). *Varney's Midwifery, 3rd Edition*, Jones and Barlet Publishers, Sudbury: England.
- Widan & Hidayat (2011). *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika