



BUKU AJAR

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Bd. Nurul Hikmah Annisa., S.Si.T. M.Keb

BUKU AJAR DOKUMENTASI KEBIDANAN

Bd. Nurul Hikmah Annisa., S.Si.T., M. Keb



PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

**BUKU AJAR
DOKUMENTASI KEBIDANAN**

Penulis : Bd. Nurul Hikmah Annisa., S.Si.T., M. Keb

Desain Sampul : Eri Setiawan

Tata Letak : Herlina Sukma

ISBN : 978-623-487-368-9

No. HKI : EC002023141912

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, NOVEMBER 2022**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992

Surel : eurekamediaaksara@gmail.com

Cetakan Pertama : 2022

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh
isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun,
termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman
lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Kuasa sehingga Buku Ajar Mata Kuliah Dokumentasi Kebidanan ini telah dapat diperbuat. Mudah-mudahan buku ajar ini bermanfaat bagi kemajuan pendidikan bidan di Indonesia umumnya, serta dapat digunakan oleh para mahasiswa dan staf pengajar dalam menjalankan dan menyelenggarakan proses belajar-mengajar di Prodi Kebidanan Jenjang D.3 Kebidanan.

Buku Ajar ini disusun dengan tujuan untuk memudahkan proses pembelajaran, yang diharapkan mahasiswa banyak membaca tentang Dokumentasi Kebidanan.

Setelah mempelajari dan membaca buku ajar ini, diharapkan tujuan dan kompetensi pembelajaran dapat tercapai dengan baik, Kiranya pembaca mendapatkan hasil yang maksimal dari buku ajar ini.

Selamat belajar. Semoga Allah S.W.T memberikan kemudahan dan memberkati upaya kita semua.

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI.....	iv
BAB 1 ASPEK LEGAL MANFAAT DAN TUJUAN.....	1
A. Dokumentasi	1
1. Pengertian Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan ...	2
2. Aspek Legal Dalam Dokumentasi.....	3
B. Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan	5
C. Manfaat Dokumentasi Kebidanan	11
D. Tujuan Dokumentasi	13
BAB 2 BENTUK DOKUMENTASI NARATIF DAN FLOW SHEET	17
A. Teknik Dokumentasi Naratif.....	17
1. Pengertian	17
2. Keuntungan Teknik Dokumentasi Naratif.....	18
3. Kerugian Teknik Dokumentasi Naratif	19
4. Pedoman Penulisan Dokumentasi Naratif.....	20
5. Bagian-Bagian Pendokumentasian Dengan Teknik Naratif	22
6. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan Dalam Pencatatan Naratif	22
B. Teknik Dokumentasi <i>Flow Sheet</i>	24
1. Pengertian	24
2. Keuntungan Teknik Pendokumentasian <i>Flow Sheet</i> ..	25
3. Kerugian Teknik Pendokumentasian <i>Flow Sheet</i>	25
4. Pedoman Penulisan Dokumentasi <i>Flow Sheet</i>	26
5. Desain dan Bagian Umum dalam <i>Flow sheet</i>	27
6. Anjuran Umum dalam Merancang Sebuah Lembar Alur/ <i>Flow Sheet</i>	27
BAB 3 ETIK DAN ETIKA DOKUMENTASI.....	29
A. Pengertian Etik	29
B. Pengertian Etika.....	29
C. Etik Dalam Dokumentasi.....	30
D. Etika Dalam Dokumentasi.....	30

BAB 4	MODEL DOKUMENTASI.....	32
A.	Dokumentasi SOR.....	32
1.	Pengertian Dokumentasi SOR.....	32
2.	Komponen Model Pendokumentasian Source Oriented Record (SOR)	33
3.	Keuntungan dan Penggunaan SOR	34
4.	Kerugian penggunaan SOR	34
5.	Contoh Pendokumentasian dengan Metode Source Oriented Record (SOR)	35
6.	Manfaat Atau Fungsi Dari Dokumentasi	36
7.	Fungsi dokumentasi SOR	37
B.	Pengertian POR (Problem Oriented Record).....	38
1.	Model POR (Problem Oriented Record).....	38
2.	Penerapan Model Dokumentasi (POR)	39
3.	Pendokumentasian pada model POR.....	42
4.	Contoh Pendokumentasian POR	44
5.	Keuntungan dan Kerugian Model Dokumentasi POR (Problem-Oriented-Record)	45
C.	Pengertian Charting By Exception (CBE)	46
1.	Contoh dan Prosedur Kerja Pendokumentasian	47
2.	Komponen Charting By Exception (CBE)	49
3.	Keuntungan dan Kerugian Charting By Exception (CBE).....	50
4.	Pedoman dan Format Model Dokumentasi Charting By Exception (CBE)	51
D.	Model Dokumentasi Kardek.....	53
1.	Pengertian Model Dokumentasi Kardek	53
2.	Tujuan Kardeks.....	56
3.	Manfaat Pendokumentasian.....	56
4.	Komponen Model Dokumentasi Kardek	56
5.	Keuntungan Dan Kelemahan Model Dokumentasi Kardek	57
BAB 5	SISTEM KOMPUTERISASI DAN CPR.....	59
A.	Sistem Komputerisasi	59
1.	Pengertian	59
2.	Keuntungan	60

3. Kekurangan	62
B. CPR (Computer Based Patient Record)	64
BAB 6 MODEL DOKUMENTASI PIE	68
A. Model Dokumentasi PIE	68
B. Karakteristik Model Dokumentasi Keperawatan "PIE"	69
C. Keuntungan Dan Kerugian Model Dokumentasi Keperawatan "PIE"	70
D. Penggunaan	70
BAB 7 RANCANGAN SOAPIE	71
A. Pengertian Dokumentasi	71
B. Metode Dokumentasi/Rancangan SOAPIE	73
1. Data Subjektif (S)	73
2. Data Objektif (O)	73
3. Assesment (A)	74
4. Planning (P)	74
5. Intervensi /implementasi (I)	75
6. Evaluasi (E)	75
C. Contoh Kasus Dokumentasi SOAPIE (WHO)	75
BAB 8 RANCANGAN PERENCANAAN DENGAN SOAPIED	79
A. Rancangan Perencanaan Dengan SOAPIED	79
1. Data Subjektif (S)	79
2. Data Objektif (O)	79
3. Analysis (A)	80
4. Planning (P)	80
5. Implementation (I)	80
6. Evaluation (E)	81
7. Documentation (D)	81
BAB 9 RANCANGAN PERENCANAAN DENGAN SOAP	82
A. Rancangan Perencanaan Dengan Soap	82
1. Data Subjektif (S)	82
2. Data Objektif (O)	82
3. Assesment (A)	83
4. Planning (P)	83

BAB 10 RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN ...	84
A. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP	84
B. Rancangan Format Pendokumentasian dengan SOAP	89
C. Pendokumentasi Dengan Metode Varney	138
BAB 11 SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DI RUMAH SAKIT	146
A. Pengertian Rekam Medik	146
B. Manfaat Pembuatan Rekam Medik	148
C. Fungsi Rekam Medis	149
D. Kegunaan Rekam Medis	149
E. Kerahasiaan Rekam Medis	151
F. Sistem Penyimpanan Rekam Medis	152
G. Sistem Pengumpulan Data Di Rumah Sakit (RS)	153
H. Contoh Form Catatan Pelaporan Di RS	154
I. Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Jalan	155
BAB 12 SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DI PUSKESMAS DAN PRAKTIK MANDIRI BIDAN	163
A. Sistem Rekam Medik	163
1. Pengertian	163
2. Tujuan	163
3. Manfaat	164
4. Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik di Puskesmas	165
5. Sistem Pengumpulan Data dan Rekam Medik Bidan Praktik Swasta (BPS)	166
BAB 13 APLIKASI PENERAPAN DOKUMENTASI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN	168
A. Penerapan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dengan Metode S-O-A-P Pada Praktik Bidan Mandiri Di Kota Pekanbaru	168
B. Penerapan Pendokumentasian Catatan Kesehatan Ibu Hamil Pada Buku KIA Di Puskesmas Kartasura	173

BAB 14 APLIKASI PENERAPAN DOKUMENTASI DALAM	
PRAKTIK KEBIDANAN IBU BERSALIN	176
A. Dokumentasi Asuhan Persalinan.....	176
1. Pengertian.....	176
2. Proses asuhan persalinan normal	176
3. Dokumentasi asuhan persalinan normal (APN) ...	179
4. Tujuan penggunaan partograf	180
5. Pendokumentasian/pencatatan dan pelaporan ...	183
6. Pendokumentasian SOAP pada ibu bersalin.....	184
B. Dokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas	
Merupakan Aspek Yang Sangat Penting.....	195
1. Pengertian Dokumentasi pada masa Nifas	195
2. Isi dan kegiatan Dokumentasi	195
3. Tujuan Dokumentasi Asuhan Masa Nifas.....	197
C. Penggunaan Jenis Program Keluarga Berencana	
(KB)	206
DAFTAR PUSTAKA.....	211
TENTANG PENULIS.....	215

BAB

1

ASPEK LEGAL MANFAAT DAN TUJUAN

A. Dokumentasi

Dokumentasi berasal dari kata dokumen yang berarti bahan pusaka, baik yang berbentuk tulisan maupun rekaman lainnya seperti dengan pita suara atau cassette, video, film, gambar dan foto (Suyono Trino). Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) dokumentasi adalah surat yang tertulis atau tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti atau keterangan (seperti akta kelahiran, surat nikah, surat perjanjian, dan sebagainya). Dokumentasi dalam bahasa Inggris berarti satu atau lebih lembar kertas resmi (official) dengan tulisan di atasnya. Secara umum dokumentasi dapat diartikan sebagai suatu catatan otentik atau semua surat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Dokumentasi mempunyai 2 sifat yaitu tertutup dan terbuka. Tertutup apabila di dalam adarahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan, dan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan, dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan.

Dalam aspek hukum dokumentasi merupakan semua catatan informasi tentang klien yang bersifat resmi dan bernilai

hukum. Dokumentasi dapat digunakan sebagai barang bukti dalam pengadilan, oleh karena itu data data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif, dan ditandatangani oleh pemberi asuhan, dan hindari interpretasi yang salah. Tujuan dari dokumentasi kebidanan adalah sebagai sarana komunikasi, tanggung jawab dan tanggung gugat, informasi statistik, pendidikan, sumber data penelitian, jaminan kualitas pelayanan kesehatan, dan lain sebagainya.

1. Pengertian Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan

Berdasarkan kepmenkes RI Nomor 900/MENKES/SK/VII/2002 Pasal 14, bidan dalam menjalankan praktiknya berwenang untuk memberikan pelayanan yang meliputi pelayanan kebidanan, pelayanan keluarga berencana, dan pelayanan kesehatan masyarakat. Yang dimaksud dengan pelayanan kebidanan adalah pelayanan yang ditujukan kepada ibu dan anak. Pelayanan bidan kepada ibu diberikan secara menyeluruh, dalam tujuh tahap perkembangan ibu, yaitu pada masa pranikah, prahamil, masa kehamilan, masa persalinan, masa nifas, menyusui, dan masa antara (periode interval).

Pelayanan kebidanan kepada anak diberikan dalam tiga tahap perkembangan anak, yaitu pada masa bayi baru lahir, masa bayi, masa anak balita, dan masa prasekolah. Bidan dalam melaksanakan praktik sesuai dengan kewenangannya tersebut, berdasarkan kepmenkes RI Nomor 900/MENKES/SK/VII/2002 Pasal 25 harus memenuhi unsur-unsur berikut:

- a. Menghormati hak pasien
- b. Merujuk kasus yang tidak dapat ditangani
- c. Menyimpan rahasia sesuai dengan peraturan perundang undangan yang berlaku
- d. Memberikan informasi tentang pelayanan yang akan diberikan
- e. Meminta persetujuan atas tindakan yang akan diberikan
- f. Melakukan catatan medis (medical record) dengan baik

2. 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.

a. Tindakan sipil atau pribadi

Tindakan sipil ini berkaitan dengan isu antar individu.

b. Tindakan kriminal

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.

- a. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal meliputi:
 - 1) Catatan kebidanan pasien/ klien diakui secara legal/ hukum.
 - 2) Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan.
 - 3) Informasi yang didokumentasikan harus memberikan catatan ringkas tentang riwayat perawatan pasien.
 - 4) Dokumentasi perlu akurat sehingga sesuai dengan standar kebidanan yang telah ditetapkan.

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 bidandokter.
- c. Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan.

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 melengkapai catatan. Pastikan informasi akurat.
- d. Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta.
- e. Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat. Jika dibiarkan kosong, orang lain dapat menambah informasi lain. Untuk menghindarinya, buat garis lurus dan paraf.
- f. Catatan dapat dibaca dan ditulis dengan tinta (untuk menghindari salah tafsir).

B. Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan

1. Pengertian Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan

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. rekam medis yang mudah dibaca dan akurat merupakan dokumentasi pelayanan kesehatan yang sangat menentukan yang mengkomunikasikan informasi penting tentang pasien ka berbagai profesional. Dalam kasus hukum, rekam medis dapat menjadi landasan berbagai kasus gugatan atau sebagai alat pembala din bidan, perawat, dokter atau fasilitas kesahatan. (wildan dan hidayat 2018).

2. Aspek legal dalam pendokumentasian kebidanan terdapat 2 tipe tindakan legal menurut Muslihatun(2018).

- a. Tindakan sipil atau pribadi Tindakan sipil berkaitan dengan isu antar individu

- b. Tindakan kriminal Tindak kriminal berkaitan dengan perselisihan antara individu dan masyarakat secara keseluruhan Menurut hukum jika sesuatu tidak di dokumentasikan berarti pihak yang bertanggung jawab tidak melakukan apa yang seharusnya di lakukan. Jika bidan tidak melaksanakan atau tidak menyelesaikan suatu aktifitas atau mendokumentasikan secara tidak benar, dia bisa di tuntutan melakukan mal praktik. Dokumentasi kebidanan harus dapat dipercaya secara legal, yaitu harus memberikan laporan yang akurat mengenai perawatan yang diterima klien.
3. Dokumen Informasi Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan

Adapun beberapa hal yang harus diperhatikan agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum yaitu dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal sebagai berikut menurut Widi.(2018).

 - a. Catatan kebidanan pasien/klien diakui secara legal/hukum.
 - b. Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari satu 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.
4. Pedoman Pencatatan Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan

Adapula pedoman pencatatan agar pendokumentasian yang dibuat diakui dan legal secara hukum, dan pedoman tersebut harus diikuti oleh bidan. Pedoman pencatatan yang legal menurut hukum tersebut, antara lain menurut Wildan, moh dkk(2020).

 - a. Bidan harus memahami dasar hukum dari tuntutan malpraktik yang memungkinkan melibatkan para bidan. Setiap selesai melakukan asuhan, bidan harus mencatat hasil tindakan dan adanya kebutuhan asuhan kebidanan

lebih lanjut. Pencatatan hasil evaluasi dilakukan minimal satu kali setiap giliran jaga. Bidan juga harus mewaspadai perubahan-perubahan yang terjadi pada klien. Langkah selanjutnya bidan harus membuat catatan singkat tentang komunikasi yang dilakukan oleh bidan dengan dokter dan tindakan yang telah dilakukan.

- b. Bidan harus memberikan informasi tentang kondisi pasien dengan tepat.
- c. Bidan harus memperlihatkan semua fakta mengenai proses asuhan yang telah diberikan secara tepat dan akurat.
- d. Bidan harus memperhatikan kondisi pasien dan melakukan pencatatan secara rinci pasien dengan masalah keehatan yang kompleks membutuhkan asuhan lebih kompleks. Situasi perawatan pasien mungkin dikaitkan dengan tuntutan atau gugatan hukum kepada bidan karena kelalaiannya, atau asuhan terhadap pasien berpenyakit akut yang memerlukan perawatan lebih intensif. Dalam upaya membuat pencatatan yang baik, bidan harus menulis dengan singkat, jelas dan mudah dibaca; menggunakan ejaan yang tepat; membedakan antara data hasil observasi dan sebuah intepretasi; mencantumkan waktu saat penulisan dilakukan; mencantumkan tandatangan dan nama terang bidan yang melakukan pencatatan, serta bidan tidak boleh menghapus pernyataan yang sudah ditulis.

5. Panduan Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan

Memberikan panduan legal sebagai petunjuk cara mendokumentasikan dengan benar. Panduan legal menurut Potter dan Perry tersebut, antara lain menurut Wildan dan Hidayat (2019).

- a. Jangan menghapus, menggunakan tipe-ex atau mencoret tulisan yang salah ketika mencatat, kerana akan tampak seakan-akan bidan mencoba menyembunyikan informasi dan merusak catatan. Cara yang benar adalah dengan

membuat suatu garis pada tulisan yang salah, tulis kata “salah” lalu diparaf, kemudian tulis catatan yang benar.

- b. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan yang lain, karena pernyataan tersebut dapat digunakan sebagai bukti perilaku tidak profesional atau asuhan kebidanan yang tidak bermutu. tulislah hanya uraian objektif tentang perilaku klien dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan yang lain.
- c. Mengoreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis dapat diikuti dengan kesalahan tindakan.
- d. Mencatat data hanya yang berupa fakta, catatan harus akurat dan dapat dipercaya. Pastikan apa yang ditulis adalah fakta, jangan berspekulasi atau menulis perkiraan saja.
- e. Jangan membiarkan bagian kosong pada catatan bidan, karena orang lain dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian kosong dan paraf dibawahnya.
- f. Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta, karena tulisan yang tidak terbaca dapat disalahtafsirkan.
- g. Jika mempertanyakan suatu instruksi, catat bahwa Anda sedang mengklarifikasi, jika bidan melakukan tindakan yang diketahui tidak benar, dapat dituntut karena bertindak sebagai dokter. Jangan menulis “dokter membuat kesalahan” tetapi tulis bahwa “Dr. Doel sedang dihubungi untuk mengklarifikasi instruksi”
- h. Menulis untuk diri bidan sendiri karena bidan bertanggungjawab atas informasi yang ditulisnya, jadi jangan menulis untuk orang lain.
- i. Menghindari penggunaan tulisan yang bersifat umum seperti “keadaan tidak berubah” karena informasi yang spesifik tentang kondisi klien atau kasus bisa secara tidak sengaja terhapus jika informasi bersifat terlalu umum. Oleh karena itu tulis lengkap, singkat dan padat.

- j. Dokumentasi dimulai dengan waktu dan akhiri dengan tanda tangan serta titel anda. Pastikan urutan kejadian dicatat dengan benar dan tanda tangan menunjukkan orang yang bertanggung gugat atas dokumentasi tersebut. Jangan ditunggu sampai akhir giliran dinas untuk mencatat perubahan penting yang terjadi beberapa jam yang lalu.

6. Unsur Tuntutan Hukum Bidan Dalam Melakukan Dokumentasi

Unsur penting dari semua kasus gugatan hukum didasarkan pada kondisi fisik maupun psikologis pasien secara tepat. Gugatan hukum yang dilakukan pasien pada umumnya menyangkut gangguan fisik (kecelakaan lalu, kecelakaan kerja) maupun kelalaian petugas kesehatan, baik secara hukum perdata maupun hukum pidana. Beberapa keadaan yang umumnya menyebabkan tuntutan pengadilan terhadap petugas kesehatan, termasuk bidan, antara lain: kesalahan dalam administrasi pengobatan (kesalahan dosis atau teknik pemberian), kelalaian dalam mengangkat atau mengeluarkan benda asing setelah operasi, kelalaian yang mengakibatkan luka bakar, kegagalan dalam menggunakan teknik-teknik aseptik, kelalaian membuat catatan yang baik dan benar serta kelalaian menyampaikan informasi atau masalah pasien kepada dokter yang ditunjuk. Apabila seorang bidan atau tenaga kesehatan mendapat tuntutan hukum, maka bidan tersebut harus mampu membuktikan beberapa unsur yang menyebabkan dirinya lalai. Unsur kelalaian yang harus dibuktikan oleh bidan atau tenaga kesehatan yang mendapat tuntutan hukum, antara lain: kelalaian menjalankan kewajiban sebagai tenaga kesehatan, kelalaian dalam mengikuti standar/prosedur pelayanan kesehatan yang ditetapkan, hubungan sebab akibat antara perbuatan dan kecelakaan, serta gangguan nyata sebagai akibat dari kelalaian tenaga kesehatan tersebut menurut Nuha Muslihatun, Mudilah dan Setiawati(2019).

Pada praktiknya, ada kemungkinan seorang bidan dapat menerima tuntutan hukum ketika didalam dokumentasi kebidanan yang dibuatnya terdapat hal-hal berikut.

- a. Kesalahan administrasi pengobatan.
 - b. Kelamahan dalam supervisi diagnosis secara adekuat (memadai) dan dalam penggunaan alat.
 - c. Kelalaian dalam mengangkat atau mengecek benda asing setelah operasi.
 - d. Mengakibatkan pasien terluka.
 - e. Penghentian konsumsi obat yang dilakukan oleh bidan.
 - f. Dokumentasi tidak memperhatikan teknik aseptik.
 - g. Dokumentasi tidak mengikuti peraturan dan prosedur yang ditetapkan.
7. Empat Elemen Keteledoran Bidan yang Harus Dibuktikan Kesalahan-kesalahan diatas. Dapat diklarifikasi ke dalam empat elemen keteledoran bidan yang harus dibuktikan terlebih dahulu oleh penuntut, sebelum bidan terkena sanksi. empat elemen itu adalah sebagai berikut menurut Fitramaya Nurwiandani (2018).
- a. Melalaikan tugas bidan. Bidan adalah sebuah profesi yang mempunyai peran dan fungsi sebagai pendidik serta pelaksana dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, maupun masyarakat. Tuntutan dapat dijatuhkan apabila peran tersebut tidak dijalankan dengan sepenuhnya atau lalai ceroboh dalam melaksanakan tugas.
 - b. Tidak memenuhi standar praktik kebidanan. Standar praktik kebidanan telah ditentukan oleh organisasi bidan. Mereka menata aturan atau batasan bagi praktik bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, baik praktik individu maupun berkelompok.
 - c. Adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera. Seorang bidan dikatakan ceroboh apabila dalam menjalankan tindakannya dapat menyebabkan kerusakan

pada sistem tubuh seperti adanya luka atau kerusakan lainnya.

- d. Kerugian yang aktual (hasil lalai). Bidan dalam menjalankan perannya selalu berusaha memberikan kenyamanan dan rasa aman pada pasien. Namun, sangat mungkin tindakannya tersebut dapat mengakibatkan kerugian secara nyata pada pasien. Dengan demikian, tindakan tersebut menunjukkan kecerobohan yang memungkinkan tuduhan dan dijatuhkan dalam tuntutan.

C. Manfaat Dokumentasi Kebidanan

Manfaat dokumentasi adalah hal-hal yang dapat diperoleh pada dokumentasi yang kita lakukan. Secara lebih detail, manfaat dokumentasi meliputi aspek sebagai berikut menurut Wildan dan Hidayat (2018).

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

dan bernilai hukum. Hal tersebut sangat bermanfaat apabila dijumpai suatu masalah yang berhubungan dengan profesi bidan, dimana bidan sebagai pembuat ijasah dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu waktu, karena dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan, maka dalam pencatatan data, data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditandatangani oleh bidan.

4. Aspek keuangan, dengan adanya dokumentasi kebidanan berisi data atau informasi pasien. Hal ini dapat dipergunakan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.
5. Aspek penelitian, dokumentasi kebidanan berisi data atau informasi pasien. Hal ini dapat dipergunakan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.
6. Aspek pendidikan, dokumentasi kebidanan berisi data informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan kepada pasien. Maka informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pendidikan.
7. Aspek dokumentasi, berisi sumber informasi yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dalam proses dan laporan pelayanan kesehatan.
8. Aspek jaminan mutu, pengorganisasian data pasien yang lengkap dan akurat melalui dokumentasi kebidanan akan memberikan kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi bidan dalam membantu penyelesaian masalah pasien. Selain itu, juga untuk mengetahui sejauh mana masalah pasien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu untuk meningkatkan mutu asuhan kebidanan.

9. Aspek akreditasi, melalui dokumentasi akan tercermin banyaknya permasalahan pasien yang berhasil diatasi atau tidak. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tentang tingkat keberhasilan pemberian asuhan kebidanan yang diberikan guna pembinaan lebih lanjut. Selain itu dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien. Melalui akreditasi pula kita dapat memantau kualitas layanan kebidanan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan kebidanan.
10. Aspek statistik, informasi statistik dan dokumentasi dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan tenaga dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan.
11. Aspek komunikasi, komunikasi dipakai sebagai koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh beberapa orang untuk mencegah pemberian informasi yang berulang-ulang kepada pasien oleh anggota tim kesehatan, mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam asuhan kebidanan, membantu tenaga bidan untuk menggunakan waktu dengan sebaik-baiknya, serta mencegah kegiatan yang tumpang tindih. Sebagai alat komunikasi, dokumentasi dapat mewujudkan pemberian asuhan kebidanan yang terkoordinasi dengan baik.

D. Tujuan Dokumentasi

Tujuan dokumen pasien adalah untuk menunjang tertibnya administrasi dalam upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit/puskesmas. Selain sebagai suatu dokumen rahasia, catatan tentang pasien juga mengidentifikasi pasien dan asuhan kebidanan yang telah diberikan menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiawati (2020).

1. Adapun tujuan dokumentasi kebidanan adalah sebagai sarana komunikasi. Komunikasi terjadi dalam tiga arah yaitu sebagai berikut:
 - a. Kebawah untuk melakukan intruksi
 - b. Keatas untuk memberi laporan

- c. Kesamping (lateral) untuk memberi saran.
- 2. Dokumentasi yang didokumentasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk beberapa hal berikut ini.
 - a. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
 - 1) 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.
 - 2) Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya karena dengan pendokumentasian, bidan tidak banyak menghabiskan waktu untuk berkomunikasi secara oral.
 - b. 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 Retidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum

- c. 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 member informasi kepada orang tentang apa yang telah, sedang dan akan dilakukan, serta segala perubahan dalam pekerjaan yang telah ditetapkan.

d. Sebagai sarana pendidikan

Dokumentasi muhan kebidanan yang dilaksanakan secara hak 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.

e. 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.

f. 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 kuantitatif, 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.

g. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.

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

h. Untuk menetapkan prosedur dan standar

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

i. Untuk mencatat

Dokumentasi akan diperlukan untuk memonitor kinerja peralatan, sistem, dan sumber daya manusia. Dan dokumentasi, 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.

j. Untuk memberi intruksi

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

3. Pendokumentasian penting dilakukan oleh bidan mengingat dokumentasi memiliki fungsi yang sangat penting. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini:

- a. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan
- b. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya.

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. Dokumentas asuhan kebidanan pada pasien dibuat untuk menunjang tertibnya administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di tempat tempat pelayanan kebidanan seperti di puskesmas, rumah bersalin, atau bidan praktik swasta. Semua instansi kesehatan memiliki dokumen pasien yang dirawatnya, walaupun bentuk formulir dokumen masing-masing instansi berbeda.

BAB 2 | BENTUK DOKUMENTASI NARATIF DAN FLOW SHEET

A. Teknik Dokumentasi Naratif

1. Pengertian

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, 2019). Sedangkan menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti(2018), 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.

Sementara itu, Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2019) 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

Menurut Fauziah, Afroh, Sudarti (2018), 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. Memberi kebebasan kepada petugas (bidan) untuk memilih dan mencatat bagaimana 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

Menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2019), kerugian utama dari teknik pendokumentasian naratif ini adalah catatan kurang terstruktur. Hampir semua catatan naratif tidak teratur, berpindah-pindah dari satu masalah ke masalah lain tanpa penghubung yang jelas, sehingga hubungan antar data sulit ditemukan. Catatan ini juga hanya berorientasi pada tugas dan cenderung menghabiskan banyak waktu. Tidak selalu mencerminkan pemikiran yang kritis, tidak bisa membantu membuat keputusan, tidak bisa menambah kemampuan bidan menganalisis dan membuat kesimpulan yang tepat.

Catatan naratif ini memungkinkan terjadinya kumpulan informasi yang terpecahpecah, 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 (2018), 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 sebagian 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

Menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2019), 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 (2018), 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/perasat 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.

5. Bagian-Bagian Pendokumentasian Dengan Teknik Naratif

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.

6. Hal-Hal yang Perlu Diperhatikan Dalam Pencatatan Naratif

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 rasa kencang 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*

1. Pengertian

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2019), 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. 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 Pendokumentasian *Flow Sheet*

Berdasarkan pendapat Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2019), 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 (2018) 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 Pendokumentasian *Flow Sheet*

Menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2019), 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, (2018) 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*

Menurut Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2019), agar lembar alur/flow sheet/checklist sesuai dengan standar, maka harus memenuhi syarat/pedoman sebagai berikut.

- a. Perhatikan dan ikuti petunjuk menggunakan format khusus.
- b. Lengkapi format dengan kata kunci.
- c. Gunakan tanda cek (√) atau silang (X) pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter telah diobservasi/diintervensi.
- d. Jangan tinggalkan lembar checklist dalam keadaan kosong. Tulis 0 untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diobservasi.

- e. Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan.
 - f. Pertahankan agar letak lembar alur tepat dilokasi yang tersedia (rekam medis).
 - g. Beri tanda tangan dan nama jelas pemberi asuhan.
 - h. Dokumentasikan waktu dan tanggal data masuk.
5. Desain dan Bagian Umum dalam *Flow sheet*
- Desain dan bagian umum dalam flow sheet antara lain sebagai berikut.
- a. Kolom untuk nama petugas yang melakukan pemeriksaan atau tindakan.
 - b. Hasil pengkajian, komunikasi, informasi, dan edukasi(KIE), observasi, tindakan, dan lain-lain.
 - c. Hasil observasi atau intervensi khusus.
 - d. Nama pasien, waktu (tanggal, bulan dan tahun), nama bidan, dan tanda tangan.
 - e. Hanya menuliskan judul tindakan, sedangkan penjabaran lebih lanjut diuraikan secara narasi. Misalnya mengobati luka bakar. Ganti balutan lihat pada catatan perkembangan.

6. Anjuran Umum dalam Merancang Sebuah Lembar Alur/
Flow Sheet

Menurut Fauziah, Afroh, Sudarti, (2019) proses merancang lembar alur dengan tepat sangat bervariasi. Beberapa anjuran umum dalam merancang sebuah lembar alur/flow sheet antara lain sebagai berikut.

- a. Tentukan seberapa banyak ruangan yang diperlukan untuk isi format.
- b. Rancang sebuah format yang mudah dibaca dan digunakan.
- c. Tentukan apakah format tersebut akan digunakan secara vertikal atau horisontal.
- d. Gunakan huruf yang dicetak tebal dan miring untuk menekankan judul bagian atau informasi penting lainnya.
- e. Pertimbangkan untuk memberi jarak antar informasi.
- f. Tentukan apakah format tersebut akan lebih dari satu halaman.

- g. Pertimbangkan apakah informasi dalam format tersebut akan dikomunikasikan antar bagian.
- h. Sediakan lembar alur kosong untuk masing-masing pasien agar memungkinkan individualisasi data dan pendokumentasian asuhan pada pasien.
- i. Jika catatan perkembangan multidisiplin tidak digunakan, pertimbangkan pemberian ruang kosong untuk catatan-catatan tersebut di halaman baliknya lembar alur tersebut.
- j. Pertahankan struktur dasar format lembar alur untuk menggambarkan standar asuhan yang diberikan kepada pasien adalah sama.
- k. Berpikir global saat membuat atau merevisi sebuah format, hindari merancang format tanpa berkonsultasi ke profesi/unit lain.
- l. Libatkan staf sistem informasi komputer untuk meninjau ulang konsep lembar alur.
- m. Dapatkan masukan dari anggota staf yang akan menggunakan format tersebut.
- n. Lakukan koreksi awal secara cermat terhadap format yang telah dibuat.
- o. Harus disadari bahwa pembuatan dan penerapan format lembar alur membutuhkan waktu lama, sehingga perlu alokasi waktu yang cukup.

Beberapa contoh flow sheet antara lain sebagai berikut.

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

BAB 3

ETIK DAN ETIKA DOKUMENTASI

A. Pengertian Etik

Etik adalah norma-norma yang harus diindahkan oleh setiap profesi didalam hidupnya di masyarakat. Kode etik juga diartikan sebagai suatu ciri profesi yang bersumber dari nilai-nilai internal dan eksternal suatu disiplin ilmu dan merupakan pengetahuan komprehensif suatu profesiyang memberikan tuntunan bagi anggota dalam melaksanakan pengabdian profesinya. Hukum berhubungan erat dengan moral. Hukum membutuhkan moral. Hukum tidak mempunyai arti, kalau tidak dijiwai oleh moralitas. Sebaliknya moral juga berhubungan dengan hukum. Moral hanya sebatas hal yang abstrak saja tanpa adanya hukum. Contohnya mengambil barang yang bukan milik kita atau dengan kata lain mencuri adalah moral yang tidak baik, supaya prinsip etis ini berakar di masyarakat maka harus diatur dengan hukum. Buku Etikolegal dalam pelayanan kebidanan ini diterbitkan oleh penerbit deepublish dan tersedia juga versi cetaknya.(yayasan kita menulis 2020).

B. Pengertian Etika

Etika adalah seperangkat prinsip moral yang memandu perilaku seseorang.moral ini di bentuk oleh norma norma social,praktik budaya,dan pengaruh agama.etika mencerminkan keyakinan tentang apa yang benar,apa yang salah,apa yang adil,apa yang tidak adil,apa yang baik,dan apa yang buruk dalam hal perilaku manusia.mereka berfungsi sebagai kompas untuk mengarahkan bagaimana orang harus berperilaku satu

sma lain, memahami dan memenuhi kewajiban mereka kepada masyarakat, dan menjalankan hidup. (politeknik harapan bersama 2021)

C. Etik Dalam Dokumentasi

Ada 3 hal yang perlu kita perhatikan dalam pelaksanaan etik dokumentasi yaitu:

a. Pandangan etik dokumentasi

Tahap pengkajian dalam proses kebidanan dapat memberikan informasi akurat yang dapat membantu bidan dalam menyelesaikan masalah bidan yang di temukan pada pasien.

b. Menjaga kerahasiaan tentang pasien

Kegiatan-kegiatan yang perlu diperhatikan untuk jaminan kepercayaan terhadap bidan adalah:

- 1) Mengeluarkan informasi data pasien, termasuk nama pasien, alamat, tanggal masuk pasien
- 2) Menggeluarkan data rahasia pasien seperti data klinis (hasil pemeriksaan, observasi, pengobatan, termasuk percakapan pasien dengan bidan)

c. Moral perjanjian

Moral perjanjian merupakan suatu pertimbangan etik yang digunakan dalam melaksanakan dokumentasi kebidanan. Etik perijinan dalam moral perjanjian adalah:

- 1) Perijinan secara tidak langsung
- 2) Perizinan secara langsung
- 3) Perizinan yang perlu pemberitahuan

D. Etika Dalam Dokumentasi

Etika diperlukan dalam pergaulan hidup bermasyarakat, bernegara hingga pergaulan hidup tingkat internasional. Etika merupakan suatu sistem yang mengatur bagaimana seharusnya manusia bergaul. Etika dalam perkembangannya sangat mempengaruhi kehidupan manusia. Etika memberi manusia orientasi bagaimana ia menjalani hidupnya melalui rangkaian tindakan sehari-hari. Itu berarti etika membantu manusia untuk

mengambil sikap dan bertindak secara tepat dalam menjalani hidup ini. Etika pada akhirnya membantu kita untuk mengambil keputusan tentang tindakan apa yang perlu kita lakukan dan yang perlu kita pahami bersama bahwa etika ini dapat diterapkan dalam segala aspek atau sisi kehidupan manusia. Begitu halnya dengan profesi kebidanan, diperlukan suatu petunjuk bagi anggota profesi tentang bagaimana mereka harus menjalankan profesinya, yaitu ketentuan tentang apa yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh anggota profesi, tidak saja dalam menjalankan tugas profesinya melainkan juga menyangkut tingkah laku dalam pergaulan sehari-hari dimasyarakat, yang dalam hal ini kode etik profesi kebidanan. Mahasiswa pendidikan kebidanan sebagai calon bidan yang akan bekerja di tengah tengah masyarakat harus mengerti tentang peran fungsi mereka dan kompetensi yang harus dimiliki, sadar dengan perkembangan profesi bidan terutama dalam perkembangan pendidikan bidan, karena menjadi bidan yang profesional harus melewati jenjang pendidikan. Hal lain yang harus dipahami oleh setiap bidan agar menjadi bidan profesional adalah dengan melakukan segala tindakan sesuai. (jurnal Bimtas:jurnal kebidanan umtas 2018)

BAB 4

MODEL DOKUMENTASI

A. Dokumentasi SOR

Teori SOR (Stimulus, Organism, Response) merupakan proses komunikasi yang menimbulkan reaksi khusus, sehingga seseorang dapat mengharapkan dan memperkirakan kesesuaian antara pesan dan reaksi komunikan. Unsur-unsur pada model ini adalah pesan (Stimulus), komunikan (Organism), dan efek (Response) (Effendy, 2003:254).

1. Pengertian Dokumentasi SOR

Dokumentasi sor (Source Oriented Record) adalah Suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi.

Dokumentasi SOR menurut Sugiyono (2015) adalah suatu cara yang digunakan untuk memperoleh data dan informasi dalam bentuk buku, arsip, dokumen, tulisan angka dan gambar yang berupa laporan serta keterangan yang dapat mendukung penelitian. dikumpulkan jadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan yang lain. Misalnya, kumpulan dokumentasi yang bersumber dari dokter, bidan, perawat, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat

instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit. Bidan menggunakan catatan , begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing. Menurut wahyuni,D,Kurniawati,Y.(2020)

2. Komponen Model Pendokumentasian Source Oriented Record (SOR)

Model dokumentasi SOR terdiri dari 5 kompnen, yaitu: Lembar penerimaan berisi biodata, Lembar instruksi Dokter, Lembar riwayat medis atau penyakit, Catatan perawat. dan Catatan dan laporan khusus. Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari lima komponen yaitul

a. Lembar penerimaan berisi biodata

lembaran penerisssmaan berisi biodata, yaitu lembar yang berisi tentang identitas pasien, alasan pasien masuk rumah sakit/alasan pasien dirawat, kapan pasien masuk rumah sakit.

b. Lembar order dokter

Suatu kegiatan yang dilakukan oleh ketua tim perawat pelaksaan untuk meneruskan pelayanan kepada pasien

c. Lembar riwayat medik atau penyakit

Rekam medis adalah salah satu istilah yang kerap muncul ketika seseorang berkonsultasi di fasilitas kesehatan. Rekam medis biasanya dibutuhkan dokter atau tenaga medis terkait untuk mencari tahu informasi rinci mengenai riwayat kesehatan pasien.Menurut wildan moh.(2018)

d. Catatan bidan

pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan). Arimbawa, P.E. (2018)

e. Catatan dan laporan khusus

Unsur Umum/Penjelasan Perusahaan. Unsur pertama yang harus ada yaitu unsur umum/penjelasan perusahaan. Pada unsur ini, Anda harus menjelaskan

sejarah dan latar belakang berdirinya perusahaan tersebut. Selain itu, Anda juga harus menjelaskan tentang AD/ART, visi misi, status badan hukum, penawaran saham, dan kebijakan lainnya.

- 1) Kebijakan Akuntansi : Unsur selanjutnya yaitu kebijakan akuntansi seperti asumsi dasar dalam penyusunan laporan keuangan, pengukuran laporan keuangan, multi currency, dan lain sebagainya.
- 2) Kebijakan Standar Akuntansi Keuangan : Unsur ini terdiri dari kepatuhan laporan keuangan kepada aturan-aturan di Standar Akuntansi Keuangan (SAK).Lyanda Joall,(2019).

3. Keuntungan dan Penggunaan SOR

- a. Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi.
- b. Memudahkan perawat untuk secara bebas bagaimana informasi akan dicatat.
- c. Format Dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan intervensi dan respon klien atau hasil. St corolus (2018).

4. Kerugian penggunaan SOR

Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi (terpotong2), karena tidak berdasarkan urutan waktu. data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal. untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.

- a. Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi, karena tidak berdasarkan urutan waktu.
- b. Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.
- c. Superficial pencatatan tanpa data yang jelas. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
- d. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.

- e. Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak.
- f. Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi/analisa.
- g. Perkembangan klien sulit di monitor.

5. Contoh Pendokumentasian dengan Metode Source Oriented Record (SOR)

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan
			Catatan ini meliputi : Pengkajian, identifikasi masalah, tindakan segera, rencana tindakan, penyelesaian masalah, evaluasi, hasil. Bidan Nama dan tanda tangan
		Dokter	Catatan meliputi : observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan pasien, identifikasi masalah baru dan penyelesaiannya, rencana tindakan dan pengobatan terbaru. Dokter Nama dan tanda tangan

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan
		Perawat	Catatatan meliputi : pengkajian, identifikasi masalah, perlunya rencana tindakan/ menentukan kebutuhan segera, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi tindakan dan hasil. Perawat Nama dan tanda tangan

6. Manfaat Atau Fungsi Dari Dokumentasi

Dokumentasi mempunyai manfaat dalam beberapa aspek, yaitu aspek administrasi, aspek hukum, aspek pendidikan, aspek penelitian, aspek ekonomi, dan aspek manajemen, diantaranya sebagai berikut :

a. Aspek Administrasi

Aspek Administrasi

Dilihat dari aspek administrasi dokumentasi mempunyai manfaat untuk mencatat, dikarenakan berkas yang didokumentasikan memiliki nilai identitas, tanggal masuk, dan keluar serta data akses.

b. Aspek Hukum

Dari aspek hukum dokumentasi memiliki manfaat sebagai alat bukti yang sah, isi dari berkas yang berhubungan dengan jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan yang berlangsung.

c. Aspek Pendidikan

Suatu informasi atau berkas jika didokumentasikan bermanfaat untuk mendukung kegiatan pembelajaran,

isi dari informasi berkaitan dengan data tentang kronologis perkembangan pelayanan kebidanan yang sudah di berikan kepada pasien

d. Aspek Penelitian

Ditinjau dari aspek penelitian dokumentasi mempunyai manfaat sebagai penyedia informasi untuk kebutuhan penelitian. Data atau informasi yang terlampir didalam sebuah berkas bisa digunakan untuk kepentingan penelitian dalam mengembangkan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.

e. Aspek Ekonomi

Suatu informasi atau data memiliki manfaat untuk mendokumentasikan besarnya dana yang harus dikeluarkan, sehingga mengurani terjadinya pemborosan, isi dari sebuah berkas bisa dijadikan bahan untuk menentukan pembayaran pelayanan di sebuah institusi, maka pembayaran atas tindakan tersebut tidak dapat dipertanggung jawabkan.

f. Aspek Manajemen

Aspek manajemen: melalui dikumetasi dapat di lihat sejauh mana peran dan fungsi kesimpulan tingkat keberhasilan pemberian asuhan guna pembinaan dan pengembangan lebih lanjut.

7. Fungsi dokumentasi SOR

adalah: Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi, Memudahkan perawat melakukan cara pendokumentasian, Proses pendokumentasian menjadi sederhana

B. Pengertian POR (Problem Oriented Record)

Model dokumentasi POR (problem-oriented-record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada masalah. Dimana model ini berpusat pada data klien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Pendekatan ini pertama kali dikenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Dalam format aslinya pendekatan berorientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi, dengan sistem ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

1. Model POR (Problem Oriented Record)

(Catatan Berorientasi pada masalah) menitik beratkan pada data yang akan di dokumentasikan untuk di susun berdasarkan masalah pasien.

Model ini berupaya untuk mengintegrasikan data yang di kumpulkan oleh berbagai tenaga kesehatan baik dokter, perawat, bidan, atau tenaga kesehatan lainnya yang semuanya memiliki keterlibatan dalam pemberian pelayanan kesehatan pada pasien.

Model ini merupakan suatu sistem yang memberikan cara dokumentasi dengan menentukan dan mengikuti setiap masalah klinis kemudian mengorganisasikannya untuk pemecahan masalah. Model ini di gagaskan oleh Dr. Lawrence L. Weed (1950-1960), yang menggunakan pendekatan terhadap semua masalah pasien serta mengatasinya sesuai permasalahan yang timbul dan berhubungan dengan masalah lain. Sistem ini di anggap paling ilmiah dan banyak di gunakan di berbagai negara. (Wildan dan Hidayat, 2011 : 16)

Model Problem Oriented Record ini pendokumentasiannya terpusat pada data tentang klien yang didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat

dan tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien.

2. Penerapan Model Dokumentasi (POR)

Penerapan model dokumentasi ini terdiri atas beberapa komponen yang akan didokumentasikan di antaranya sebagai berikut

a. Data dasar

Data dasar merupakan data dari hasil pengkajian awal ketika pasien masuk rumah sakit. Data mencakup semua informasi yang didapat dari pasien seperti identitas, riwayat, kesehatan, pemeriksaan fisik, serta pemeriksaan laboratorium yang dapat digunakan untuk mengidentifikasi berbagai diagnosis dan masalah pasien.

Di katakan data dasar karena merupakan informasi awal yang harus didapatkan dari setiap setiap pasien. Informasi yang akan disajikan meliputi informasi umum dan informasi khusus. Informasi umum yang di dapat dari pasien meliputi data sosial pasien yang menyangkut kelompok demografi seperti umur, jenis kelamin, agama, pekerjaan, pendidikan, dan lain-lain. Sedangkan informasi khusus terhadap masalah adalah sesuai dengan permasalahan yang ada pada setiap pasien. Masalah dan kelainan yang ada pada pasien harus dicari berdasarkan keluhan utama yang dikemukakan oleh pasien. Data dasar yang lengkap mengandung isi keluhan utama, riwayat penyakit, review sistem, riwayat penyakit masa lalu dan penyakit keluarga yang relevan, riwayat psikososial dan pengobatan, serta deskripsi hasil pemeriksaan fisik dan laboratorium rutin.

b. Daftar masalah

Komponen yang kedua ini berisi tentang identifikasi berbagai masalah yang dapat ditemukan dari hasil pengkajian atau pengumpulan data dasar. Data ini akan disusun secara kronologis berdasarkan masalah-masalah yang dapat teridentifikasi.

Masalah pasien berasal dari gejala-gejala klinik yang terjadi serta penyimpangan dari kelainan-kelainan yang dialami oleh pasien yang kemungkinan berpengaruh terhadap perkembangan klinik. Daftar masalah tersebut merupakan acuan penting dalam pengelolaan karena merupakan analisis dari data dasar.

Berdasarkan sifatnya masalah dibedakan menjadi dua, yaitu masalah aktif dan tidak aktif. Masalah aktif merupakan masalah yang masih atau sedang berlangsung yang membutuhkan pemeriksaan dan penanganan selanjutnya.

Selain itu, merupakan masalah yang membutuhkan terpaian atau tindakan khusus karena nantinya akan berdampak pada pengaruh perawatan pada saat ini maupun di masa yang akan datang dengan faktor risiko. Sedangkan masalah tidak aktif merupakan masalah yang tetap pada pasien tetapi tidak memerlukan tindakan khusus. Masalah ini sering disebut masalah masalah yang kemungkinan bisa menjadi penyebab atau di duga ada kaitannya dengan masalah yang dialami pada saat ini. Masalah yang dialami pada masa lampau tersebut ada kemungkinan dapat kambuh lagi. Berikut contoh penulisan dari hasil identifikasi masalah

Tanggal	Masalah klien	Diidentifikasi Oleh	Keterangan
10/8/2016	KET Kehamilan tak diinginkan Cemas	Dokter Bidan Perawat	

c. Rencana Asuhan

Komponen rencana asuhan atau perencanaan ini ditulis oleh tenaga kesehatan yang menyusun masalahnya sesuai dengan daftar masalah seperti dokter menuliskan rencana pengobatan yang akan dilakukan oleh pasien, bidan menuliskan rencana asuhan kebidanan yang diperoleh dari masalah kebidanan, atau perawat menuliskan asuhan keperawatan sesuai dengan lingkup dan wewenang tanggung jawabnya.

Secara umum perencanaan tersebut terbagi dua, yakni rencana awal dan rencana lanjutan. Rencana awal merupakan rencana yang dibuat saat pasien pertama kali berkunjung ke rumah sakit atau pasien akan dirawat inap. Fungsi rencana awal adalah sebagai penentu pengelolaan pasien atau rencana pemecahan masalah yang ada pada pasien selama menjalani perawatan di rumah sakit, baik rawat jalan maupun rawat inap.

- 1) Diagnostik : rencana untuk mengumpulkan informasi lebih lanjut mengenai diagnostik dan manajemen
- 2) Terapeutik : rencana untuk pengobatan/terapi
- 3) Pendidikan pada pasien: rencana menginformasikan pada pasien tentang tindakan/ terapi yang diberikan.

Sedangkan rencana lanjutan merupakan rencana yang dibuat pada waktu membuat catatan kemajuan. Rencana lanjutan ini juga dapat direncanakan pada waktu membuat rencana awal. Rencana lanjutan meliputi rencana pemeriksaan, rencana pengobatan dan tindakan bidan, serta rencana penyuluhan atau pendidikan pasien.

d. Catatan perkembangan (*progres notes*)

Catatan perkembangan pasien merupakan bagian utama POR. Dalam catatan kemajuan pasien termuat deskripsi tentang aktivitas pelayanan pasien oleh tetangga bidan dan catatan perkembangan merupakan *follow-up* untuk semua masalah. Catatan ini meliputi segala sesuatu yang terjadi pada pasien, segala

rencana asuhan lanjutan bagi pasien, dan respons pasien terhadap terapi.

Catatan perkembangan ditulis dari masing-masing masalah yang ditemukan terhadap kemajuan atau perkembangan pasien. Catatan perkembangan dapat menggunakan cara penulisan seperti SOAP (Subjektif, Objektif, Analisis, Perencanaan, dan Evaluasi), dan lain sebagainya.

Cara penulisan catatan perkembangan dalam POR meliputi SOAP, yaitu :

- S = Subjektif, informasi yang ditulis dalam bahasa pasien (Gejala yang ada pada pasien)
- O = Objektif, hasil pengamatan dan pemeriksaan oleh bidan
- A = Analisis, yakni catatan perkembangan (Interprestasi atau kesan dari keadaan saat ini)
- P = Perencanaan, rencana kerja untuk kelanjutan dan pengobatan atau perawatan. (Wildan dan Hidayat, 2011 : 16 – 20).

3. Pendokumentasian pada model POR

Data Dasar Data yang berisi semua informasi yang telah dikaji dari klien ketika pertama kali masuk rumah sakit. Data dasar mencakup pengkajian keperawatan, riwayat penyakit/kesehatan, pemeriksaan fisik, pengkajian ahli gizi dan hasil laboratorium. Data dasar yang telah terkumpul selanjutkannya digunakan sebagai sarana mengidentifikasi masalah klien. Daftar Masalah Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar. Selanjutnya masalah disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah. Daftar masalah ditulis pertama kali oleh tenaga kesehatan yang pertama bertemu dengan klien atau orang yang diberi tanggung jawab. Daftar masalah ini dapat mencakup masalah fisiologi, psikologis, sosiokultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan. Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan

dicantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.. s,sariyani ,M.D ,(2019)

Daftar Awal Rencana Asuhan Rencana asuhan ditulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksinya, sedang perawat menulis instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan. Perencanaan Awal Diagnostik-dokter Dalam diagnosis dokter, dokter mengidentifikasikan apa pengkajian diagnostik yang perlu dilakukan terlebih dahulu. Juga menetapkan prioritas untuk mencegah duplikasi tindakan dan memindah pemenuhan kebutuhan klien. Koordinasi pemeriksaan untuk menegaskan diagnostik sangat penting. Azwar dan saifudin (2016)

Dibawah ini merupakan jenis-jenis catatan yang dapat digunakan dalam model keperawatan POR (progress-oriented-record) yaitu: Budiman R. A. (2018)

- a. Pengkajian satu orang atau lebih tenaga keperawatan tentang keadaan klien.
- b. Asuhan keperawatan yang bersifat mandiri.
- c. Asuhan keperawatan yang bersifat pendelegasian.
- d. Evaluasi keberhasilan setiap asuhan keperawatan.
- e. Tindakan yang dilakukan Dokter, yang mempengaruhi asuhan keperawatan.
- f. Kunjungan berbagai anggota tim kesehatan.

Hal-hal yang diperlukan pada pencatatan pemulangan klien adalah:

- a. Uraian mengenai intervensi kebidanan yang akan diberikan kepada klien.
- b. Uraian informasi yang telah disampaikan kepada klien.
- c. Uraian mengenai keadaan klien.
- d. Penjelasan tentang keterlibatan keluarga dalam asuhan kebidanan.
- e. Uraian mengenai sumber daya yang diperlukan dirumah.
- f. Informasi untuk klien, mencakup:
- g. Penggunaan bahasa yang jelas dan mudah dipahami.

- h. Penjelasan prosedur tertentu sesuai dengan yang dibutuhkan klien.

Hal-hal yang diperlukan pada pencatatan pemulangan klien adalah: Informasi untuk profesi kesehatan yang akan melanjutkan perawatan klien selanjutnya, mencakup: Koppenhaver, S,cook,C. (2018)

- a. Uraian mengenai intervensi keperawatan yang akan diberikan kepada klien.
- b. Uraian informasi yang telah disampaikan kepada klien.
- c. Uraian mengenai keadaan klien.
- d. Penjelasan tentang keterlibatan keluarga dalam asuhan keperawatan.
- e. Uraian mengenai sumber daya yang diperlukan di rumah.

Informasi untuk klien, mencakup:

- a. Penggunaan bahasa yang jelas dan mudah dipahami.
- b. Penjelasan prosedur tertentu sesuai dengan yang dibutuhkan klien.
- c. Identifikasi tindakan pencegahan yang perlu diikuti atau dilaksanakan klien ketika melakukan asuhan keperawatan mandiri.
- d. Pemeriksaan tanda dan gejala komplikasi yang perlu dilaporkan klien jika dialami klien nantinya.
- e. Pemberian daftar nama dan nomor telepon tenaga kesehatan yang bisa dihubungi klien.

4. Contoh Pendokumentasian POR

Dalam pendokumentasian dapat ditulis sebagaimana contoh berikut ini

Tanggal	Waktu	Catatan Perkembangan
17 / 09 / 2007	14.00	S : O : A : P :

Berikut ini contoh format model dokumentasi dengan menggunakan *Problem Oriented Record (POR)* : (Wildan dan Hidayat, 2010 : 20)

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data subjektif : Data objektif :			

5. Keuntungan dan Kerugian Model Dokumentasi POR (Problem-Oriented-Record)

- a. Keuntungan model dokumentasi POR (problem-oriented-record) adalah: (Wildan dan Hidayat, 2010 : 20)
 - 1) Fokus catatan asuhan keperawatan lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaiannya dan proses penyelesaian masalah.
 - 2) Pendokumentasian asuhan keperawatan dilakukan secara kontinu.
 - 3) Evaluasi dan penyelesaian masalah didokumentasikan dengan jelas.
 - 4) Daftar masalah merupakan check list untuk masalah klien.
- b. Kerugian model dokumentasi POR (problem-oriented-record) adalah:
 - 1) Dapat menimbulkan kebingungan jika setiap hal harus dimasukkan dalam daftar masalah.
 - 2) Pencatatan dengan menggunakan bentuk SOAPIER, dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu.
 - 3) Model dokumentasi POR (progress-oriented-record)

- 4) Model dokumentasi POR (progress-oriented-record) merupakan model dokumentasi yang berorientasi pada perkembangan dan kemajuan klien.

C. Pengertian Charting By Exception (CBE)

Adalah sistem dokumentasi yang dicatat secara naratif dari hasil penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar. (Yusari asih, 2017) CBE mengintegrasikan 3 komponen kunci yaitu : 1. Flowsheet yang berupa kesimpulan penemuan yang penting dan menjabarkan indikator dokter/perawat, grafik, catatan pendidikan dan pencatatan pemulangan klien. 2. Dokumentasi dilakukan berdasarkan referensi standar praktik, sehingga mengurangi pencatatan tentang hal rutin secara berulang kali. 3. Formulir dokumentasi yang diletakkan di tempat tidur pasien. Pada pendokumentasian model cbe, Rekam medis pasien diletakkan di dekat tempat tidur pasien . Tujuannya adalah untuk memudahkan bagi dokter dan tenaga medis untuk mengakses rekam medis. (Buku Ajar Kemenkes RI) Pendokumentasian dengan model CBE selain memiliki komponen kunci juga memiliki beberapa elemen. Lembar alur sering digunakan dalam kebidanan umumnya untuk mendokumentasikan

- a. Pengkajian fisik, dapat berupa lembar instruksi dokter, catatan grafik, catatan penyuluhan, catatan pemulangan yang semuanya dalam satu lembar.
- b. Dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik Hal ini bertujuan untuk mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian yang sesuai dengan lingkup praktik bidan.
- c. Mengetahui dan instruksi incidental Pedomann ini untuk memperjelas intervensi bidan yang berkaitan dengan perjalanan klinis sehingga memudahkan kesalahan dalam pendokumentasian.
- d. Data dasar Kebidanan Berupa bagaian dalam bentuk catatan dan pengkajisa fisik berisi riwayat kesehatan

- e. Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis Menggunakan rencana kebidanan yang bersifat individu untuk setiap pasien, dan spesifik yang mencakup faktor yang berhubungan dengan risiko, karakter penjas, data pengkajian yang mendukung munculnya diagnosis kebidanan.
- f. Catatan Perkembangan Penggunaan SOAP dalam CBE sangat terbatas pada situasi : a. Ketika diagnosis kebidanan diidentifikasi, diingatkan kembali, dinonaktifkan, atau diselesaikan b. Ketika hasil yang diharapkan dievaluasi c. Ketika ringkasan pemulangan dituliskan d. Ketika revisi besar terhadap rencana dituliskan.

1. Contoh dan Prosedur Kerja Pendokumentasian

CBE Dalam Model CBE ada format pendokumentasian sebagai berikut :

- a. Data dasar. Data dasar ini meliputi data subyektif dan data obyektif. Data subyektif yaitu dari anamnesa klien 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 kaki (head to toe), pemeriksaan laborat, usg dll.
- 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 berisi tentang hal hal yang sudah diinformasikan/dididikkan pada klien/kpasien dan keluarga. Contohnya catatan tentang penyuluhan kesehatan.
- e. Catatan pasien pulang yaitu catatan yang berisi tentang informasi kepulangan klien. Contoh : waktu diperbolehkannya pasien meninggalkan rumah sakit, hal hal yang harus dihindari oleh pasien termasuk tindakan maupun makanan.

- f. Format catatan asuhan kebidanan (menggunakan format SOAP), yaitu berisi tentang hasil pengkajian (data subyektif dan obyektif, analisa data, penatalaksanaan dan evaluasi).
- g. Daftar diagnosa yaitu daftar dari hasil kesimpulan kondisi klien berdasarkan dari atas subyektif dan data obyektif.
- h. Diagnosa dengan standar kebidanan yaitu kesimpulan kondisi klien berdasarkan dari data subyektif dan data obyektif dan yang memenuhi syarat nomenklatur kebidanan.
- i. Profil asuhan kebidanan yaitu gambaran dari asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada pasien.

CBE adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat naratif hasil dan penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar. Keuntungan CBE yaitu mengurangi penggunaan waktu untuk mencatat sehingga lebih banyak waktu untuk asuhan langsung pada klien, lebih menekankan pada data yang penting saja, mudah untuk mencari data yang penting, pencatatan langsung ketika memberikan asuhan, pengkajian yang terstandar, meningkatkan komunikasi antara tenaga kesehatan, lebih mudah melacak respons klien dan lebih murah.

CBE menintegrasikan 3 komponen penting, yaitu:

- a. Lembar alur (*flow sheet*)
- b. Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik
- c. Formulir diletakkan di tempat tidur klien sehingga dapat segera digunakan untuk pencatatan dan tidak perlu memindahkan 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, 2017).

- 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 menjelaskan intervensi bidan yang berkaitan dengan perjalanan klinis sehingga memudahkan dan mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian
- e. Data dasar kebidanan
Berupa bagian dalam bentuk catatan yang berisi riwayat kesehatan dan pengkajian fisik.
- f. Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis
Menggunakan rencana kebidanan yang bersifat individu untuk setiap pasien. Fokus pada diagnosis keperawatan yang spesifik mencakup faktor yang berhubungan dengan risiko, karakteristik penjas, data pengkajian yang mendukung munculnya diagnosis kebidanan.
- g. 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)

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 diletakkan 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)

a. Keuntungan CBE

Keuntungan dari model dokumentasi CBE menurut Sidoarjo, 20 Oktober 2020 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.
- 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)

Menurut wildan dan Hidayat (2017), 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.
- f. SOAPIER digunakan sebagai catatan respon klien terhadap intervensi melalui tempat tinggal klien

- g. Kartu KARDEKS dan rencana tindakan dikembangkan setiap klien

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

- i. 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:

- a. Jelaskan pada klien tentang kondisi kehamilannya.
- b. Anjurkan ibu untuk bedrest.
- c. 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 88x/m,suhu 37 derajat celcius, DJJ 120 x/m.

D. Model Dokumentasi Kardek

1. Pengertian Model Dokumentasi Kardek

Model kardeks merupakan model dokumentasi tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam satu buku.Catatan atau informasi yang didapatkan pada kardeks dianatarnya data pasien yang meliputi nama, alamat,status perkawinan, tanggal lahir, status sosial, agama, dan kepercayaan; diagnosa kebidanan serta prioritas masalah; dan data pengobatan yang sedang dilakukan meliputi perawatan,

pengobatan, diet, terapi, intravena, konsultasi, dan data tes diagnostik jadwal lengkap dengan hasil serta kegiatan-kegiatan yang diperoleh kan untuk dilakukan (kegiatan sehari-hari). dalam penerapannya kardeks juga memiliki beberapa memasukkan data yang diperlukan, tidak selalu diperbaharui, dan telah dibaca bidan sebelum mereka memberikan pelayanan atau asuhan kebidanan.

Model kardeks merupakan model dokumentasi secara tradisional yang dipergunakan dari berbagai sumber informasi pasien yang disusun dalam satu buku.(Aning subiyatin, 2017).

Contoh dokumentasi kardeks seperti : kartu ibu, kartu anak, kartu KB dan lain sebagainya.

1. Kartu Sehat



2. Kartu KB



3. Kartu Anak



2. Tujuan Kardeks

- a. Menjelaskan model dokumentasi kardeks
- b. Bukti pelayanan yang bermutu
- c. Informasi untuk perlindungan tim kesehatan
- d. Mendokumentasikan tanggung jawab profesional dan memelihara kerahasiaan.

3. Manfaat Pendokumentasian

- a. Model dokumentasian kardeks sebagai dokumen yang sah secara tradisional.
- b. Model dokumenisasi kardeks sebagai sarana komunikasi antara tenaga kesehatan.
- c. Sebagai dokumen yang berharga untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi pasien
- d. Sebagai sumber data yang penting untuk penelitian dan pendidikan.
- e. Sebagai suatu sarana bagi bidan dalam peranannya sebagai pembela (advocate) pasien.

2. Komponen Model Dokumentasi Kardek

- a. Data Pasien.
Data pasien pada kardek meliputi:
 - 1) Nama, alamat, status perkawinan.
 - 2) Tanggal lahir.
 - 3) Social security sumber.
 - 4) Agama dan kepercayaan.
- b. Diagnosa Kebidanan, berupa daftar prioritas masalah.
- c. Pengobatan sekarang atau yang sedang dilakukan. Data ini meliputi:
 - 1) Perawatan dan pengobatan.
 - 2) Diet.
 - 3) Intravenous therapy.
 - 4) Konsultasi.
- d. Test Diagnostik. Data yang ada di test diagnostik meliputi:
 - 1) Tanggal / Jadwal.
 - 2) Lengkap dengan hasilnya.
- e. Kegiatan-Kegiatan yang Diperbolehkan, Berupa Kegiatan Sehari-Hari.

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

- 1) Membahas tentang masalah kebutuhan klien.
- 2) Melakukan ronde setelah identifikasi atau peninjauan masalah klien.
- 3) Setelah diskusi dengan anggota tim kesehatan lain yang bertanggung jawab terhadap klien.
- 4) Setelah berinteraksi dengan klien dan keluarganya.

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

3. Keuntungan Dan Kelemahan Model Dokumentasi Kardek

a. Keuntungan Kardek

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

b. Kelemahan kardek

Kelemahan dari sistem kardeks yaitu informasi dalam kardeks hanya terbatas untuk tim kebidanan saja (diisi tidak lengkap), tidak cukup tempat untuk menulis rencana kebidanan bagi klien dalam memasukkan data yang diperlukan dengan banyak masalah, tidak dibaca

oleh bidan sebelum mereka memberikan pelayanan atau asuhan dan tidak up to date.

Informasi yang terdapat dalam kardeks :

- 1) Data pasien
- 2) Diagnosa kebidanan
- 3) Pengobatan sekarang/ yang sedang dilakukan

Manfaat dokumentasi:

- 1) Sebagai dokumentasi yang sah
- 2) Sebagai sarana komunikasi
- 3) Sebagai dokumen yang sah
- 4) Sebagai dokumen yang berharga untuk mengikuti perkembangan dan evaluasi pasien.

Sebagai sumber data yang penting untuk penelitian dan pendidikan. Sebagai suatu sarana bagi bidan dalam peranannya sebagai pembela (advocate).

BAB 5

SISTEM KOMPUTERISASI DAN CPR

A. Sistem Komputerisasi

1. Pengertian

Secara umum pengertian komputerisasi adalah suatu kegiatan atau usaha untuk mengerjakan sesuatu pekerjaan yang biasanya dapat dikerjakan secara manual kemudian diubah dengan menggunakan perangkat atau alat bantu yang dinamakan komputer. **(Budi Sutedjo Dharma Oetomo, S. Kom, MM. 2002)**

Komputer sendiri adalah sebuah perangkat yang digunakan untuk mengola data menurut prosedur yang sudah diprogram dan dirumuskans sebelumnya. Komputer pada awalnya digunakan untuk menggambarkan orang yang sedang melakukan pekerjaannya seperti melakukan perhitungan aritmatika. Komputer sendiri pada awalnya diartikan sebagai alat bantu namun kemudian dipindahkan kepada mesin itu sendiri.

Komputerisasi adalah kegiatan pengelolaan data yang dilakukan sebagian besarnya menggunakan komputer sebagai alat bantu. **(Teguh Wahyono (2004:49)**

Komputerisasi adalah satu metode pengolahan data dengan komputer sebagai alat utama. **(Mohammad Faisal Amir (2006: 10)** Komputerisasi adalah suatu sistem elektronika yang bekerja secara otomatis untuk mengolah data secara cepat, tepat, dan akurat serta dapat menerima, menyimpan data, dan menghasilkan suatu informasi

berdasarkan instruksi atau program yang telah diberikan. (Nana Mulyana (2004: 5) Sistem dokumentasi dengan menggunakan komputer makin luas digunakan di rumah sakit dan instruksi pelayanan kesehatan terutama di negara yang telah berkembang.

Teknik pendokumentasian dengan komputerisasi adalah system computer yang berperan dalam menyimpulkan, menyimpan proses, memberikan informasi yang diperlukan dalam kegiatan pelayanan kebidanan, penelitian dan pendidikan. Secara umum dokumentasi dengan system komputerisasi mempunyai beberapa keuntungan, antara lain: meningkatkan pelayanan pada pasien, meningkatkan pengembangan protocol, meningkatkan penatalaksanaan data dan komunikasi dan meningkatkan proses edukasi dan konseling pada pasien.

2. Keuntungan

Keuntungan penggunaan dokumentasi dengan model komputerisasi ini meliputi:

- a. Meningkatkan pelayanan pada pasien, karena dengan pencatatan komputerisasi maka data pasien bisa lebih mudah diakses oleh tenaga kesehatan sehingga pasien tidak perlu menunggu terlalu lama, dibanding jika menggunakan pencatatan secara manual yang pengaksesan terhadap data pasien akan memakan waktu yang lebih lama.
- b. Meningkatkan pengembangan pada protokol, yaitu bahwa diaplikasikanya teknologi pada pendokumentasian sehingga prosedur pendokumentasian dilakukan dengan lebih modern dibanding jika menggunakan manual.
- c. Meningkatkan penatalaksanaan data dan komunikasi, yaitu bahwa data disimpan dengan teknologi modern sehingga lebih awet dan jika diperlukan untuk dikomunikasikan ke pasien dan keluarga, maka data tersebut telah siap di akses/dikomunikasikan.

- d. Meningkatkan proses edukasi dan konseling pada pasien, yaitu bahwa edukasi dan konseling bisa dilakukan dengan media dari data yang telah tersimpan di komputer.
- e. Akurasi lebih tinggi, yaitu bahwa keabsahan/kevalidan keberadaan data lebih terjamin karena kemungkinan tertukar dengan data pasien lain sangat kecil jika pada saat entry data sudah benar.
- f. Menghemat biaya, karena menghemat penggunaan kertas yang banyak, juga akan sangat menghemat tempat penyimpanan data
- g. Meningkatkan kepuasan pasien, karena data lebih cepat diakses sehingga pasien tidak terlalu lama menunggu untuk bisa mendapatkan data kesehatannya.
- h. Memperbaiki komunikasi antar bagian/anggota tim kesehatan, yaitu memperkecil komunikasi secara lisan dimana komunikasi secara lisan memiliki kerugian, salah satunya adanya faktor lupa dan kurang efektif.
- i. Menambahkan kesempatan untuk belajar, yaitu bisa dipakai sebagai media pembelajaran bagi tenaga kesehatan dan mahasiswa praktik.
- j. Untuk kepentingan penelitian, yaitu bisa dipakai sebagai data penelitian di bidang kebidanan/kesehatan.
- k. Kemungkinan salah atau kelupaan lebih sedikit dengan kata lain ketepatan pencatatan lebih tinggi karena secara otomatis komputer memanggil semua data yang ada bila ada hal yang tidak sesuai .
- l. Hemat waktu dan biaya(bila sistem itu berjalan).
- m. Pelayanan bisa lebih cepat karena pesanan bisa disampaikan lewat komputer dan komunikasi antar unit bisa melalui komputer
- n. Meningkatkan efisien
- o. Meningkatkan moral kinerja petugas yaitu dengan meminimalkan terjadinya risiko mal praktek akibat dari kesalahan data/tertukarnya data antara satu pasien dengan pasien lainnya.

3. Kekurangan

Kelemahan model dokumentasi dengan sistem komputerisasi meliputi:

- a. Malfunction, yaitu tidak berfungsinya komputer sebagai alat karena kerusakan alat atau kurang bagus nya jaringan. Contohnya yaitu jika mati lampu/listrik.
 - b. Impersonal effect, yaitu kurang terciptanya dampak kepada orang lain karena data pasien semua telah tersedia hanya di dalam satu alat komputer. Contoh: membatasi interaksi tenaga kesehatan dengan team nya.
 - c. Privacy, yaitu sangat menjaga kerahasiaan
 - d. Informasi tidak akurat, hal ini jika saat memasukkan data tidak cermat maka informasi yang disimpan di komputer tentu saja tidak akurat.
 - e. Kosa kata terbatas, karena hanya menampilkan data-data saja secara tertulis jadi jika ada kebingungan, tidak ada informasi penjelasan lebih lanjut.
 - f. Penyimpanan bahan cetakan dan biaya yang harus disediakan cukup besar untuk pengadaan beberapa unit komputer.
 - g. Modal awal sangat tinggi dan menuntut keahlian khusus untuk meningkatkan programnya dan perangkat komputer yang dibutuhkan
 - h. Ketergantungan kepada alat atau teknologi tinggi
- (Sih Rini Handayani, M.Mid) (Yosef dulle. April 09 2019).

Hal-hal yang harus diperhatikan dalam penyediaan system komputerisasi ini, antara lain:

- 1) Perencanaan perlunya system computer
- 2) Pemilihan produk
- 3) Pelatihan petugas pengguna
- 4) Pemakaian system computer
- 5) Keamanan data
- 6) Ldata (perlunya tanda tangan dokter)
- 7) Kebutuhan perangkat dan evaluasi keuntungan sitem computer bagi pengguna
- 8) Klien dan administrasi

(Eva Guard Heart)

Cara Mencari Identitas Pasien Secara Komputerisasi

Cara mencari identitas pasien secara cepat melalui mocrrosoft excel (manual database)

- 1) Masuk kedalam dokumen yang berisis identitas pasien di dalam microsoft excel.
- 2) Tekan tombol CTRL + F
- 3) Klik find, kemudian ketik nama pasien yang dimaksud.
- 4) Klik find next
- 5) Maka akan muncul identitas pasien yang dimaksud.

Cara Mencari Identitas Pasien Secara Cepat Melalui Sistem Online (Google Drive).

Untuk memudahkan tenaga kesehatan dalam mencari identitas pesien, kini telah ada google drive yaitu pencarian secara online. Akan tetapi sebelum menggunakan google drive, tenaga kesehatan harus terlebih dahulu mengunduh data yang mereka punya ke google drive. Adapun caranya yaitu sebagai berikut:

- 1) Membuat email google
- 2) Masuk ke google drive
- 3) Pilih aplikasi yang di inginkan (microsoft excel, microsoft word, microsoft power point, dsb)
- 4) Setelah memilih aplikasi yang diinginkan (microsoft excel), maka copy dokumen yang ada pada gadegt anda ke google drive dengan cara CTRL + A, kemudian CTRL + C dan yang terakhir CTRL + V
- 5) Jika dokumen yang kita maksud sudah masuk di google drive maka kita dapat menggunakan cara yang sama dengan cara membuka dokumen pada microsoft excel biasa (manual).

Cara Memperbarui Identitas Pasien Secara Cepat

- 1) Masuk ke dalam dokumen yang berisi identitas pasien didalam microsoft excel
- 2) Tekan tombol CTRL + F
- 3) Klik Replace, kemudian perbaharui identitas pasien yang maksud.

- 4) Klik find what, ketikan identitas lama pasien
- 5) Klik replace with, ketikan identitas pasien yang akan diperbarui
- 6) Klik find next
- 7) Lalu klik replace

Implementasi Sistem Komputerisasi

Sabo (1997, cit. Lye and champ, 2005) menyatakan bahwa perlunya bimbingan untuk mengimplementasikan sistem kepada seluruh anggota tim multidisipliner meliputi perwakilan dari semua unit disiplin ilmu. Diperlukan dukungan managerial untuk menunjang keberhasilan implementasi sistem. Saat ini pengendalian dan kependidikan komputer telah dimulai sejak masa kanak-kanak sehingga bidan/perawat masa depan akan mempunyai pengetahuan dalam mengoperasikan komputer dengan lebih baik.

Langkah paling awal dalam mengimplementasikan komputer adalah memastikan tingkat kenyamanan dan pengetahuan komputer sudah dimiliki oleh orang yang bertanggungjawab mengajarkan dan menyelesaikan masalah sistem komputerisasi dalam unit. Banyak produsen software memberikan program pendidikan untuk membantu institusi menggunakan software, pelatihan tambahan diperlukan bila software akan diperbarui.

B. CPR (Computer Based Patient Record)

1. Pengertian

Muslihatun, Mufdlilah, Setiyawati (2009) menyatakan bahwa model dokumentasi sistem komputerisasi adalah sistem komputer yang berperan dalam menyimpulkan, menyimpan proses, memberikan informasi yang diperlukan dalam kegiatan pelayanan kebidanan, penelitian, dan pendidikan. Sedangkan menurut **Wildan dan Hidayat (2009)**, menjelaskan bahwa model computer based patient record (CPR) atau yang dalam istilah bahasa Indonesia disebut sistem komputerisasi adalah suatu model

pendokumentasian yang menggunakan sistem komputer dalam mencatat dan menyimpan data kebidanan. Model ini berupa segala bentuk catatan/ dokumentasi terprogram secara jelas sehingga memudahkan dalam proses penegakan diagnosis dan mengurangi kegiatan pencatatan secara tradisional. Beberapa pertimbangan dalam penggunaan CPR ini adalah karena jumlah data yang dikumpulkan tentang kesehatan seseorang sangatlah banyak dan metode ini merupakan penghantaran informasi yang lebih efisien dan efektif. Dalam aplikasinya, terdapat beberapa keuntungan dan kelemahan CPR.

2. Prasyarat diberlakukannya CPR

Sedikitnya terdapat 5 kunci utama prasyarat CPR, termasuk hal-hal berikut ini yang diperlukan untuk menunjang CPR (**Andrew, Dick, 1995 cit. Lyer and Champ, 2005**):

- a. Kamus data klinis. Diperlukan kamus data klinis yang substansial dan fleksibel, yang akan mendefinisikan semua unsur data untuk informasi klinis yang akan disimpan.
- b. Tempat penyimpana data klinis. Harus terdapat tempat penyimpanan data klinis yang arsitekturnya dirancang dengan baik, guna memenuhi semua kebutuhan semua anggota tim pemberi perawatan kesehatan. Permintaan informasi media mengenai pasien tertentu harus dipenuhi dalam beberapa detik.
- c. Kemampuan input yang fleksibel. Harus tersedia perlengkapan yang tepat (seperti mouse, keyboard, pengenalan suara, touch screen, pen light)
- d. Presentasi data yang ergonomis. Presentasi data harus sesuai dengan kebutuhan individu. Misalnya, seorang perawat ingin melihat terlebih dahulu semua catatan perawat, sedangkan seorang ahli bedah ingin melihat tanda-tanda vital sebelum mengkaji data yang lain.
- e. Dukungan sistem otomatis. Sistem harus mengantisipasi dan mendukung proses klinis serta berpikir melalui

sistem pendukung. Hal ini harus mencakup akses kesistem ahli, data dasar pengetahuan, literatur medis, umpan balik hasil, dan masukan kualitas/biaya semua yang akan digunakan dalam pembuatan keputusan klinik.

3. Penggunaan cpr di dorong oleh beberapa faktor:
 - a. Jumlah data mengenai kondisi kesehatan pasien sangat banyak, harus dikumpulkan, disimpan dan di organisasi dengan sistem yang lebih efisiensi daripada sistem yang berbasis kertas
 - b. Pencatatan informasi secara elektronik dibuat sedemikian rupa dan tidak dapat dilakukan oleh pencatatan yang berbasis kertas.
 - c. Penggunaan cpr dapat berkembang menjadi metode penyimpanan informasi yang lebih efisien dari satu pemberian asuhan Kesehatan ke Pemberian asuhan kesehatan lainnya
 - d. Penghematan biaya dan reformasi pelayanan kesehatan mengharuskan dilakukan efisiensi manajemen asuhan kesehatan termasuk asuhan kebidanan
(<http://bppsdmk.kemkes>)
4. Terdapat 5 kunci utama prasarat CPR (**Andre , Dick.1995**)
 - a. Kamus data klinis yang substansial dan fleksibel, yang akan mendefinisikan semua unsur data untuk informasi klinis yang akan disimpan
 - b. Tempat penyimpanan data klinis . Harus terdapat tempat penyimpanan data klinis yang arsitekturnya di rancang dengan baik.
 - c. Kemampuan input yang fleksibel. Harus tersedia perlengkapan yang tepat.
 - d. Presentasi data yang ergonomis. Presentasi data harus sesuai dengan kebutuhan individu
 - e. Dukungan sistem otomatis. Sistem harus mengantisipasi dan mendukung proses klinis serta berfikir melalui sistem pendukung.

5. Keuntungan penggunaan cpr
 - a. Data mudah dibaca
 - b. Ketepatan pencatatan tinggi
 - c. Meningkatkan komunikasi antar tim kesehatan
 - d. Hemat waktu dan biaya
 - e. Pelayanan pasien lebih cepat
 - f. Catata selalu siapa sedia
 - g. Mengurangi kerusakan catatan
 - h. Mengurangi dokumentasi yang berlebihan
 - i. Laporan tercetak secara otomatis
 - j. Dokumentasi sesuai standar kebidanan
 - k. Mempermudah penetapan biaya
6. Kerugian penggunaan cpr
 - a. Kurang terjamin kerahasiaan pasien
 - b. Diperlukan modal besar
 - c. Tergantung pada teknologi
 - d. Tidak semua institusi dan petugas siapa komputerisasi
 - e. Biaya tinggi
 - f. Keterbatasan dalam format pencatatan
 - g. Kesulitan melepaskan lembar kerja

BAB

6

MODEL DOKUMENTASI PIE

A. Model Dokumentasi PIE

1. Dokumentasi adalah bukti yang berisi satu set dokumen resmi. Ia bisa berupa data, gambar, foto, video, suara, atau informasi lainnya. Dokumentasi bisa menjadi bahan yang memberikan informasi atau bukti resmi atau yang berfungsi sebagai catatan. (Anugerah Ayu Sendari, 26 Jan 2022)
2. 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. (Sih Rini handayani.M. mid. 2017)
3. Model Dokumentasi PIE (Problem-Intervention-Evaluation)
Model dokumentasi PIE (problem-intervention-evaluation) merupakan suatu pendekatan orientasi proses pada dokumentasi keperawatan dengan penekanan pada masalah keperawatan, intervensi dan evaluasi keperawatan. (Hj. Eriyani, S.Kep, ners, M. Kep April 2020).

Lembar PIE tidak memasukkan pengkajian di dalamnya tetapi kegiatan ini di tris dalam lembar yang terpisah (we sheet), Ini mencegah duplikan tindakan atau informami. Masalah khen pada catatan PIE dapat di beri nomor

1. P (Masalah)
Masalah yang dihadapi klien dan ditulis dalam bentuk diagnosis keperawatan
2. I (Intervensi)
Tindakan keperawatan yang harus dilaksanakan untuk mengatasi masalah
3. E (Evaluasi)
Evaluasi tindakan keperawatan yang diberikan.

Contoh pencatatan PIE adalah sebagai berikut ini.

P=Diagnosis Keperawatan=cams berhubungan dengan kurang pengetahuan mengenai prosedur operasi.

I= Jelaskan pada klien tentang persiapan pra operasi yang akan dilakukan. Ajarkan pada klien mengenai teknik nafas dalam. Berikan latar panduan tentang asuhan keperawatan pasca operasi kepada klien.

E=klien mampu mendemonstrasikan latihan peralatan dengan benar.

B. Karakteristik Model Dokumentasi Keperawatan "PIE"

1. Dimulai dari pengkajian ketika pertama kali klien masuk ke rumah sakit, diikuti dengan pelaksanaan pengkajian sistem tubuh pada setiap pergantian dinas.
2. Data masalah dipergunakan untuk asuhan keperawatan dalam waktu yang lama dan juga masalah yang kronis.
3. Intervensi yang dilaksanakan dan rutin, di dokumentasikan dalam flow sheet.
4. Catatan perkembangan digunakan untuk intervensi yang spesifik .
5. Masalah yang ditemukan pada klien, dibuat dengan simbol "P (Problem)".
6. Intervensi terhadap penyelesaian masalah, biasanya dibuat dengan simbol "I (intervention)"
7. Keadaan klien sebagai pengaruh dari intervensi, dibuat dengan simbol "E (Evaluation)"
8. Setiap masalah yang diidentifikasi harus dievaluasi minimal 8 jam(Agni shafarina.2018)

C. Keuntungan Dan Kerugian Model Dokumentasi Keperawatan "PIE"

1. Keuntungan
 - a. Memungkinkan dalam penggunaan proses keperawatan
 - b. Intervensi dan catatan perkembangan dapat dihubungkan.
 - c. Memungkinkan dalam pemberian asuhan keperawatan yang kontinu.
 - d. Perkembangan klien selama dirawat dapat digambarkan.
 - e. Pendokumentasian yang otomatis dapat diadaptasikan.
2. Kerugian
 - a. Tidak dapat dipergunakan untuk pendokumentasian semua disiplin ilmu.
 - b. Pembatasan rencana tindakan yang tidak aplikatif untuk beberapa situasi keperawatan. (Andi Fadillah, 2019).

D. Penggunaan

1. Format PIE tepat digurokan untuk sistern pemberian wuhan keperawatan Primer.
2. Pada Led Ka yang akit, prout primer dapat melaksanakan dan mencatat pengkujizu waktu klien masuk dan pengkajian sistem tubuls dam liberi tanda PI setiap hari.
3. Selah itu perawat associate (PA) akan melaluunakan tindakan sesitai yang telah direncanakan
4. Karena PIE didasarkan pada proses kaperawatan akan membuta mufaulasi perbedaan antar pembelajaran dikelas sfon keadaan nyatu pada tatation praktik pendokumentusian yang sesungguhnya (Evhi Karmila Herman, 2017) Model Dokumentasi PIE.

BAB 7

RANCANGAN SOAPIE

A. Pengertian Dokumentasi

Dalam bukunya Widan Dan Hidayat dalam buku ajar dokumentasi kebidanan (2018) 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, dan Sudarti dalam buku ajar dokumentasi kebidanan (2019), menjelaskan bahwa dokumentasi berasal dari kata dokumen yang berarti bahan pustaka, baik yang berbentuk tulisan maupun rekaman lainnya seperti dengan pita suara/*cassete*, vidio, film, gambar, dan foto.

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan Klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap 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, mudillah, setyawati, dalam buku ajar dokumentasi kebidanan 20018).

Menurut Fischbach dalam buku ajar dokumentasi kebidanan (2019) 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 penyebaran informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian.

Catatan pasien merupakan suatu dokumentasi yang legal, yang mencatat status pasien pada saat masa lampau, sekarang, dalam bentuk tulisan, yang menggambarkan catatan kebidanan yang diberikan. Umumnya catatan pasien berisi informasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa kebidanan dan kebutuhan pasien, respons pasien terhadap asuhan kebidanan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan serta rencana untuk intervensi lebih lanjut. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu komunikasi antara bidan maupun disiplin ilmu lain dalam rencana pengobatan.

Manajemen kebidanan merupakan atau bentuk pendekatan yang di gunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, dimana bidan harus membuat suatu catatan perkembangan dari kondisi pasien untuk dapat memecahkan masalah. Catatan perkembangan terkadang dalam bentuk kertas polos tanpa kolom yang kemudian lebih dikenal dengan metode SOAP (IER) sebagai panduan untuk menampilkan informasi tentang pasien atau juga disebut sebagai SOAP notes yang kemudian di indikasikan secara individual menjadi metode SOAPIE, SOAPIER, SOAPIED.

Dalam kebidanan, ada beberapa teknik atau metode pendokumentasian yaitu :

1. SOAPIER (Subjektif, Objektif, Assesment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Reassessment).
2. SOAPIE (Subjektif, Objektif, Assesment, Planing, Implementasi, Evaluas).
3. SOAPIED (Subjektif, Objektif, Assesment, Planing, Implementasi, Evaluasi, Documentation).
4. SOAP (Subjektif, Objektif, Assesment, Planing).

B. Metode Dokumentasai/Rancangan SOAPIE

Didalam metode SOAPIE, S adalah data subjektef, O adalah data objektif, A adalah assesment, P adalah planning, I adalah implementation dan E adalah evalation (Setiyawati, 2011).

1. Data Subjektif (S)

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspersi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa (data subyektif). Pada orang yang bisa di bagian datadi belakang S diberi tanda "Nol" atau "X", sedangkan pada bayi atau anak kecil data subyektif ini dapat diperoleh dari orang tua. Data subyektif ini dapat digunakan untuk menguatkan diagnosa yang akan dibuat. Catatan ini menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah I Varney.

2. Data Objektif (O)

Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologi, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil laboratorium, sinar X, rekaman CTG, USG, dll) dapat digolongkan kategori ini. Apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen penting dari diagnosa yang akan ditegakkan. Catatan ini menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium dan test diagnostic lainnya yang dirumuskan dalam data

focus untuk mendukung asuhan atau menegaskan diagnosa sebagai langkah I Varney.

3. Assesment (A)

Analisa atau assesmen pengkajian yaitu masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subyektif dan obyektif yang dikumpulkan dan disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subyektif dan obyektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin sesuatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat. Catatan ini menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subyektif dan data obyektif dalam suatu identifikasi:

- a. Diagnosa / masalah
- b. Antisipasi diagnosa/ masalah
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/ kolaborasi rujukan. Sebagai langkah II, III, dan IV Varney.

4. Planning (P)

Plan/ planning/ perencanaan yaitu membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang ini untuk mengusahakan mencapai kondisi pasien sebaik mungkin atau menjaga/ mempertahankan kesehatannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan atau proses persalinannya dan harus mendukung rencana dokter bila itu dalam manajemen kolaborasi atau rujukan. Catatan ini menggambarkan pendokumentasian tindakan (Implementasi) dan evaluasi perencanaan berdasarkan assesment, sebagai langkah V Varney. Perencanaan ini meliputi :

- a. Rencana konsultasi
- b. Rencana tes diagnostic/laboratorium
- c. Rencana rujukan (bila diperlukan)
- d. Rencana pemberian pendidikan kesehatan/konseling
- e. Rencana follow up/tindakan lanjut

5. Intervensi/implementasi (I)

Catatan ini merupakan pelaksanaan rencana tindakan untuk mengatasi masalah, keluhan atau mencapai tujuan pasien (persalinan). Tindakan ini harus disetujui oleh pasien kecuali bila tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Oleh karena itu, pilihan pasien harus sebanyak mungkin menjadi bagian dari proses ini. Apabila kondisi pasien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan. Catatan ini sebagai langkah VI Varney.

6. Evaluasi (E)

Catatan ini merupakan tafsiran/ penilaian dari efek tentang tindakan yang telah diambil yaitu penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisis dari hasil yang dicapai menjadi fokus dari penilaian ketepatan tindakan. Kalau kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga dapat mencapai tujuan. Catatan ini sebagai langkah VII Varney.

C. Contoh Kasus Dokumentasi SOAPIE (WHO)

Ny. A berumur 28 tahun datang ke Puskesmas untuk pemeriksaan hamil tanggal 7 Maret 2007. Hamil ini adalah kehamilan yang kedua dan belum pernah abortus, HPHT : 28 Mei 2006. Ibu mengatakan pusing, lemas, pandangan berkunang-kunang. Dari hasil pemeriksaan ditemukan TD : 100/90 mmHg, S : 36 oC, N : 80 x / mnt, P 20 x / mnt, Hb : 9 gram%, kunjungtiva pucat dan DJJ 144 x / mnt teratur, terdengar diperut ibu sebelah kiri.

1. S = Subjektif

Ny. A umur 28 tahun, periksa hamil tanggal 7 Maret 2007.
Dengan keluhan pusing, lemas, dan pandangan mata berkunang-kunang. Diketahui HPHT: 28 Mei 2006

2. O = Objektif

K/U ibu baik, kesadaran composmentis. Pemeriksaan TTV

TD = 100 / 90 mmHg N = 80 x / mnt

S = 36 °C

P = 20 x / mnt Pemeriksaan fisik Head to toe Pemeriksaan Palpasi

Leopold I = TFU : 30 cm, teraba bagian bulat, lunak, tidak ada lentingan (bokong janin).

Leopold II = Sebelah kanan ibu teraba bagian-bagian kecil janin (eksterminas janin), Sebelah kiri ibu teraba bagian keras, panjang ada tahanan (punggung janin).

Leopold III = Teraba bagian bulat, keras ada lentingan (kepala janin)

Leopold IV = Konvergen 5/5 bagian. Pemeriksaan Auskultasi DJJ: 144 x / mnt PM : terdengar jelas, 2 jam dibawah pusat kiri ibu Pemeriksaan Laboratorium Hb : 9 gram %

3. A = Assessment

G2P1A0 hamil pada 32 minggu umur 28 tahun.

Janin hidup tunggal intra uteri, dengan anemia ringan.

4. P = Planning (perencanaan)

- a. Anjurkan kepada ibu untuk tidak melakukan pekerjaan yang terlalu berat.
- b. Anjurkan kepada ibu untuk makan makanan yang mengandung zat besi dan makan dilakukan lebih sering dalam jumlah lebih sedikit.
- c. Anjurkan kepada ibu untuk tidak melakukan perjalanan jauh.
- d. Anjurkan kepada ibu untuk melakukan konsumsi vitamin setiap hari 1 tablet.
- e. Anjurkan kepada ibu untuk minum obat zat besi dan

asam sulfat.

- f. Anjurkan kepada ibu untuk olah raga ringan dipagi hari sebelum melakukan aktivitas.
- g. Anjurkan kepada ibu untuk periksa laboratorium untuk mengetahui apakah Hb nya sudah naik atau belum.
- h. Anjurkan kepada ibu untuk kontrol ulang 2 minggu lagi.

5. I = Implementasi (pelaksanaan rencana tindakan)

- a. Menganjurkan kepada ibu untuk tidak melakukan pekerjaan yang terlalu berat.
Hasil : Ibu mengerti dan mau mengikuti anjuran yang diberikan
- b. Menganjurkan kepada ibu untuk makan makanan yang mengandung zat besi dan makan dilakukan lebih sering dalam jumlah lebih sedikit.

Hasil : Ibu mengerti anjuran yang diberikan

- a. Menganjurkan kepada ibu untuk tidak melakukan perjalanan jauh. Hasil :Ibu menerima anjuran yang diberikan
- b. Menganjurkan kepada ibu untuk melakukan konsumsi vitamin setiap hari 1 tablet.

Hasil : Ibu mengerti dan mau melaksanakan anjuran yang diberikan

- a. Menganjurkan kepada ibu untuk minum obat zat besi dan asam sulfat. Hasil: Ibu mengerti dan mau melaksanakan anjuran yang diberikan
- b. Menganjurkan kepada ibu untuk olahraga ringan dipagi hari sebelum melakukan aktivitas.

Hasil: Ibu mau melaksanakan anjuran yang diberikan

- a. Menganjurkan kepada ibu untuk perksa laboratorium untuk mengetahui apakah Hbnya sudah naik atau belum

Hasil : Ibu mengerti anjuran yang dijelaskan

- a. Menganjurkan kepada ibu untuk kontrol ulang 2 minggu lagi
Hasil : ibu mau melakukan anjuran yang diberik

6. E = Evaluasi

1. Ibu mengerti hasil pemeriksaan.
2. Ibu bersedia melaksanakan semua anjuran dari bidan.
3. Ibu mau datang dan periksa 2 minggu lagi.
4. Masalah teratasi

BAB 8

RANCANGAN PERENCANAAN DENGAN SOAPIED

A. Rancangan Perencanaan Dengan SOAPIED

Di dalam metode SOAPIED, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning, I adalah implementation, E adalah evaluation, dan D adalah documentation. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAPIED. (Sweet, 2019)

1. Data Subjektif (S)

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. (wildan, 2019).

2. Data Objektif (O)

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. (hidayat, 2020).

3. Analysis (A)

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

Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan. (fauziah, 2018).

4. Planning (P)

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi 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. (samil, 2019).

5. Implementation (I)

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. (muslihatun, 2020).

6. Evaluation (E)

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. (mudilah, 2019).

7. Documentation (D)

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.(mudilah,2019)

BAB 9

RANCANGAN PERENCANAAN DENGAN SOAP

A. Rancangan Perencanaan Dengan Soap

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP. dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah assessment dan P adalah planning. merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP (Nurmuslihatun.2017).

1. Data Subjektif (S)

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 penderit tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun. (wildan, 2019).

2. Data Objektif (O)

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. (hidayat, 2020).

3. Assesment (A)

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.

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. (fauziah, 2018).

4. Planning (P)

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 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. (samil, 2019)

BAB

10

RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN

A. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode SOAP

1. Pengertian Pendokumentasian

Menurut Thomas (1994 *cit*, Mufdlillah,dkk, 2001), dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, pendidikan pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan. Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien di dalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen kebidanan.

2. Pengertian SOAP

Menurut Subiyanti (2017), SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Bidan hendaknya menggunakan dokumentasi SOAP ketika bertemu pasien. Alasannya, SOAP terdiri dari urutan-urutan kegiatan yang dapat membantu bidan dalam mengorganisasi pikiran dan memberikan asuhan yang menyeluruh. Selain itu, metode SOAP adalah penyulingan intisari dari proses penatalaksanaan 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.

3. Langkah-langkah metode SOAP

a. Data Subjektif

1) Pengertian data Subjektif

Data subjektif merupakan pendokumentasian hanya mengumpulkan data klien melalui anamnesa yaitu tentang apa yang dikatakan klien, seperti identitas pasien, kemudian keluhan yang diungkapkan pasien pada saat melakukan anamnesa kepada pasien (Mufdlilah,2009).

2) Tanda gejala subjektif

Tanda gejala subjektif yang diperoleh dari hasil bertanya dari pasien, suami atau keluarga (identitas umum, keluhan, riwayat menarche, riwayat perkawinan riwayat kehamilan riwayat persalinan, riwayat KB, penyakit, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit keturunan, riwayat psikososial, pola hidup).

3) Sudut pandang klien

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

b. Data Objektif

1) Pengertian 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.

2) Tanda dan gejala objektif

Tanda gejala objektif yang diperoleh dari hasil pemeriksaan (tanda KU, vital sign, Fisik, Khusus, Kebidanan, pemeriksaan dalam, laboratorium dan pemeriksaan penunjang). Pemeriksaan dengan inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi. Data objektif ini merupakan data yang diperoleh bidan atau tenaga kesehatan lain seperti dokter.

Data ini Memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa. Data fisiologis, hasil observasi yang jujur informasi kajian teknologi seperti hasil laboratorium, sinar X, rekaman CTG, dan lain-lain. Selain itu juga informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam kategori ini apa yang diobservasi oleh bidan akan menjadi komponen yang berarti dari diagnosa yang akan ditegakkan.

3) Data objektif meliputi hal-hal berikut

- a) Hasil pemeriksaan umum. Misalnya, dalam kasus ibu hamil, adalah berat badan sebelum hamil, berat badan sekarang, dan lingkaran lengan atas (LILA).
- b) Tanda-tanda Vital (TTV), yang meliputi suhu tubuh, denyut nadi, frekuensi pernapasan, dan tekanan darah. Perubahan tanda vital dapat terjadi jika tubuh mengalami kelelahan atau sakit.

Perubahan tanda vital menjadi indikasi terjadinya gangguan sistem tubuh.

- c) Hasil pemeriksaan fisik, yang dilakukan untuk mengetahui ada atau tidaknya abnormalitas secara fisik pada bagian tubuh pasien. Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis dari kepala hingga ujung kaki.
- d) Hasil pemeriksaan penunjang atau tes laboratorium, yang dilakukan untuk memeriksa kondisi pasien, dengan informasi yang belum didapatkan dari pemeriksaan pemeriksaan sebelumnya.

c. Analisis/Asessment

1) Pengertian Analisis/asessment

Analisis/Asessment merupakan masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan yang dibuat dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah suatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah suatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin suatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat (Mufdlilah, 2009).

2) Hasil analisis dan interpretasi

Hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti

perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

- 3) Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

- a) Diagnosa/masalah

Diagnosa adalah rumusan dari hasil pengkajian mengenai kondisi klien : Hamil, bersalin, nifas dan bayi baru lahir. Berdasarkan hasil analisa data yang didapat. Masalah segala sesuatu yang menyimpang Sehingga kebutuhan klien terganggu, kemungkinan mengganggu kehamilan/kesehatan tetapi tidak masuk dalam diagnosa.

- b) Antisipasi masalah lain/ diagnosa potensial

Masalah potensial dalam kaitannya dengan diagnosa kebidanan adalah masalah yang mungkin timbul dan bila tidak segera ditangani akan mengganggu keselamatan jiwa pasien atau klien. Oleh karena itu masalah potensial harus segera segera diantisipasi, diawasi serta segera dipersiapkan tindakan untuk mengatasinya.

- d. Perencanaan (planning)

- 1) Pengertian Perencanaan

Perencanaan atau planning adalah suatu pencatatan menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan asesment yaitu rencana apa yang akan dilakukan berdasarkan hasil evaluasi tersebut (Mufdlilah, 2009)SOAP untuk perencanaan, implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam "P" sedangkan perencanaan membuat rencana tindakan

saat itu atau yang akan datang. Untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin untuk menjaga mempertahankan kesejahteraannya. Di dalam planning dapat berisikan tentang : Konsul, Tes diagnostik/laboratorium, Rujukan, Pendidikan Konseling, Follow Up, Pendokumentasian asuhan kebidanan.

2) Proses

Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, Tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus mendukung rencana dokter jika melakukan kolaborasi.

3) Standar Nomenklatur Diagnosis Kebidanan

- a) Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- b) Berhubungan langsung dengan praktis kebidanan
- c) Memiliki ciri khas kebidanan.
- d) Didukung oleh Clinical Judgenmant dalam praktik kebidanan.
- e) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan

B. Rancangan Format Pendokumentasian dengan SOAP

1. Rancangan Format Pendokumentasian Pada Ibu Hamil

Pada rancangan format pendokumentasian ibu hamil yang dilakukan meliputi pengkajian, yang dimana pengkajian ini berisi identitas, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, dan lain-lain. Serta berisi hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan seperti pemeriksaan leopold kemudian dilengkapi dengan asuhan yang diberikan kepada pasien.

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 dibawah 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 muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini (Varney, dkk, 2007).
- 6) Riwayat Hamil Sekarang: Untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid terakhir digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal

persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin (Varney, dkk, 2007). Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai minggu ke-20 kehamilan (Bobak, dkk, 2005).

- 7) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi: Adanya penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- 8) 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 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 $35,8-37,3^{\circ}$ 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). Pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadimudah 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 jarijari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011). Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2010). Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Cunningham, dkk, 2009).Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu: Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul Berat janin = $(TFU - 12) \times 155$ gram Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul Berat janin = $(TFU - 11) \times 155$ gram

- h) Ano-Genetalia : Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat 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.
- 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).
- e) 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 :	Nama :
Umur :	Umur :
Suku / Bangsa :	Suku / Bangsa :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat:	

b. Keluhan Utama :

c. Riwayat Menstruasi

Umur menarche : tahun
lamanya haid : hari
Jumlah darah haid : × ganti pembalut
Haid terakhir :
Perkiraan partus :
() Dismenorrhea () Spotting
() Menorrhagia () Metrorrhagia
() Pre Menstruasi Sindrom

d. Riwayat Perkawinan

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

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

No	Tanggal Partus	Tempat Partus	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit (Komplikasi)	Kondisi Bayi / BB	Kedadaan 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 :

- Nadi : × per menit
 Pernapasan : × per menit
 Suhu : ° C
- Pemeriksaan Fisik
 - Muka :
 - Mata :
 - Mulut :
 - Gigi / Gusi :
 - Leher :
 - Payudara :
 - Perut :
 - Palpasi :
 - Leopold I :
 - Leopold II :
 - Leopold III :
 - Leopold IV :
 - Tinggi Fundus Uteri :
 - Auskultasi : DJJ :
 - Ano – Genetalia :
 - Ektremitas :
 - Atas :
 - Bawah :
 - Pemeriksaan Penunjang
 - Hemoglobin :
 - Golongan Darah :
 - USG :
 - Protein Urine :
 - Glukosa Urine :
- 3) Analisa :
- 4) Penatalaksanaan
- Tanggal :
- Waktu :

B. Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

1. Rancangan Format Pendokumentasian Pada Ibu Bersalin

- a. Seperti sebelumnya, pada rancangan format pendokumentasian ibu bersalin pada umumnya sama dengan ibu hamil, yang dilakukan meliputi pengkajian, yang dimana pengkajian ini berisi identitas, keluhan utama, riwayat menstruasi, riwayat perkawinan, riwayat kehamilan, dan lain-lain. Serta berisi hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan kemudian dilengkapi dengan asuhan yang diberikan kepada pasien. Akan tetapi ada sedikit perbedaan pada pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan atau tenaga kesehatan antara ibu hamil dan ibu bersalin seperti, pada ibu bersalin akan dilakukan pemeriksaan dalam (VT) untuk mengetahui pasien dalam kala berapa dan fase apa.

1) Data Subyektif

a) Identitas

- Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- 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.

- Suku/Bangsa: Asal daerah dan bangsa seorang ibu berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut.
 - Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
 - Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
 - 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.
 - Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.
- b) Keluhan Utama: Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2011).
- c) Pola Nutrisi: Bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anestesi jika pembedahan diperlukan (Varney, dkk, 2007).
- d) Pola Eliminasi: Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam (Varney, dkk, 2007).

- e) Pola Istirahat: Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).

2) Data Obyektif

a) Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum: Baik
- 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).
- Keadaan Emosional: Stabil.
- Berat Badan: Bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu.
- 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 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 $0,5^{\circ}\text{C}$ 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).

b) Pemeriksaan Fisik

- 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).
- 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.
- Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terliha, 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.
- Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

c) Pemeriksaan Khusus

- Obstetri
- Abdomen
Inspeksi: Menurut Mochtar (2011), muncul garisgaris pada permukaan kulit perut (Striae

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

- Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, prematur, atau postmatur.
- Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu: Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$$
 Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram}$$
 Auskultasi: Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2013).
- Bagian Terendah: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Cunningham, dkk, 2009).

- Kontraksi: Durasi kontraksi uterus sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu (Varney, dkk, 2007).
- Gynekologi
- Ano – Genetalia
 Inspeksi: Pengaruh hormon estrogen dan progesteron menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus serta pembengkakan pada kelenjar bartolini dan kelenjar skene. Pengeluaran pervaginam seperti bloody show dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Mochtar, 2011).
- Vaginal Toucher
 Pemeriksaan vaginal toucher bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, moulding, kaput suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu (Varney, dkk, 2007). Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-

8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2011). Kesan Panggul: Bertujuan untuk mengkaji keadekuatan panggul ibu selama proses persalinan (Varney, dkk, 2007). Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis ginekoid dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan (Prawirohardjo, 2010).

d) Pemeriksaan Penunjang

- 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).
- Cardiotocography (CTG): Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.
- 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).
- Protein Urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006). 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 :	Nama :
Umur :	Umur :
Suku / Bangsa :	Suku / Bangsa :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat:	

b. Keluhan Utama :

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

BAB : kali/hari; warna :
BAB terakhir jam :

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

2. Obyektif

b. 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

c. Pemeriksaan Fisik

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

d. 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 : $\times$ /menit ☐ Teratur
- ☐ Tidak teratur

Bagian Terendah :

- His / Kontraksi : $\times 10'$ " menit ☐
- Teratur ☐ Tidak teratur

- e. Pemeriksaan Penunjang
 - Hemoglobin :
 - Cardiotocography (CTG) :
 - USG :
 - Protein Urine :
 - Glukosa Urine :

- 3. Analisa :
- 4. Penatalaksanaan
 - Tanggal :
 - Waktu :

B. Catatan Perkembangan

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

C. Lembar Observasi Kala I Persalinan

- Hari / Tanggal :
- Tempat :

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

D. Rancangan Format Pendokumentasian Pada Bayi Baru Lahir (BBL)

Pada rancangan format pendokumentasian BBL, pemeriksaan yang dilakukan meliputi identitas bayi, data kesehatan bayi, yang meliputi riwayat kehamilan, persalinan dan lain-lain, dan diikuti dengan pemeriksaan fisik secara menyeluruh terhadap bayi oleh bidan atau tenaga kesehatan. Serta dilengkapi dengan asuhan yang diberikan oleh bidan.

a. Data Subyektif

1) Identitas Bayi

- a) Nama: Untuk mengenal bayi.
- b) Jenis Kelamin: Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan genetalia.
- c) Anak ke-: Untuk mengkaji adanya kemungkinan sibling rivalry.

2) Identitas Orangtua

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.
- c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
- d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai dengan keyakinannya sejak lahir.
- e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingka 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, lingkaran kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkaran 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 tandatanda 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 tandatanda 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 lengkunganlengkungan yang jelas pada bagian atas. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Johnson dan Taylor 2005).

- e) Hidung: Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.
- f) Mulut: Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Johnson dan Taylor, 2005).
- g) Leher: Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomi 21 (Johnson dan Taylor, 2005).
- h) Klavikula: Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Johnson dan Taylor, 2005).
- i) Dada: Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam (WHO, 2013).

- j) Umbilikus: Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari.
Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket (Johnson dan Taylor, 2005).
- k) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).
- l) Punggung: Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Johnson dan Taylor, 2005).
- m) Genitalia: Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya (Saifuddin, 2006).
- n) Anus: Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani (Johnson dan Taylor, 2005).

- o) Eliminasi: Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah (Johnson dan Taylor, 2005).
- 3) Pemeriksaan Refleks
- a) Moro: Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut fleksi kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis (Ladewig, dkk., 2005). Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleks tidak simetris menunjukkan adanya hemiparises, fraktur klavikula atau cedera fleksus brakhialis. Sedangkan tidak adanya respons pada ekstremitas bawah menunjukkan adanya dislokasi pinggul atau cedera medulla spinalis (Hidayat dan Uliyah, 2005).
 - b) Rooting: Sentuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - c) Sucking: Bayi menghisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - d) Grasping: Respon 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). Refleksi ini menghilang pada 3-4 bulan. Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya paralisis. Refleksi 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 refleksi 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 refleksi 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 refleksi atau refleksi 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).
- m) 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 :

Nama :

Umur :

Umur :

Suku / Bangsa :

Suku / Bangsa :

Agama :

Agama :

Pendidikan :

Pendidikan :

Pekerjaan :

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)enetalia :

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 :

C. Rancangan Format Pendokumentasian Pada Ibu Nifas

Pada rancangan format pendokumentasian ibu nifas yang dilakukan meliputi pengkajian, yang dimana pengkajian ini berisi identitas, keluhan utama, pemenuhan kebutuhan nutrisi, personal hygiene, istirahat, keadaan psikologis dan lain-lain. Serta berisi hasil pemeriksaan yang dilakukan oleh bidan atau

tenaga kesehatan kemudian dilengkapi dengan asuhan yang diberikan kepada pasien.

1. Data Subyektif

a. Identitas

- 1) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- 2) 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).
- 3) 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.
- 4) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan follow up terhadap perkembangan ibu.

- b. 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).

c. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

- 1) Pola Nutrisi: Ibu nifas harus mengonsumsi 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).

- 2) 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).
- 3) 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).
- 4) 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).
- 5) 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).
- 6) Hubungan Seksual: Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan

untuk melakukan hubungan seksual (Varney, dkk. 2007).

d. Data Psikologis

- 1) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbedabeda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusasaan dan duka (Varney, dkk, 2007). Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu taking in, taking hold atau letting go.
- 2) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya sibling rivalry.
- 3) Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerjasama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum: Baik
- 2) 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).
- 3) Keadaan Emosional: Stabil.
- 4) 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).

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Payudara: Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan areola, apakah ada kolostrom atau air susu dan pengkajian proses menyusui (Varney, dkk, 2007). Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
- 2) 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 involusi berjalan lancar.
- 3) Vulva dan Perineum
 - a) Pengeluaran Lokhea: Menurut Mochtar (2011), jenis lokhea diantaranya adalah:
 - 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.
 - Lokhea sanguilenta, lokhea ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.
 - Lokhea serosa, muncul pada hari ke-7 sampai dengan 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan

mengandung lebih banyak serum, leukosit dan tidak mengandung darah lagi.

- Lokhea alba, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung leukosit, selaput lendir serviks dan serabut jaringan yang mati.
- Bila pengeluaran lokhea tidak lancar disebut Lochiastasis.

b) (Luka Perineum: Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Varney, dkk, 2007).

- 4) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya edema, nyeri dan kemerahan (Varney, dkk, 2007). Jika pada masa kehamilan muncul spider nevi, maka menetap pada masa nifas (Bobak, dkk, 2005).

c. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Hemoglobin: Pada awal masa nifas jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk, 2007).
- 2) Protein Urine dan glukosa urine: Urine negatif untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006). 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 :

Nama :

Umur :

Umur :

Suku / Bangsa :

Suku / Bangsa :

Agama :

Agama :

Pendidikan :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Pekerjaan :

Alamat:

b. Keluhan Utama :

c. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Setelah Melahirkan

Makan :

Minum :

2) Pola Eliminasi

Setelah Melahirkan

BAK :

BAB :

Keluhan :

3) Personal Hygiene

Setelah Melahirkan

Mandi & Gosok Gigi :

Ganti Pakaian :

Ganti Pembalut :

4) Istirahat

Setelah Melahirkan

Tidur :

Keluhan :

5) Aktivitas :

- 6) Hubungan Seksual
Keluhan :
- d. Data Psikologis
 - 1) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua :
 - 2) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi :
 - 3) Dukungan keluarga :
2. Obyektif
 - a. Pemeriksaan Umum
 - 1) Keadaan Umum :
 - 2) Kesadaran :
 - 3) Keadaan Emosional :
 - 4) Tanda - tanda Vital

Tekanan Darah: mmHg

Nadi : × per menit

Pernapasan : × per menit

Suhu : ° C
 - b. Pemeriksaan Fisik
 - 1) Payudara : () Pembengkakan
 () Pengeluaran ASI lancar / tidak
 - 2) Perut :Fundus Uteri :
Kontraksi Uterus :
Kandung Kemih :
 - 3) Vulva dan Perineum Pengeluaran Lokhea :

() Rubra () Sanguilenta

() Serosa () Alba

() Lochiastasis () Infeksi

Luka Perineum : () Kemerahan () Edema

() 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 :

C. Rancangan Format Pendokumentasian Pada Pelayanan KB

Pada rancangan format pendokumentasian pelayanan KB, dilakukan pengkajian yang meliputi identitas, alasan kunjungan, riwayat menstruasi, riwayat kehamilan dan lain-lain. Kemudian diikuti dengan pemeriksaan yang dilakukan bidan pada pasien serta dilengkapi dengan asuhan yang diberikan bidan pada pasien.

1. System pencatatan dan pelaporan Pelayanan Kontrasepsi.

Pencatatan dan pelaporan Pelayanan kontrasepsi Program KB ditunjukkan kepada kegiatan dan hasil kegiatan operasional yang meliputi :

- a. Kegiatan Pelayanan Kontrasepsi
 - b. Hasil Kegiatan Pelayanan Kontrasepsi baik di Klinik KB maupun di Dokter/bidan Praktek Swasta
 - c. Pencatatan keadaan alat-alat kontrasepsi di klinik KB
- ### **2. Mekanisme pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi.**

System pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi, diharapkan dapat menyediakan berbagai data dan informasi pelayanan kontrasepsi diseluruh wilayah

sampai tingkat kecamatan dan desa. Adapun mekanisme pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi sebagai berikut:

- a. Pada waktu mendaftar untuk pembukaan klinik KB dan pendaftaran ulang setiap bulan Januari, semua klinik KB mengisi Kartu Pendaftaran Klinik KB(K/O/KB/OO)
- b. Setiap peserta KB baru dan pindahahn dibuat Kartu Status peserta KB (K/IV/KB/00) yang antara lain memuat cirri-ciri peserta KB bersangkutan. Kartu ini disimpan di klinik dan digunakan waktu kunjungan ulang.
- c. Setiap peserta KB baru atau pindahan dari klinik KB dibuat Kartu Peserta KB (K/I/KB/00)
- d. Setiap pelayanan KB di klinik KB, dicatat dalam Register klinik KB (R/I/KB/00) dan pada akhir bulan dijumlahkan, karena register ini merupakan sumber data untuk membuat laporan bulanan klinik
- e. Setiap penerimaan dan pengeliran jenis alat kontrasepsi oleh klinik dicatat dalam Register Alat kontrasepsi KB (R/II/OO), setiap akhir bulan dijumlahkan sebagai sumber membuat laporan bulanan
- f. Pelayanan KB yang dilakukan oleh Dr/Bidan praktek swasta setiap hari dicatat dalam buku hasil prlayanan kontrasepsi pada Dokter/Bidan Swasta (B/I/DBS/00). Setiap akhir bulan dijumlahkan dan merupakan sumber data dalam membuat laporan nulanan petugas penghubung DBS/PBS
- g. Setiap bulan PKB/PLKB satu petugas yang ditunjuk sebagai petugas oenghubung dokter/bidan praktek swasta membuat laporan bulanan ini merupakan sumber data untuk pengisian laporan bulanan klinik KB.
- h. Setiap bulan, petugas klinik KB membuat laporan klinik KB (F/II/KB/000) yang datanya diambil dari Register Hasil Pelayanan di klinik KB (R/KB/00) Laporan bulanan petugas Penghubung Dokter/Bidan Praktek Swasta (F/I/PH/-DBS/00) dan Register Alat Kontrasepsi Klinik KB (R/II/KB/00).

3. Arus Laporan Pelayanan Informasi adalah sebagai berikut:
- a. Kartu pembinaan klinik KB (KB/0/KB/00) dibuat oleh klinik KB rangkap 2(dua). 1 lembar untuk kantor BKKBN kabupaten/kota yang dikirim selambat lambatnya tanggal 7 februari setiap bulan ke kantor BKKBN kabupaten/kota dan arsip.
 - b. Laporan bulanan petugas penghubung hasil pelayanan kontrsepsi oleh dokter/bidan praktek swasta dalam magkap 2 (dua). Dikirim selambat-lambatnya tanggal 5 bulan berikutnya ke klinik bidan induk di wilayah kerjanya dan arsip.
 - c. Laporan bulanan klinik KB (F/II/KB/00) dibuat oleh klinik KB dalam rangkap 4 (empat) dikirim selambat-lambatnya pada tanggal 7 bulan berikutnya, masing masing ke kantor BKKBN kabupaten/kota, mitra kerja tingkat II, kantor Camat dan Arsip..
 - d. Rekapitulasi kartu pendaftaran klinik KB Tingkat Kabupaten/lota (Rekkab.k/0/KB/00), dibuat rangkap 2 (dua) oleh kantor BKKBN kabupaten/kota dan dikirim selambat-lambatnya pada tanggal 14 februari setiap tahun, masing-masing ke kanwil BKKBN Kabupaten Propinsi dan Arsip.
 - e. Rekapitulasi laporan bulanan klinik KB Tingkat kabupaten/kota (Rek-Kab/F/KB/00) dibuat 2 (dua) rangkap setiap bulan oleh kantor BKKBN kabupaten/kota dikirim selambat-lambatnya tanggal 10 bulan berikutnya ke kanwil BKKBN Propinsi dan Arsip
 - f. Rekapitulasi Kartu pendaftaran klinik KB tingkat propinsi (Rek-prop.K/0/KB/00) dibuat rangkap 2 (dua) oleh kanwil BKKBN propinsi dan dikirim selambat lambatnya tanggal 21 februari setiap tahun ke BKKBN pusat dan Arsip.
 - g. Rekapitulasi laporan bulanan klinik KB tingkat propinsi (Rek.prop./F/KB/00) dibuat rangkap 2 (dua) oleh kanwil BKKBN propinsi dan dikirim selambat-lambatnya tanggal 15 bulan berikutnya ke BKKBN Pusat dan Arsip.

- h. BKKBN propinsi (bidang informasi keluarga dan analisa program) setiap bulan menyampaikan laporan umpan balik ke kantor BKKBN pusat, ke kanwil BKKBN, kabupaten dan mitra kerja tingkat I.
- i. BKKBN Pusat (Direktorat Pelaporan dan Statistik) setiap bulan menyampaikan umpan balik kepada semua pimpinan di jajaran BKKBN Pusat, ke kanwil BKKBN, propinsi dan Mitra kerja Tingkat Pusat

4. Monitoring dan Evaluasi Sistem Pencatatan dan Pelaporan Pelayanan

Kontrasepsi Dalam pelaksanaan system pencatatan dan pelaporan kontrasepsi masih dirasakan adanya kelebihan dan kekurangan, sehingga perlu selalu dilakukan monitoring dan evaluasi. Melalui system pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi dari hasil monitoring dan evaluasi tersebut dapat diketahui hambatan dan permasalahan yang timbul, sehingga dapat dilakukan perbaikan kegiatan system pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi.

a. Cakupan laporan

Dalam melakukan monitoring dan evaluasi terhadap cakupan laporan meliputi jumlah, ketepatan waktu data yang dilaporkan, mulai dari tingkat ini lapangan sampai tingkat pusat.

b. Kualitas data

Dalam melakukan evaluasi terhadap kualitas data pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi perlu dilihat bagaimana masukan laporan, baik laporan bulanan maupun laporan tahunan serta bagaimana informasi yang disajikan setiap bulan atau tahunan. Dalam hal ini sering/dapat terjadi laporan mengalami keterlambatan dan cakupannya belum dapat optimal maupun kualitas dan kuantitas datanya serta informasi yang disampaikan belum optimal.. Keterlambatan penyajian data informasi setiap bulannya dapat disebabkan oleh proses pengumpulan data laporannya

terlambat serta banyaknya kesalahan pengelolaan ke bawah dan pengelolaannya

c. Tenaga

Dalam melakukan evaluasi terhadap tenaga pencatatan dan pelaporan pelayanan kontrasepsi, hal-hal yang perlu diperhatikan yaitu ketersediaan/jumlah tenaga dan kualitas tenaga:

1) Ketersediaan/jumlah tenaga

Bagaimana kondisi jumlah tenaga RR klinik yang melakukan pencatatan pelaporan pelayanan kontrasepsi

2) Kualitas tenaga

d. Sarana

Dalam melakukan evaluasi terhadap sarana, perlu dilihat bagaimana sarana, perlu dilihat bagaimana sarana pendukung kelancaran pelaksanaan pencatatan dan pelaporan diantaranya:

1) Ketersediaan formulir dan kartu

2) Ketersediaan Buku Petunjuk Teknis pencatatan dan pelaporan pelayanan

3) kontrasepsi Ketersediaan faksimili untuk seluruh kabupaten/kota untuk kecepatan pelaporan

4) Ketersediaan computer sampai dengan tingkat kabupaten/kota.

D. Pendokumentasian Rujukan Kb

Tujuan system rujukan disini adalah untuk meningkatkan mutu, cakupan dan efisiensi pelaksanaan pelayanan metode kontrasepsi secara terpadu. Perhatian khusus terutama ditujukan untuk menunjang upaya penurunan angka kejadian efek samping, komplikasi dan kegagalan penggunaan kontrasepsi.

System rujukan upaya kesehatan adalah suatu system jaringan fasilitas pelayanan kesehatan adalah suatu system jaringan fasilitas pelayanan kesehatan yang memungkinkan terjadinya penyerahan tanggung jawab secara timbal balik atas

masalah yang timbul, baik secara vertical maupun secara horizontal kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau dan rasional. Tidak dibatasi oleh wilayah administrasi. Dengan pengertian tersebut, maka merujuk berarti meminta pertolongan secara timbal balik kepada fasilitas pelayanan yang lebih kompeten dengan tujuan untuk penanggulangan masalah yang sedang dihadapi.

E. Tata Laksana

Rujukan Medik dapat berlangsung:

1. Internal antar petugas di satu puskesmas
2. Antara puskesmas pembantu dan puskesmas
3. Antara masyarakat dan puskesmas
4. Antara satu puskesmas dan puskesmas lain
5. Antara puskesmas dan rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan kesehatan lainnya
6. Internal antara bagian/unit pelayanan di dalam satu rumah sakit
7. Antar rumah sakit, laboratorium atau fasilitas pelayanan lain dan rumah sakit laboratorium atau pelayanan fasilitas yang lain. Rangkaian jaringan fasilitas pelayanan kesehatan dalam system rujukan tersebut berjenjang dari yang paling sederhana di tingkat keluarga sampai satuan fasilitas pelayanan kesehatan nasional dengan dasar pemikiran rujukan ditujukan secara timbal balik kesatuan pelayanan yang lebih kompeten, terjangkau, dan rasional serta tanpa dibatasi oleh wilayah administrasi.

Rujukan bukan berarti melepaskan tanggung jawab dengan menyerahkan klien-klien ke fasilitas pelayanan kesehatan lainnya, akan tetapi karena kondisi klien yang mengharuskan pemberian pelayanan yang lebih kompeten dan bermutu melalui upaya rujukan. Untuk itu dalam melaksanakan rujukan harus telah pula diberikan:

- 1) Konseling tentang kondisi klien yang menyebabkan memerlukan rujukan

- 2) Konseling tentang kondisi yang diharapkan diperoleh di tempat rujukan
- 3) Informasi tentang fasilitas pelayanan kesehatan tempat rujukan dituju
- 4) Penghantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang dituju mengenai kondisi klien. saat ini riwayat sebelumnya serta upaya/tindakan yang telah diberikan
- 5) Bila perlu berikan upaya mempertahankan keadaan umum klien
- 6) Bila perlu, karena kondisi klien, dalam perjalanan menuju tempat rujukan harus didampingi perawat/bidan
- 7) Menghubungi fasilitas pelayanan tempat rujukan dituju agar mungkin segera menerima rujukan klien Fasilitas pelayanan kesehatan yang menerima rujukan, setelah memberi upaya penanggulangan dan kondisi klien telah memungkinkan, harus segera mengembalikan klien ketempat fasilitas pelayanan asalnya dengan terlebih dahulu memberikan:
 - a) Konseling tentang kondisi klien sebelum dan sesudah diberi upaya penanggulangan
 - b) Nasehat yang perlu diperhatikan klien mengenai kelanjutan penggunaan kontrasepsi
 - c) Penghantar tertulis kepada fasilitas pelayanan yang merujuk mengenai kondisi klien berikut upaya penaggulangan yang telah diberikan serta sasaran upaya pelayanan lanjutan yang harus dilaksanakan, terutama tentang penggunaan kontrasepsi.

Lembar Pengkajian Asuhan Kebidanan Pelayanan Kb

Hari, tanggal :

Pukul :

1. Identitas

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

2. Data Subyektif

- Alasan Kunjungan :
- Keluhan Utama :
- Riwayat Menstruasi:
- Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

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

- Riwayat Kesehatan :
- Pola Aktivitas
 - Nutrisi
 - Istirahat
 - Aktivitas
 - Hubungan seksual
- Data Psikososial

3. Data Obyektif

- Pemeriksaan Umum
 - KU :
 - 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
4. Analisa :
5. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

C. Pendokumentasi Dengan Metode Varney

1. Pengertian Menurut hallen varney (2019)

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan , menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

2. Dokumentasi varney terdiri dari 7 langkah, yaitu: pengkajian, interpretasi data, identifikasi diagnosa dan masalah potensia, identifikasi tindakan segera dan atakolaborasi, rencana menyeluruh asuhan kebidanan,pelaksanaan dan evaluasi, menurut Nurwiandani, Widy (2018)

- a. Pengkajian Mengumpulkan data dasar, meliputi identitas pasien, riwayat pemeriksaan fisik, pemeriksaan atas indikasi,riwayat kesehatan sekarang dan lalu, data laboratorium, laporan singkat untuk menentukan kondisi pasien. Pengkajian terdiri dari data subjektif dan objektif
- b. Data subjektif diperoleh dengan metode anamnesa
- c. Data subjektif, antara lain : keluhan pasien, riwayatkesehatan, riwayat haid, riwayat kehamilan, riwayatpersalinan dan riwayat nifas
- d. Data objektif diperoleh dengan metode pemeriksaan fisikdan pemeriksaan laboratoium menurut Wildan, Moh. dkk.(2019)

3. 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 varney, Mudlilah, dan Setiyawati (2020) adalah sebagai sarana komunikasi. Komunikasi terjadi dalam tiga arah sebagai berikut. Ke bawah untuk melakukan instruksi.

4. Keatas untuk member laporan.
5. Kesamping (lateral) untuk member saran. Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk beberapa hal berikut ini: Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
6. 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.
7. 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.
8. 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, menurut Varney's midwifery,(2019)
9. 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.

10. Varney (2019) menjelaskan bahwa prinsip manajemen adalah pemecahan masalah. Dalam text book masalah kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981 proses manajemen kebidanan diselesaikan melalui 5 langkah yaitu pengumpulan data dasar, interpretasi data, perencanaan asuhan, pelaksanaan, dan evaluasi. Proses manajemen kebidanan ini ditulis oleh Varney berdasarkan proses manajemen kebidanan American College of Nurse Midwife yang pada dasar pemikirannya sama dengan proses manajemen menurut Varney.

a. 7 Langkah Varney Langkah I :

Tahap Pengumpulan Data Dasar Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

1) Pengertian pengumpulan data dasar

Pengumpulan data adalah pengumpulan informasi tentang klien yang dilakukan secara sistematis untuk menentukan masalah-masalah, serta kebutuhan-kebutuhan keperawatan/ kebidanan dan kesehatan klien. Pengumpulan informasi merupakan tahap awal dalam proses keperawatan/ kebidanan. Dari informasi yang terumpul, didapatkan data dasar tentang masalah-masalah yang dihadapi klien. Selanjutnya data dasar tersebut digunakan untuk menentukan diagnosis keperawatan / kebidanan, merencanakan asuhan keperawatan / kebidanan, serta tindakan keperawatan/ kebidanan untuk mengatasi masalah-masalah klien. Pengumpulan data dimulai sejak klien masuk ke rumah sakit (initial assessment), selama klien dirawat secara terus-menerus (ongoing assessment), serta pengkajian ulang untuk menambah / melengkapi data (re-assessment).

- 2) Cara mendapatkan data dasar
 - a) Jaga kerahasiaan
 - b) Sebutkan nama
 - c) Jelaskan tujuan wawancara
 - d) Jaga kontak mata
 - e) Usahakan tidak tergesa
 - 3) Apa saja data dasar yang dikumpulkan
 - a) Memperoleh informasi tentang keadaan kesehatan klien.
 - b) Untuk menentukan masalah keperawatan dan kesehatan klien
 - c) Data subyektif : data yang didapat dari klien melalui pengelihatn langsung
 - d) Data obyektif : data yang didapat dengan cara diukur
 - e) Wawancara
 - f) Observasi
 - g) Pemeriksaan fisik
 - 4) Cara mengumpulkan data dasar bagaimana wawancara (interview), pengamatan (observasi), pemeriksaan fisik (pshysical assessment) dan studi dokumentasi.
- b. Langkah II :

Interpretasi Data Dasar Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnose dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnose tetapi tetap membutuhkan penanganan.

- 1) Pengertian interpretasi data dasa
interpretasi data dasar adalah merupakan proses terjadinya data yang dianalisis dan dilihat dari sisi yang dapat memberikan sebuah makna terhadap data tersebut, yang mana data tersebut memungkinkan

untuk ditarik arti dari kesimpulan yang relevan dan juga bermanfaat.

- 2) Cara mendapatkan interpretasi data dasar
 - a) Melakukan interpretasi data adalah mengumpulkan semua data yang relevan.
 - b) Mengembangkan temuan atau hasil penelitian.
- 3) Apa saja data yang dikumpulkan
 - a) Menemukan informasi (data) yang berguna.
 - b) Memberikan rekomendasi.
- 4) Cara mengumpulkan
 - a) Melakukan interpretasi data adalah mengumpulkan semua data yang relevan.
 - b) Menarik kesimpulan dari data tersebut
 - c) Temuan dipakai untuk mendukung sebuah pengambilan keputusan.

c. Langkah III :

Mengidentifikasi Diagnose Atau Masalah Potensial Dan Mengantisipasi Penanganannya Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnose ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

- 1) Pengertian mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial
Diagnosis potensial adalah promosi kesehatan untuk mengidentifikasi bidang-bidang yang dapat ditingkatkan mengenai kesehatan. Contoh diagnosis potensial ini adalah kesiapan peningkatan kebutuhan nutrisi.
- 2) cara mengidentifikasi dignosa atau masalah potensial
 - a) Mengidentifikasi diagnosa masalah potensial dan mengantisi pasie penanganannya.

- b) Menetapkan kebutuhan tindakansegera, melakukan tindakan, konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya (dalam keadaan darurat).
- c) Menyusun rencana asuhan.
- d) Implementasi asuhan sesuai denganrencana.
- e) Mengevaluasi keefektifan asuhan danmodifikasi asuhan.

d. Langkah IV :

Menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Untuk Melakukan Konsultasi, Kolaborasi Dengan Tenaga Kesehatan Lain Berdasarka Kondisi Klien Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

- 1) Pengertian menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera menetapkan Kebutuhan Terhadap Tindakan Segera Untuk Melakukan Konsultasi adalah Berdasarka Kondisi Klien Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien

Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dan proses manajemen kebidanan Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periode atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan

- 2) Cara mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial dalam melakukan asuhan kebidanan, bidan

dituntut untuk mengantisipasi permasalahan yang akan timbul dari kondisi yang ada/sudah terjadi.

3) Apa saja diagnosa atau masalah potensial

Pada masalah ini, bidan mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah yang lain juga. Langkah ini membutuhkan antisipasi dan bila memungkinkan akan di lakukan pencegahan. Sambil mengamati pasien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa atau masalah potensial benar-benar terjadi.

e. Langkah V :

Menyusun Rencana Asuhan Yang Menyeluruh
Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

1) Pengertian menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh adalah ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi

2) Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi;

3) Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua pihak, yaitu oleh bidan dan klien kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya;

4) Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date

serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

f. Langkah VI :

Pelaksanaan Langsung Asuhan Dengan Efisien Dan Aman Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah kelima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

g. Langkah VII :

Mengevaluasi Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

BAB 11

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DI RUMAH SAKIT

A. Pengertian Rekam Medik

Sesuai dengan Penjelasan UU no. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 46 ayat 1, rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan yang diberikan kepada pasien. 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 di kaji 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 merupakan 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. 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 kerumah sakit. (Hanosen pratama,2017). Secara umum, informasi yang tercantum dalam rekam medis seorang pasien harus meliputi: (HennySaidaFlora,2018) - Siapa(Who) pasien tersebut dan Siapa(Who) yang memberikan pelayanan kesehatan / medis. - Apa (What), Kapan (When), Kenapa (Why) dan Bagaimana (How) pelayanan kesehatan/medis diberikan. Hasil akhir atau dampak (Outcome) dari pelayanan kesehatan dan pengobatan

Tujuan penyelenggaraan rekam medik, adalah: menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka peningkatan upaya pelayanan kesehatan diinstitusi pelayanan kesehatan. Beberapa aspek dalam rekam medik, antara lain; aspek administrasi, aspek legal, aspek finansial, aspek riset, aspek edukasi dan aspek dokumentasi. Untuk memenuhi aspek administrasi, rekam medik harus berisi tindakan kesehatan yang dilakukan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan. Untuk memenuhi aspek legal, rekam medik harus memberi jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka penegakan hukum serta penyediaan bahan dan tanda bukti untuk menegakan keadilan. Untuk memenuhi aspek finansial rekam medik harus dapat dipergunakan dalam menilai biaya yang telah dan akan dikeluarkan. Untuk memenuhi aspek riset informasi dalam rekam medik dapat dipergunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan iptek dibidan kesehatan. Untuk memenuhi aspek edukasi, informasi dalam rekam medik berisi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan pada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan / referensi beberapa profesi kesehatan. Untuk memenuhi aspek dokumentasi, informasi dalam rekam medik merupakan sumber ingatan yang harus di dokumentasikan

sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan. (Larastining retno wulandari, 2017).

B. Manfaat Pembuatan Rekam Medik

1. Pengobatan pasien Rekam medik bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit. Selain itu, rekam medik juga memuat perencanaan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus dilakukan pada pasien.
2. Peningkatan kualitas pelayanan rekam medik yang dibuat jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan. Tenaga medis akan mendapatkan perlindungan dan akan mendukung pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
3. Pendidikan dan penelitian rekam medik merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis. Rekam medis bermanfaat untuk memberikan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di dunia kesehatan.
4. Pembiayaan berkas rekam medik dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dan pelayanan kesehatan di suatu institusi kesehatan, catatan tersebut dapat dipakai sebagai pembuktian pembiayaan kepada pasien.
5. Statistik kesehatan rekam medik dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, melalui data rekam medis dapat mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan menentukan jumlah penderita penyakit-penyakit tertentu.
6. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik rekam medik berisi beberapa informasi yang mengandung nilai kerahasiaan dan informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan. Beberapa informasi dalam rekam medis yang mengandung nilai kerahasiaan antara lain: hasil wawancara, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan medis, dan catatan perkembangan. Identitas merupakan informasi dalam rekam medis yang tidak mengandung nilai kerahasiaan, tetapi harus tetap waspada. Isi suatu rekam medis untuk pasien antara lain memuat: identitas pasien;

tanggal dan waktu tindakan; hasil anamnesis, keluhan dan riwayat penyakit; hasil pemeriksaan fisik dan penunjang medik; diagnosis; rencana penata laksanaan; pengobatan/atau tindakan; pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien; serta dokumen pendukung lainnya. Isi rekam medis beragam sesuai dengan jenisnya; yaitu Rekam Medis Pasien Rawat Jalan, Rekam Medis Pasien Rawat Inap, Rekam Medis Pasien Gawat Darurat, Rekam Medis Pasien dalam keadaan Bencana.(R U, 2019).

C. Fungsi Rekam Medis

Fungsi rekam medis yaitu sebagai dasar pemeliharaan dan pengobatan pasien, bahan pembuktian dalam perkara hukum, bahan untuk penelitian dan pendidikan, dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatandan untuk menyiapkan statistik kesehatan. (Oktaviyani, 2017).

D. Kegunaan Rekam Medis

Kegunaan rekam medis dapat dilihat dari beberapa aspek, antara lain, (Dirjen Yankes; 2020)

1. Aspek Administrasi: Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai administrasi, karena Isinya menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan para medis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek Medis: Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
3. Aspek Hukum: Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai hukum, karena isinya menyangkut masalah adanya jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalamr angka usaha untuk menegakkan hukum serta penyediaan bahan bukti untuk menegakkan keadilan.
4. Aspek Keuangan: Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai uang, karena isinya mengandung data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek keuangan.

5. Aspek Penelitian: Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai penelitian, karena isinya menyangkut data / informasi yang dapat dipergunakan sebagai aspek penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan dibidang kesehatan.
6. Aspek Pendidikan: Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai pendidikan, karena isinya menyangkut data / informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pengajaran dibidang profesisi pemakai.
7. Aspek Dokumentasi: Suatu berkas rekam medis mempunyai nilai dokumentasi, karena isinya menyangkut sumber ingatan yang harus di dokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dan laporan rumah sakit. Dengan melihat beberapa aspek tersebut diatas, rekam medis mempunyai kegunaan yang sangat luas, karena tidak hanya menyangkut antara pasien dengan (Dirjen Yankes;12):
 - a. Sebagai alat komunikasi antara dokter dengan tenaga ahli lainnya yang ikut ambil bagian didalam memberikan pelayanan, pengobatan, perawatan kepada pasien.
 - b. Sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan/ perawatan yang harus diberikan kepada seorang pasien.
 - c. Sebagai bukti tertulis atas segala tindakan pelayanan, perkembangan penyakit dan pengobatan selama pasien berkunjung / dirawat di rumah sakit.
 - d. Sebagai bahan yang berguna untuk analisa, penelitian dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien.
 - e. Melindungi kepentingan hukum bagi pasien, rumah sakit maupun dokter dan tenaga kesehatan dan lainnya.
 - f. Menyediakan data-data khusus yang sangat berguna untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
 - g. Sebagai dasar ingatan penghitungan biaya pembayaran pelayanan medik pasien.
 - h. Menjadi sumber ingatan yang harus di dokumentasikan.

E. Kerahasiaan Rekam Medis

Rekam medis adalah berkas dan dokumen yang bersifat rahasia; berkas rekam medis adalah milik sarana pelayanan kesehatan (mis. rumah sakit) dan isinya yang berupa ringkasan rekam medis merupakan milik pasien. Ringkasan tersebut (bukan berkas rekam medis) dapat diberikan, dicatat atau dicopy oleh pasien atau orang yang diberi kuasa atau atas persetujuan tertulis pasien atau keluarganya yang berhak untuk itu. Setiap dokter atau dokter gigi dalam melaksanakan praktik kedokteran wajib menyimpan kerahasiaan yang menyangkut riwayat penyakit pasien yang tertuang dalam rekam medis. Rahasia kedokteran tersebut dapat dibuka hanya untuk kepentingan pasien untuk memenuhi permintaan aparat penegak hukum (hakim majelis), permintaan pasien sendiri atau berdasarkan ketentuan perundang-undangan yang berlaku. Berdasarkan Kitab undang-undang hukum acara pidana, rahasia kedokteran (isi rekam medis) baru dapat dibuka bila diminta oleh hakim majelis di hadapan sidang majelis. Dokter dan dokter gigi bertanggung jawab atas kerahasiaan rekam medis sedangkan kepala sarana pelayanan kesehatan bertanggungjawab menyimpan rekam medis. Informasi tentang identitas, diagnosis, riwayat penyakit, riwayat pemeriksaan dan riwayat pengobatan pasien harus dijaga kerahasiaannya oleh dokter, dokter gigi, tenaga kesehatan tertentu, petugas pengelola dan pimpinan sarana pelayanan kesehatan. Fasilitas kesehatan seperti rumah sakit dituntut oleh regulasi untuk menjaga kerahasiaan rekam medis; namun disisi lain harus memaparkannya untuk kebutuhan proses klaim ke BPJS Kesehatan.

Sebenarnya pihak penjamin seperti halnya BPJS Kesehatan hanya membutuhkan informasi tentang kebenaran besarnya biaya pada satu periode penyakit tertentu. Informasi ini bisa didapatkan dari resume rekam medis dan bukti-bukti pelayanan; namun kadang-kadang verifikator BPJS Kesehatan meminta copy laporan operasi, laporan anestesi, laporan pemeriksaan penunjang; dll. Pada kondisi ini pihak PERSI

sedang berupaya mengajukan draft perjanjian kerjasama antara rumah sakit dengan pihak BPJS kesehatan, yang dintaranya adalah mengatur tentang hak akses penjamin biaya pelayanan kesehatan kepada pasien adalah keringkasan medis, bukan ke dokumen rekam medis (Mys,2017).

F. Sistem Penyimpanan Rekam Medis

Dokumen rekam medis haruslah disimpan berdasarkan nomor registrasi pasien atau nomor rekam medis yang diurutkan. Berdasarkan aturan yang ditetapkan Depkes RI (2006), penyimpanan rekam medis dapat dibedakan berdasarkan lokasi penyimpanan: (Nurul hidayah, 2020).

1. Sentralisasi Sistem sentralisasi merupakan sistem penyimpanan yang menyatukan semua dokumen rekam medis baik pasien rawat jalan, rawat darurat dan rawat inap dalam sebuah tempat penyimpanan. Kelebihan dari sistem ini adalah informasi hasil pelayanan dapat dilakukan secara berkesinambungan. Selain itu sistem sentralisasi lebih efisien baik dari segi pengadaan ruang maupun pemeliharaan. Sedangkan kekurangannya adalah beban kerja petugas filling yang menumpuk.
2. Desentralisasi sebaliknya, sistem penyimpanan rekam medis secara desentralisasi adalah sebuah sistem penyimpanan yang memisahkan berkas rekam medis pasien rawat jalan, rawat inap dan rawat darurat. Kelebihan dari sistem ini adalah efisiensi waktu dalam proses pencarian dokumen. Selain itu pekerjaan petugas menjadi lebih ringan karena hanya mengelola masing-masing unit. Meski begitu kekurangan dari sistem ini adalah bertambahnya kebutuhan akan tenaga filling serta tempat yang memadai. Kedua sistem penyimpanan rekam medis diatas dapat dipilih dengan menyesuaikan kondisi tempat layanan kesehatan masing-masing. Kapasitas, ketersediaan tempat dan ketersediaan sumberdaya manusia merupakan hal-hal yang cukup berpengaruh.

G. Sistem Pengumpulan Data Di Rumah Sakit (RS)

1. Beberapa jenis pencatatan pasien yang dirawat di rumah sakit, yaitu: catatan medis umum, formulis rujukan, ringkasan pasien pulang dan surat kematian.
2. Catatan asuhan pada pasien dianalisis setiap 6-12 bulan, meliputi jumlah pasien yg dirawat, jumlah pasien yg pulang, jumlah pasien meninggal, kondisi utama pasien menurut umur dan jenis kelamin, serta catatan tentang kekurangan obat, alat dan petugas. Catatan medis pasien terbagi menjadi dua bagian:
 - a. Bagian pertama dari catatan medis ini adalah catatan pasien dirawat, meliputi: alasan dirawat, riwayat penyakit, terapi yg sudah diberikan, catatan lain seperti keadaan ibu dan keluarga. Catatan pada bagian ini disusun dalam bentuk pernyataan singkat (checklist)
 - b. Bagian kedua dari catatan medis tentang pasien, adalah pengamatan lanjutan selama di rawat. Catatan ini terdiri atas: catatan harian pasien dibuat dokter dan catatan harian pasien yang dibuat bidan/perawat. Catatan ringkasan pasien pulang mencakup informasi bagi orang tua/keluarga pasien dan tenaga kesehatan yg memberikan perawatan lanjutan. Kegiatan pelayanan rekam medik dirumah sakit yaitu:
 - 1) Penerimaan pasien (rawat inap atau rawat jalan/pelayanan poli klinik).
 - 2) Pencatatan (recording: penomoran seperti nomor seri pasien, unit kunjungan pertama pasien dan seri unit kunjungan).
 - 3) Penggolongan data (coding dan indexing, supaya dapat di analisis dan disajikan dalam bentuk informasi).
 - 4) Penyimpanan (filling: ada dua cara penyimpan data rekam medik, yaitu secara sentralisasi dan desentralisasi).
 - 5) Pengambilan/peminjaman berkas (berkas di ambil dengan tracer dan di kembalikan tepat waktu untuk

menghindari hilangnya data). (Henyeka puji lestari, 2019).

H. Contoh Form Catatan Pelaporan Di RS

Jenis laporan rumah sakit dapat dibedakan menjadi dua kelompok, yaitu laporan internal rumah sakit dan laporan eksternal rumah sakit. Laporan internal disesuaikan dengan kebutuhan rumah sakit. Sedangkan laporan eksternal rumah sakit ditujukan kepada Departemen Kesehatan RI dan Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota (Dinas Kesehatan setempat). Salah satu laporan eksternal rumah sakit adalah laporan data kegiatan pelayanan rumah sakit (RL3). Dalam proses pembuatan laporan data kegiatan pelayanan rumah sakit (RL3) di Rumah Sakit Harapan Magelang masih mengalami kendala. (Sri setyani,2018). Contoh format catatan pelapor andi RS:

1. RM 1, Ringkasan masuk dan keluar
2. RM 2, Masuk darurat
3. RM 3, Anamnesa
4. RM 4, Grafik
5. RM 5, Perjalanan perkembangan penyakit
6. RM6, Catatan perawatan / bidan
7. RM 7, Hasil pemeriksaan radiologi
8. RM 8, Ringkasan
9. RM9, Daftarkontrol
10. RM10, Laporan operasi
11. RM 11, Laporan anestesi
12. RM 12, Riwayat kehamilan
13. RM13, Catatan persalinan
14. RM 14, Laporan persalinan
15. RM 15, Identifikasi bayi
16. RM 15a, Lembar konsultasi
17. RM 16, Ringkasan diagnosa
18. RM 17, Catatan poliklinik
19. RM 18, Hasil laboratorium
20. RM19, Penempelan salinan resep

21. RM 20, Lembaran Obstetrik I. Sanksi Disiplin dan Etik Dokter yang tidak membuat rekam medis selain mendapat sanksi hukum juga dapat dikenakan sanksi disiplin dan etik sesuai dengan UU Praktik Kedokteran, Peraturan KKI, Kode Etik Kedokteran Indonesia (KODEKI). Dalam Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 16/KKI/PER/VIII/2006 tentang Tata Cara Penanganan Kasus Dugaan Pelanggaran Disiplin MKDKI dan MKDKIP, ada tiga alternatif sanksi disiplin yaitu : (Ernest,2020).

- a. Pemberian peringatan tertulis.
- b. Rekomendasi pencabutan surat tanda registrasi atau surat izin praktik.
- c. Kewajiban mengikuti pendidikan atau pelatihan di institusi pendidikan kedokteran atau kedokteran gigi. Selain sanksi disiplin, dokter dan dokter gigi yang tidak membuat rekam medis dapat dikenakan sanksi etik oleh organisasi profesi yaitu Majelis Kehormatan Etik Kedokteran (MKEK) dan Majelis Kehormatan Etik Kedokteran Gigi (MKEKG).

I. Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Jalan

1. Sistem dokumentasi merupakan suatu kegiatan merekam aktivitas transaksi keuangan secara prosedural yang dijelaskan dalam bentuk visualisasi/gambar dengan simbol-simbol dokumentasi sistem yang telah di standarkan/di seragamkan sebelumnya.
2. Pelayanan adalah pemeliharaan atau peningkatan status kesehatan melalui usaha-usaha pencegahan, diagnosis, terapi, pemulihan, atau penyembuhan penyakit, cedera, serta gangguan fisik dan mental lainnya.
3. Rawat jalan adalah pelayanan medis kepada seorang pasien untuk tujuan pengamatan, diagnosis, pengobatan, rehabilitasi, dan pelayanan kesehatan lainnya, tanpa mengharuskan pasien tersebut di rawat inap.
4. Sistem dokumentasi rawat jalan adalah Ketika klien di rumah sakit, mereka bisa berstatus sebagai klien rawat jalan ataupun rawat inap. Berdasarkan segi pelayanan, data klien rawat

jalan dibedakan menjadi dua yaitu klien yang dapat menunggu dan klien yang harus segera ditolong. Yang dimaksud dengan klien yang dapat menunggu mendapatkan pelayanan adalah klien berobat jalan yang datang dengan perjanjian dan klien yang datang dengan tidak dalam keadaan gawat.

a. Prosedur Penerimaan Klien Rawat Jalan

1) Klien baru

Klien baru adalah klien yang baru pertama kali datang ke rumah sakit untuk berobat. Seperti yang diketahui bersama bahwa setiap klien baru diterima di tempat penerimaan klien (TPP) dan akan memperoleh nomor klien yang akan digunakan sebagai kartu pengenalan. Kartu pengenalan harus dibawa pada saat kunjungan berikutnya di rumah sakit yang sama, baik sebagai klien rawat jalan ataupun klien rawat inap.

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

Klien lama adalah klien yang datang ke tempat layanan kesehatan dimana dia sudah tercatat sebagai klien ditempat layanan tersebut baik datang 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.

Adalah klien yang datang ke fasilitas kesehatan dengan suatu perjanjian bersama dokter, dengan bahasa lain datang untuk kontrol kesehatannya.

b) Klien yang datang tidak dengan perjanjian.

Adalah klien yang datang ke fasilitas kesehatan tanpa adanya suatu perjanjian bersama dokter atau pasien yang datang ke fasilitas kesehatan atas kemauannya sendiri.

3) 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 penerimaannyapun 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; klien diperbolehkan pulang langsung setelah mendapatkan layanan yang memadai, klien dirujuk atau dikirim ke rumah sakit yang lebih memadai, klien harus menjalani rawat inap.

b. Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Inap

Pelayanan rawat inap adalah istilah yang berarti proses perawatan pasien oleh tenaga kesehatan profesional akibat penyakit tertentu, dimana pasien di inapkan di suatu ruangan di rumah sakit yang meliputi pelayanan kesehatan perorangan yang meliputi observasi, diagnosa, pengobatan, perawatan dan rehabilitasi.

Setiap klien yang datang ketempat layanan kesehatan dan dianjurkan menginap untuk mendapatkan layanan lanjutan disebut dengan klien rawat inap. Layanan yang diterima dan dokumentasi yang dilakukan pastinya berbeda, karena ada keberadaan klien di tempat layanan.

c. 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.2018).

d. 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 selengkapya.
- 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 menambahkan formulir-formulir yang diperlukan untuk keperluan pencatatan. Selama perawatan petugas mencatat semua data perawatan yang diberikan dari mulai klien tiba di ruang sampai klien tersebut pulang, dipindahkan atau meninggal.

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., 2017; Wildan & Hidayat, 2017).
- e. Aturan Penerimaan dan Indikator Pelayanan Klien Rawat Inap

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

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

Indikator pelayanan rawat inap (ranap) di sebuah rumah sakit. Dibawah ini adalah indikator pelayanannya:

- 1) *BOR : bed occupancy rate* (rata-rata penggunaan tempat tidur) perhitungannya dalam persen (%).
- 2) *LOS : long of stay* adalah kesatuan dalam hari.
- 3) *TOI : turn over interval* yaitu selisih antar tanggal dengan tanggal berikutnya.
- 4) *BTO : bed turn over* yaitu tempat tidur dalam setahun mengalami berapa kali ganti klien.
- 5) *GDR : gross death rate*
- 6) *NDR : nett death rate* yaitu kematian yang ada dalam 48 jam atau lebih

BAB 12

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DI PUSKESMAS DAN PRAKTIK MANDIRI BIDAN

A. Sistem Rekam Medik

1. Pengertian

- a. Sesuai dengan penjelasan UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, Pasal 46 Ayat 1, rekam medik adalah berkas yang berisi catatandan dokumentasi mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan tindakandan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.
- b. Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia tahun 2008, rekam medik adalah berkas yang berisikan identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
- c. Rekam medik adalah berkas yang berisi catatan dan dokumentasi mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien.

2. Tujuan

- a. Tujuan penyelenggaraan rekam medik, adalah: menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka peningkatan upaya pelayanan kesehatan di institusi pelayanan kesehatan. Beberapa aspek dalam rekam medik, antara lain: aspek administrasi, aspek legal, aspek finansial, aspek riset, aspek edukasi dan aspek dokumentasi.

- b. Untuk memenuhi aspek administrasi, rekam medik harus berisi tindakan kesehatan yang dilakukan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
 - c. Untuk memenuhi aspek legal, rekam medik harus memberi jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan, dalam rangka penegakan hukum serta penyediaan bahan dan tanda bukti untuk menegakan keadilan. Untuk memenuhi aspek finansial rekam medik harus dapat dipergunakan dalam menilai biaya yang telah dan akan dikeluarkan.
 - d. Untuk memenuhi aspek riset informasi dalam rekam medik dapat dipergunakan sebagai bahan penelitian
3. Manfaat

Seperti halnya manfaat dokumentasi, rekam medik pasien ini juga mempunyai beberapa manfaat, antara lain:

- a. Pengobatan pasien Rekam medik bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit. Selain itu, rekam medik juga memuat perencanaan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus dilakukan pada pasien.
- b. Peningkatan kualitas pelayanan Rekam medik yang dibuat jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan. Tenaga medis akan mendapatkan perlindungan dan akan mendukung pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.
- c. Pendidikan dan penelitian Rekam medik merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis. Rekam medis bermanfaat untuk memberikan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di dunia kesehatan.
- d. Pembiayaan Berkas rekam medik dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dan pelayanan kesehatan di suatu institusi kesehatan, catatan

tersebut dapat dipakai sebagai pembuktiaan pembiayaan kepada pasien

- e. Statistik kesehatan Rekam medik dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, melalui data rekam medis dapat mempelajari perkembangan kesehatan.
4. Sitrem Pengumpulan Data Rekam Medik di Puskesmas
- a. Pencatatan di puskesmas dibagi menurut unit-unit pelayanan yang ada. Di Unit Poliklinik Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA). terdapat 3 jenis pelayanan yaitu pelayanan ibu hamil, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan Keluarga Berencana.
 - 1) Pencatatan pada pelayanan Ibu hamil meliputi: kartu ibu/status ibu, buku KIA, register kohort ibu hamil, Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA dan register Ibu Hamil.
 - 2) Pencatatan pada pelayanan kesehatan anak meliputi : kartu anak/status anak, buku KIA, register kohort anak dan buku register anak.
 - 3) Pencatatan pelayanan KB meliputi kartu peserta KB, kartu status praktek, lembar persetujuan tindakan medic, buku register KB dan laporan bulanan klinik KB.
 - b. Tata cara atau prosedur penerimaan dan perawatan pasien di puskesmas untuk tiap-tiap puskesmas berbeda-beda. Pada dasarnya sistem dokumentasi puskesmas sama dengan sistem pendokumentasian di rumah sakit. Pencatatandan pengumpulan data di puskesmas dan bidan praktik swasta tercatat dalam beberapa formulir dan buku-buku rekam medis. Pencatatan di puskesmas dibagi menurut unit-unit pelayanan yang ada. c. Di Unit Poliklinik Pelayanan Kesehatan Ibu dan Anak (KIA), terdapat tiga jenis pelayanan, yaitu pelayanan ibu hamil, pelayanan kesehatan anak dan pelayanan keluarga berencana. Pada pelayanan ibu hamil, pencatatannya meliputi: kartuibu/status ibu, buku KIA, register kohort ibu hamil, Pemantauan Wilayah Setempat (PWS) KIA,

dan buku register ibu hamil. d. Pencatatan pada pelayanan kesehatan anak, antara lain: kartu anak/status anak, buku KIA, register kohortanak dan buku register anak. Pencatatan pada pelayanan KB, lembar persetujuan tindakan medik (informed consent), buku register KB dan laporan bulanan klinik KB. Selain melayani pasien rawat jalan, beberapa puskesmas juga melayani pasien rawat inap.

- c. Pada puskesmas yang melayani rawat inap, khususnya pelayanan persalinan, pencatatan pasien meliputi: kartu rawat inap, surat persetujuan perawatan, lembar observasi persalinan, asuhan kebidanan, kartu hitungan 10 aktivitas janin untuk ibu hamil dengan umur kehamilan lebih dari 41 minggu, status bayi baru lahir, surat rujukan, surat keterangan kelahiran dan surat keterangan kematian. Setelah pasien masuk ruang perawatan, maka pasien akan mendapatkan beberapa formulir untuk kelengkapan data. Formulir-formulir tersebut antaralain: Surat Persetujuan Perawatan Puskesmas, yang ditandatangani oleh keluarga pasien dan petugas puskesmas; Surat Pernyataan Persetujuan dilakukan tindakan medis/diagnostik/terapeutik, ditandatangani oleh keluarga pasien, petugas puskesmas dan saksi dari keluarga pasien, atau petugas puskesmas

5. Sistem Pengumpulan Data dan Rekam Medik Bidan Praktik Swasta (BPS)

- a. Seperti halnya pencatatan di puskesmas, pencatatan dan pengumpulan data di bidan praktik swasta (BPS) tercatat dalam beberapa formulir dan buku-buku rekam medis.
- b. Pada umumnya, pelayanan kesehatan yang diberikan di sebuah BPS, adalah pelayanan KIA dan pelayanan rawat inap untuk persalinan. Sesuai dengan pelayanan yang diberikan, BPS mempunyai kewajiban untuk membuat pencatatan dan pelaporan.

- c. Pencatatan dan pelaporan meliputi semua klien yang dilayani, dimasukkan dalam beberapa formulir, diantaranya: kartu ibu/status ibu, informed consent, buku KIA, lembar observasi, persetujuan tindakan medis, kartu anak/status anak, kartu status peserta KB, kartu peserta KB, dan kartu persetujuan KB.
- d. Selain beberapa formulir tersebut, ada beberapa blangko yang harus disiapkan di sebuah BPS. Blangko-blanko tersebut, antara lain: surat keterangan cuti bersalin/sakit, surat kelahiran, surat kematian dan surat rujukan. BPS juga harus memiliki beberapa buku-buku untuk keperluan pencatatan dan pelaporan.
- e. Buku-buku tersebut antar lain: buku ibu asuh, buku inventaris, buku rujukan, buku kas bulanan, buku stok obat, buku BBLR, buku pelayanan KB, buku catatan kelahiran, buku catatan kematian, dan buku rencana kerja tahunan.

BAB 13

APLIKASI PENERAPAN DOKUMENTASI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN

A. Penerapan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dengan Metode S-O-A-P Pada Praktik Bidan Mandiri Di Kota Pekanbaru

Hasil Penelitian ini didapatkan penerapan pendokumentasian metode S-O-A-P dalam asuhan kebidanan yang dilakukan bidan di kota Pekanbaru, terdapat 14 bidan yang menggunakan S-O-A-P dengan persentase 46,6 dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan yang dilakukan nya dan terdapat 16 dengan persentase 53.3 bidan yang tidak menggunakan metode S-O-A-P dalam asuhan kebidanan. Berdasarkan hasil penelitian mayoritas bidan praktik mandiri belum menerapkan pendokumentasian dengan metode S-O-A-P dalam asuhan kebidanannya. Pencatatan menggunakan metode SO-A-P tertuang dalam Kepmenkes no 938 tahun 2007.

Tabel 1. Penerapan Pendokumentasian Metode S-O-A-P

Penerapan	Ferekuensi	Persentasi
Ya metode S-O-A-P	14	46,6
Tidak	16	53,3
Jumlah	30	100%

Berdasarkan Tabel diatas diketahui bahwa penerapan pendokumentasian metode S-O-A-P dalam asuhan kebidanan yang dilakukan bidan di kota Pekanbaru, terdapat 14 bidan yang menggunakan S-O-A-P dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan yang dilakukan nya dan terdapat 16 bidan yang tidak menggunakan metode S-O-A-P dalam asuhan kebidanan.

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh bahwa dari 30 responden, terdapat 14 bidan (46,6%) yang melakukan pendokumentasian dengan menggunakan metode S-O-A-P dan mayoritas bidan praktik mandiri (53,3 %) belum menerapkan pendokumentasian metode S-O-A-P dalam asuhan kebidanan.

Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.(Alimul,2008) 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 (Wildan M, 2008). 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.(Ramadanty, y. 2018).

Berdasarkan Kepmenkes 938 tentang standar asuhan kebidanan, pada standar VI menjelaskan bahwa bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan dan pencatatan ditulis dalam bentuk catatan perkembangan S-O-A-P. Namun dalam pelaksanaan nya masih banyak bidan yang tidak mendokumentasikan asuhan kebidanan yang dilakukan dengan menggunakan metode S-O-A-P. (Kepmenkes, 2007)

Menurut hasil penelitian Anita tahun 2016, tentang penerapan pendokumentasian oleh bidan, hasil penelitian ini

didapatkan 103 orang bidan (53,9%) yang tidak melakukan pendokumentasian S-O- A-P dalam asuhan kebidanan.

Penerapan pendokumentasian metode S-O-A-P oleh bidan perlu mendapatkan pengawasan secara berkala oleh organisasi profesi agar kualitas pelayanan kebidanan semakin meningkat.(Puspita,2019) Kegiatan Pertemuan bulanan bidan dapat ditujukan untuk mengadakan diskusi tentang format dokumentasi kebidanan dan kendala yang dihadapi dalam pencatatan asuhan kebidanan. (Anggraini,2020).Hal ini juga dapat meningkatkan sikap bidan yang pada awalnya tidak mau mencatat asuhan kebidanan karena berbagai alasan, salah satu cara untuk mendorong mereka melaksanakan pendokumentasian adalah melalui pencabutan izin praktik jika tidak melakukannya (Anita, 2016)

Mengingat pentingnya sebuah pendokumentasian dalam hal ini dengan metode S- O-A-P, sudah seharusnya setiap bidan dalam menjalankan praktiknya melakukan asuhan kebidanan harus ada pencatatannya. (Mertasari,2020). Apalagi pendokumentasian metode S-O-A-P ini telah diatur dalam kepmenkes no 938 tahun 2007. Namun hal ini tidak sesuai dengan yang ditemukan di lapangan. (Aryanti,2010)

1. Penerapan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP pada Praktek Mandiri Bidan (PMB) Di Kabupaten Buleleng

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada PMB di wilayah puskesmas Buleleng I didapatkan data bahwa hanya sebagian kecil bidan yang mendokumentasikan asuhan kebidanan yang diberikan dalam pendokumentasian SOAP.

Sebagian besar PMB memilih mengisi buku KIA pada setiap pemberian asuhan kebidanan pada ibu hamil dari pada menggunakan metod SOAP. Bidan hanya mengarsipkan laporan bulanan yang menjadi tanggung jawabnya untuk dilaporkan setiap akhir bulan ke puskesmas yang menaunginya. Adapun hasil wawancara terhadap penyebab kondisi tersebut adalah karena pasien banyak sehingga tidak sempat mendokumentasikan secara rinci,

pasien sudah membawa ringkasan hasil dokumentasi asuhannya pada buku KIA, buku periksa dan catatan lain. Format pendokumentasian yang tersedia untuk satu orang pasien sangat banyak sehingga tidak efektif untuk mengisi semuanya, di tempat praktek PMB tidak menyiapkan format SOAP, format SOAP diisi hanya pada kasus tertentu dengan tidak lengkap, dan anggapan bahwa dokumentasi terperinci tidak begitu penting karena beberapa contoh pendokumentasian sudah disediakan oleh pemerintah seperti buku KIA .

Dari hasil visitasi yang dilakukan oleh tim visitator dari organisasi IBI dan dinas kesehatan dan badan perijinan dan penanaman modal kabupaten Buleleng sebagai prasarat mencari ijin PMB sebagian besar ditemukan pendokumentasikan yang dilakukan oleh bidan masih sangat minimal dan bidan masih memerlukan bimbingan dalam melakukan dokumentasi kebidanan terutama dalam pendokumentasian SOAP.

Pendokumentasian kebidanan yang baik akan sangat membantu dalam melindungi bidan dari jeratan hukum apabila mendapat tuntutan dari klien atau pasien yang diasuh dikemudian hari (Herdiani & Candratika, 2011). Sehingga pendokumentasian merupakan hal yang wajib dilakukan dimana dokumentasi kebidanan merupakan suatu catatan otentik dalam pemberian asuhan kebidanan yang dapat dijadikan bukti untuk melihat kualitas asuhan dan sebagai aspek legal suatu asuhan bila ada persoalan hukum. Selain bukti otentik yang sah, dokumentasi kebidanan dalam bentuk metode pendokumentasian SOAP (subyektif, Obyektif, Analisis, dan Penatalaksanaan) juga digunakan sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien dalam pelaksanaan praktek kebidanan termasuk dalam praktek mandiri bidan.

Dokumentasi berperan sebagai pengumpul, penyimpan dan desiminasi informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian (Maritalia & Rahmah, 2018). Dengan kata lain sebagai suatu keterangan baik tertulis maupun terekam, mengenai seluruh langkah manajemen kebidanan yang dilakukan pada pasien ibu hamil yang menjadi wewenang dan tanggung jawab bidan dalam melaksanakan prakteknya. Pendokumentasian dengan metode SOAP dapat menggambarkan proses menejemen asuhan kebidanan secara otentik, sistematis, sederhana dan mudah dimengerti.

Secara lebih rinci hasil mengenai pelaksanaan asuhan kebidanan dengan metode SOAP pada PMB di Kabupaten Buleleng pada Tahun 2020 dapat dilihat pada tabel dibawah ini.

Tabel 2. Deskripsi Pelaksanaan Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP

No	Proses pelaksanaan pendokumentasian dengan metode SOAP	N	%
1	Sangat baik	20	47
2	Baik	15	35
3	Cukup baik	8	19
4	Kurang baik	-	-
5	Sangat kurang baik	-	-
	Total	43	100

Praktek mandiri bidan sebagian besar belum optimal dalam menyediakan formulir pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP, dimana ketersediaan formulir pendokumentasian asuhan kebidanan dengan metode SOAP dengan kategori cukup lengkap yaitu (53%). PMB belum optimal dalam melakukan pencatatan pelayanan kebidanan. Kurang dari sebagian (47%) PMB di kabupaten Buleleng yang

melakukan pencatatan/pendokumentasian pelayanan kebidanan dengan sangat baik.

B. Penerapan Pendokumentasian Catatan Kesehatan Ibu Hamil Pada Buku KIA Di Puskesmas Kartasura

Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) merupakan alat bukti pencatatan pelayanan kesehatan ibu dan anak secara menyeluruh dan berkesinambungan yang dipegang oleh ibu atau keluarga. Karena pencatatan pada Buku KIA digunakan sebagai bahan memantau kesehatan ibu dan anak termasuk mendeteksi secara dini masalah kesehatan ibu dan anak (Depkes RI, 2015).

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara terkait pelaksanaa pendokumentasian buku KIA di Puskesmas Kartasura, pelaksanaan pedokumentasian terbagi atas pasien baru dan pasien lama. Proses pengisiannya terdiri atas beberapa tahap. Proses pengisian untuk pasien baru tahap pertama dimulai dari pasien datang melakukan pendaftaran di tempat pendaftaran, kemudian pasien diarahkan ke poli KIA. Di Poli KIA bidan melakukan pelayanan kebidanan, sebelum memberikan pelayanan, bidan memberi ibu hamil buku KIA, bidan mencatat no registrasi, nomor urut, tanggal menerima buku KIA dan tempat pelayanan. Tahap kedua yaitu anamnesa, tahap ketiga pemeriksaan fisik, tahap keempat adalah pemberian pelayana sesuai kebutuhan. Sedangkan untuk pasien lama bidan tidak perlu melakukan anamnesa, karena sudah diisi pada saat kunjungan pertama, pemeriksaan dilakukan langsung ke tahap pemeriksaan fisik, pemberian pelayanan kesehatan, dan pencatatan hasil pelayanan.

Berdasarkan hasil wawancara terhadap informan tentang pemeriksaan Antenatalcare di puskesmas kartasura, telah sesuai dengan standar pelayanan Antenatalcare kunjungan pertama menurut Depkes Ri (2007), Standar pelayanan antenatal pada kunjungan pertama ibu hamil meliputi tahap pencatatan yang meliputi adalah identitas ibu hamil, kehamilan sekarang, riwayat kehamilan dan persalinan yang lalu, serta penggunaan

cara kontrasepsi sebelum kehamilan. Pada tahap pemeriksaan dilakukan pemeriksaan fisik diagnostik, laboratorium, dan pemeriksaan obstetrik. Tahap pemberian terapi yaitu pemberian imunisasi tetanus toxoid (TT), pemberian obat rutin seperti tablet Fe, kalsium, multivitamin, dan mineral lainnya serta obat-obatan khusus atas indikasi dan penyuluhan/konseling.

Tahap pelaksanaan pelayanan Antenatalcare di Puskesmas Kartasura sudah sesuai dengan pelayanan Antenatalcare menurut Depkes RI (2004) dimana pelayanan dimulai dari tahap anamnesa, pemeriksaan fisik, pemberian pelayanan kebutuhan dan pencatatan hasil pelayanan. dan proses pengisian catatan kesehatan ibu hamil pada buku KIA di Puskesmas Kartasura sama telah sesuai dengan cara pengisian buku KIA menurut Mufillah (2009). Namun berdasarkan observasi yang dilakukan masih ditemukan adanya ketidaklengkapan dalam pengisiannya. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Rahmayanti (2011), yang menyatakan dokumentasi dalam pelayanan kebidanan dalam aspek Antenatalcare sudah diterapkan bidan, namun untuk kelengkapan pendokumentasian masih ada yang kurang lengkap

Proses pengisian buku KIA di Puskesmas Kartasura sudah sesuai dengan prosedur, namun dalam pelaksanaan pendokumentasian pada lembar pemeriksaan fisik dilakukan setelah semua pemeriksaan selesai, hal ini belum memenuhi prinsip pendokumentasian yang baik. Hal ini bertolak belakang dengan teori Muslihatun (2013) yang menyatakan pendokumentasian dilaksanakan segera setelah pengkajian pertama dan selesai melakukan setiap langkah asuhan kebidanan.

Menurut informan 2, Catatan kesehatan ibu hamil pada buku KIA dapat digunakan untuk proses tindakan yang akan dilakukan selanjutnya, seperti perencanaan, pengawasan, penyuluhan kebutuhan pengawasan dan pemantauan. Hal ini sesuai dengan teori yang diungkap oleh Saifuddin (2002), jika buku diisi dan di gunakan secara konsisten, maka buku KIA bisa

membantu dalam memantau kesehatan ibu dan janin. Catatan KIA juga dapat dijadikan sebagai acuan untuk perencanaan, penyuluhan sesuai dengan kebutuhan ibu.

Dengan adanya KIA bisa dijadikan data pertanggungjawaban bukti hukum yang sah di pengadilan jika terjadi masalah ibu hamil, dan juga dapat digunakan sebagai media pendidikan dan penelitian (i3, i4, i6). Pernyataan tersebut sesuai dengan teori Muslihatun (2013) yang menyatakan bahwa manfaat dokumentasi kebidanan adalah semua catatan informasi tentang klien yang dapat dijadikan alat pembelaan yang sah apabila terjadi gugatan. Selain itu menurut informan buku KIA dapat digunakan sebagai keperluan pendidikan dan penelitian. Hal ini sejalan dengan teori menurut Sudarti (2011), yang menyatakan dokumentasi asuhan kebidanan yang dilakukan secara baik dan benar dapat membantu para siswa kebidanan maupun kesehatan lainnya dalam proses belajar mengajar untuk mendapat pengetahuan dan membandingkannya, baik teori maupun praktik lapangan dan Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian.

Pemanfaatan informasi yang terapat pada buku kesehatan ibu dan anak adalah informasi yang diambil dari buku kia berfungsi untuk membantu bidan dalam memonitor khamilan pasien, serta membantu bidan dalam mengambil keputusan medis secara cepat dan tepat terhadap pasien. Jika data dibuku KIA tidak lengkap maka bidan akan kesulitan memantau kesehatan kehamilan pasien. Pernyataan ini merupakan hasil wawancara terhadap informan 5 sesuai dengan teori yang dikemukakan Prawirohardjo (2011) bidan mengetahui dan memahami informasi yang terdapat dalam catatan kesehatan ibu hamil pada buku KIA dan akibat jika tidak diisi secara lengkap.

BAB 14

APLIKASI PENERAPAN DOKUMENTASI DALAM PRAKTIK KEBIDANAN IBU BERSALIN

A. Dokumentasi Asuhan Persalinan

1. Pengertian

Dokumentasi asuhan persalinan merupakan catatan dari alur pikir bidan tentang perjalanan perawatan klien, yang mengartikulasikan pekerjaan dan praktik pengembangan bidan, mencatat rincian hubungan klien dan bidan dalam keputusan yang diputuskan bersama (P H Rismalinda, 2014; Husin, 2015).

Dokumentasi persalinan mendukung proses audit dan tinjauan klinis, dan menjadi kesinambungan perawatan antara profesional dan terintegrasi dengan angka kredit bidan. Catatan berisi data yang lengkap, nyata, tentang keadaan fisiologis, patologis, kualitas dan kuantitas, pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan, pendidikan dan respon pasien terhadap semua asuhan yang diberikan dalam memenuhi kebutuhan atau pemecahan masalah klien (Kerkin, Lennox and Patterson, 2017; Mulyati, 2017).

2. Proses asuhan persalinan normal

a. Persalinan kala I

Kala I disebut juga kala pembukaan dimana serviks membuka dari 0 sampai pembukaan lengkap (10 cm). Proses ini berlangsung 18-24 jam dan terbagi dalam 2 fase, yaitu: fase laten (8 jam) dari pembukaan 0-3 cm dan fase aktif (7 jam) dari pembukaan 4-10 cm. Fase aktif terdiri dari 3 fase : fase akselerasi (dari pembukaan 3 cm di fase

laten menjadi pembukaan 4 cm, dalam waktu 2 jam), fase dilatasi maksimal (pembukaan 4 cm sampai 9 cm, dalam waktu 2 jam), fase deselerasi (pembukaan 9 cm sampai 10 cm, dalam waktu 2 jam).

Tanda dan gejala inpartu:

- 1) Penipisan dan pembukaan serviks
- 2) Kontraksi uterus (his) yang mengakibatkan perubahan serviks

Frekuensi 1 kali dalam 10 menit pada permulaan persalinan, 2-3 kali/10 menit pada akhir kala I, lamanya $\pm$ 1 menit. Nyeri berasal dari regangan serviks yang membuka, saat tekanan intrauterine 20 mmHg. Biasanya dimulai dari tulang belakang yang menjalar ke depan, kontraksi uterus dimulai pada tempat kira-kira batas tuba dan uterus. Setiap kontraksi dapat menghambat aliran darah dari plasenta ke janin. Apabila tekanannya melebihi 75 mmHg, akan menyumbat aliran darah sama sekali. Jika his terlampau kuat, terlampau lama atau terlampau sering maka dapat menimbulkan gawat janin.

Ciri kontraksi uterus/his yang sesungguhnya, antara lain: mules teratur dan sering, semakin lama waktunya, intensitasnya semakin nyeri, menyebabkan pendataran dan pembukaan serviks, penurunan kepala, aktivitas semakin menambah nyeri dan sedativa tidak menghentikan nyeri/mules. Pada primigravida retraksi (regangan-penipisan) mendahului pembukaan servik, sedangkan pada multigravida berlangsung bersama-sama. Inilah yang menentukan lamanya kala I, kecepatan pembukaan pada sepertiga pertama terjadi secara lambat dan duapertiga kedua terjadi secara cepat hingga pembukaan lengkap 10 cm.

- 1) Cairan lendir bercampur darah keluar dari uterus akibat pergeseran selaput ketuban dengan dinding uterus pada waktu pembukaan serviks.

Asuhan pada fase laten lebih bersifat komunikasi informasi dan edukasi (KIE) kepada klien, bidan tidak banyak memberikan intervensi, kecuali pada kasus tertentu seperti pada persalinan yang terjadi kurang dari 3 jam (presipitatus). Asuhan pada fase aktif persalinan, diantaranya observasi keadaan janin, kemajuan persalinan dan kondisi ibu setiap 30 menit, dukungan dan pendampingan keluarga.

b. Persalinan kala II (pengeluaran janin)

Kala II dimulai dari pembukaan lengkap 10 cm sampai lahirnya janin. Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan teratur (3-4 kali dalam 10 menit).

Tanda dan gejala kala II, yakni: ibu merasakan ingin meneran bersamaan adanya kontraksi dan meningkatnya tekanan pada rektum atau jalan lahirnya, perineum terlihat menonjol, vulva vagina dan sfingter ani membuka, peningkatan pengeluaran lendir darah, selaput ketuban pecah.

Proses persalinan kala II diketahui dengan pemeriksaan dalam, dimana serviks membuka lengkap. Lamanya pada primigravida 2 jam, multigravida 1 jam. Meneran disebabkan oleh turunnya kepala yang menekan rektum sehingga tekanan intraabdominal meningkat dan memperkuat kontraksi uterus. Perineum semakin menonjol karena kepala telah mencapai introitus vagina (dapat menyebabkan robekan perineum), dan kepala janin mulai tampak diantara labia minora (crowning). Mekanisme persalinan terjadi dengan tahapan: turunnya kepala janin, fleksi, putaran paksi dalam, ekstensi, putaran paksi luar dan ekspulsi.

Asuhan pada kala II persalinan meliputi asuhan sayang ibu dan bayi, pemantauan DJJ dan kemajuan persalinan serta pertolongan persalinan.

c. Persalinan kala III (pengeluaran plasenta)

Kala III dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, kurang dari 30 menit. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras, beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan rongga uterus setelah kelahiran bayi. Penyusutan ini mengakibatkan berkurangnya ukuran tempat perlengketan plasenta (tempat perlengketan semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah itu plasenta akan turun ke bagian bawah uterus dan vagina.

Tanda lepasnya plasenta dari dinding uterus, yakni: perubahan bentuk dan tinggi fundus uteri, tali pusat memanjang/menjulur keluar melalui vulva, semburan darah mendadak dan singkat dari jalan lahir. Darah yang mengumpul dibelakang plasenta membantu mendorong plasenta keluar.

Asuhan persalinan kala III berupa manajemen aktif kala III, yakni: pemberian oksitosin dalam 1 menit pertama setelah bayi lahir, melakukan penegangan tali pusat terkendali, dan masase fundus uteri.

d. Persalinan kala IV (observasi)

Kala IV dimulai saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Asuhan persalinan meliputi observasi yang harus dilakukan yaitu tinggi fundus uteri, tanda-tanda vital, kontraksi uterus, perdarahan dan kandung kemih. Observasi dilakukan setiap 15 menit dalam 1 jam pertama dan setiap 30 menit pada 1 jam kedua (Cooper, 2009; Cunningham, Leveno, 2017).

3. Dokumentasi asuhan persalinan normal (APN)

a. Partograf

Partograf merupakan alat berupa catatan grafik mengenai pemantauan keadaan ibu dan janin selama

persalinan, dan membantu untuk mengambil/menentukan keputusan dalam penatalaksanaan persalinan.

4. Tujuan penggunaan partograf

Tujuan penggunaan partograf adalah mencatat hasil observasi dan kemajuan persalinan dengan menilai pembukaan serviks melalui pemeriksaan dalam, mendeteksi apakah proses persalinan berjalan secara normal, data pelengkap yang terkait dengan pemantauan kondisi ibu, janin, grafik kemajuan proses persalinan, bahan dan medikamentosa yang diberikan, pemeriksaan laboratorium, keputusan klinik dan tindakan yang diberikan. Semuanya itu dicatat secara rinci pada status/rekam medis ibu bersalin dan bayi baru lahir.

Partograf digunakan untuk semua ibu dalam fase aktif persalinan, di semua tempat persalinan, digunakan secara rutin oleh semua penolong persalinan.

Selama fase laten persalinan, semua asuhan, pengamatan dan pemeriksaan harus dicatat secara terpisah dalam catatan kemajuan persalinan di status/ rekam medis pasien. Tanggal dan waktu dan semua asuhan atau intervensi harus dicatat.

Kondisi ibu dan bayi yang dicatat secara seksama, yaitu: denyut jantung janin (setiap 30 menit, Frekuensi dan lamanya kontraksi uterus (setiap 30 menit), nadi (setiap 30 menit), pembukaan serviks dan penurunan (setiap 4 jam), tekanan darah dan temperatur tubuh (setiap 4 jam), produksi urin, aseton, dan protein (setiap 2 sampai 4 jam). Jika ditemui tanda-tanda penyulit, penilaian kondisi ibu dan bayi harus sering dilakukan dan lakukan tindakan yang sesuai bila diagnosis kerja ditetapkan adanya penyulit dalam persalinan.

Pencatatan selama fase aktif persalinan (lembar depan partograf), yaitu:

- a. Informasi tentang ibu (nama, umur, gravida, para, abortus, nomor catatan medis, tanggal dan waktu mulai dirawat, waktu pecahnya selaput ketuban)
- b. Kondisi janin (Denyut jantung janin/DJJ, warna dan adanya air ketuban, penyusupan/molase kepala janin).

Kisaran normal DJJ ditandai dengan garis tebal pada partograf diantara 120 – 180. Air ketuban dinilai dengan mencatat lambang: U (ketuban utuh/belum pecah), J (Ketuban sudah pecah dan air ketuban jernih), M (Ketuban sudah pecah, air ketuban bercampur mekonium), D (ketuban sudah pecah, air ketuban bercampur darah), K (ketuban sudah pecah dan tidak ada air ketuban/kering).

Molase/penyusupan kepala janin menilai seberapa jauh kepala janin dapat menyesuaikan diri dengan bagian keras panggul ibu. Tulang kepala saling tumpang tindih menunjukkan kemungkinan adanya disproporsi antara kepala janin dan panggul ibu. Jika terjadi penyusupan, lakukan tindakan pertolongan awal yang sesuai dan rujuk ibu. Pencatatan dilakukan sesuai lambang: 0 (tulang kepala janin terpisah, sutura mudah dipalpasi), 1 (tulang kepala janin hanya saling bersentuhan), 2 (tulang kepala janin saling tumpang tindih tapi masih dapat dipisahkan), 3 (tulang kepala janin saling tumpang tindih dan tidak dapat dipisahkan).

- c. Kemajuan persalinan

Pembukaan serviks dicatat dengan tanda “X”, penurunan bagian terbawah janin dicatat dengan tanda “O”. Tanda “X: ditulis digaris waktu yang sesuai dengan jalur besarnya pembukaan serviks di garis waspada pada pemeriksaan pertama. Hubungkan tanda “X” dari setiap pemeriksaan dengan garis utuh.

Garis waspada dimulai pada pembukaan serviks 4 cm (fase aktif) dan berakhir pada titik dimana pembukaan 1 cm per jam. Jika pembukaan serviks mengarah ke

sebelah kanan garis waspada (pembukaan kurang dari 1 cm per jam), perlu dipertimbangkan adanya penyulit, intervensi yang dilakukan, dan persiapan rujukan. Garis bertindak sejajar garis waspada dipisahkan 8 kotak atau 4 jalur ke sisi kanan. Jika pembukaan serviks berada disebelah kanan garis bertindak, maka tindakan untuk menyelesaikan persalinan harus dilakukan. Ibu harus tiba di tempat rujukan sebelum garis bertindak terlampaui.

Pencatatan penurunan bagian terbawah atau presentasi janin dengan sistem perlimaan, setiap kali melakukan pemeriksaan dalam atau setiap 4 jam, atau lebih sering jika ada tanda-tanda penyulit. Turunnya kepala dan garis tidak terputus dari 0-5, tertera di sisi yang sama dengan angka pembukaan serviks. Penurunan bagian terbawah janin dengan metode lima jari (Metode Perlimaan) :

5/5 : bagian terbawah janin seluruhnya teraba di atas PAP.

4/5 : jika 1/5 bagian bawah janin memasuki PAP.

3/5 : Jika 2/5 bagian bawah janin memasuki rongga panggul.

2/5 : Jika 3/5 bagian bawah janin telah melewati bidang tengah panggul

1/5 : Jika 4/5 bagian bawah janin masuk rongga panggul

0/5 : Jika seluruh bagian terbawah janin memasuki rongga panggul.

Berikan tanda "O" pada garis waktu yang sesuai. Hubungkan tanda "O" dari setiap pemeriksaan dengan garis tidak terputus.

- d. Jam dan waktu (waktu mulainya fase aktif persalinan, yaitu waktu aktual sat pemeriksaan/penilaian). Satu kolom untuk 30 menit.
- e. Kontraksi uterus (frekuensi dan lamanya: < 20 detik ditandai dengan mengisi kotak kolom dengan titik-titik , 20-40 detik ditandai dengan arsir pada kolom, > 40 detik ditandai dengan hitam penuh pada kolom.

- f. Obat dan cairan yang diberikan (Oksitosin jika tetesan drip di mulai dalam jumlah unit yang diberikan per volume cairan intra vena., obat lainnya dan cairan intra vena dalam satuan tetesan per menit)
- g. Kondisi ibu (nadi, tekanan darah, temperatur tubuh, volume

Urine, aseton atau proteine urine) Halaman/ lembar belakang partograf mencatat data atau informasi umum, data kala I, data kala II, data kala III, data bayi baru lahir dan data kala IV (Saifudin, 2014).

5. Pendokumentasian/pencatatan dan pelaporan.

Dalam proses rekam medis terdapat beberapa kegiatan yang harus dijalankan, antara lain: pencatatan, pengolahan dan penyimpanan. Setelah diolah, kemudian dilakukan penyimpanan dalam penyelenggaran rekam medis (Mertasari & Sugandini, 2020).

Cara penyimpanan ada dua yakni, cara sentralis dengan menyimpan rekam medis seorang pasien, baik catatan poli klinis maupun catatan selama pasien dirawat yang dilakukan dalam satu kesatuan (Ritonga et al., 2020).

Cara desentralisasi yaitu proses pemisahan antara rekam medis poliklinis dan rekam medis selama dirawat, rekam medis poliklinis disimpan disuatu tempat penyimpanan, sedangkan rekam medis pasien selama dirawat disimpan pada bagian pencatatan medis (Hidayati & Dewi, 2018).

Temuan kedua, dalam penelitian ini menunjukkan bahwa hanya kurang dari setengah bidan di kabupaten Buleleng yang mampu menyusun pendokumentasian dengan baik. Padahal pada kenyataannya dokumentasi kebidanan adalah bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri (Puspitasari, 2019).

Salah satu fungsi dokumentasi adalah sebagai aspek legal untuk menghindari tuntutan hukum dikemudian hari (Maritalia & Rahmah, 2018).

Bidan wajib mencatat setiap tindakan yang dilakukan didalam format pendokumentasian yang resmi, agar kuat dan terlindung dari jeratan hukum. Pelayanan yang ada dan diberikan oleh bidan delima sudah terstandar secara baku sesuai dengan standar yang ada pada Departemen Kesehatan RI, standar tersebut telah dituangkan dalam instrument Bidan Delima. Pada setiap proses persalinan yang berlangsung dibidan perlu diobservasi dan didokumentasikan dengan partograf, dan oservasi dengan partograf dimulai dari fase aktif persalinan.

Saran Diharapkan bidan praktik mandiri dapat melakukan pencatatan dalam setiap pelayanan kebidanan yang dilakukan, agar tercapai pelayanan yang berkualitas, Salah satu format catatan yang dapat menjadi dokumentasi kebidanan adalah format catatan S-O-A-P yang tertuang dalam KepMenKes 938 tentang standar asuhan kebidanan, yakni pada standar VI. Catatan S-O-A-P Adalah metode dokumentasi paling umum yang digunakan oleh penyedia kesehatan, termasuk bidan, untuk memasukkan catatan ke rekam medis pasien. Catatan ini memungkinkan penyedia kesehatan untuk merekam dan berbagi informasi dalam format universal, sistematis, dan mudah dibaca (Aisa S, 2018).

6. Pendokumentasian SOAP pada ibu bersalin

Menurut Rukiyah, 2012 pendokumentasian SOAP pada ibu bersalin, yaitu : KALA I (dimulai dari his persalinan yang pertama sampai pembukaan serviks menjadi lengkap).

a. Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu bersalin kala I atau data yang diperoleh dari anamnesis, antara lain: Biodata, data demografi, riwayat kesehatan, termasuk factor hereditier

dan kecelakaan, riwayat menstruasi, Riwayat obstetri dan ginekologi, termasuk nifas dan laktasi, biopsikospiritual, pengetahuan klien.

Di kala I pendokumentasian data subjektif yaitu ibu mengatakan mules-mules sering dan teratur, pengeluaran pervaginam berupa lendir dan darah, usia kehamilan, dengan cukup bulan atau sebaiknya tidak cukup bulan, haid terakhir, waktu buang air kecil, waktu buang air besar, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, riwayat penyakit dan riwayat yang diderita keluarga.

b. Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment. Di kala I pendokumentasian data objektif yaitu keadaan umum, kesadaran, tanda vital, pemeriksaan kebidanan dengan Leopold, palpasi, tinggi fundus uteri, punggung janin, presentasi, penurunan, kontraksi denyut jantung janin, pergerakan, pemeriksaan dalam: keadaan dinding vagina, portio, pembukaan serviks, posisi portio, konsistensi, ketuban negatif atau positif, penurunan bagian terendah, pemeriksaan laboratorium, Hb, urine, protein reduksi.

Pengkajian lainnya adalah pemeriksaan fisik, yang bertujuan untuk menilai kondisi kesehatan ibu dan bayinya, serta tingkat kenyamanan fisi ibu bersalin. Hasil yang didapat dari pemeriksaan fisik dan anamnesis dianalisis untuk membuat keputusan klinis, menegakkan diagnosa, dan mengembangkan rencana asuhan atau perawatan yang paling sesuai dengan kondisi ibu.

- 1) Sebelum melakukan tindakan sebaiknya dijelaskan terlebih dahulu pada ibu dan keluarganya tentang apa yang akan dilakukan selama pemeriksaan dan apa alasannya.

Pemeriksaan Abdomen

Pemeriksaan abdomen dilakukan untuk mengetahui :

- a) Menentukan tinggi fundus uteri
- b) Memantau kontraksi uterus.
- c) Memantau denyut jantung janin
- d) Menentukan presentasi
- e) Menentukan penurunan bagian terbawah janin

2) Pemeriksaan Dalam

Sebelum melakukan pemeriksaan dalam, cuci tangan dengan sabun dan air bersih dengan air yang mengalir, kemudian keringkan dengan haduk kering dan bersih. Minta ibu untuk berkemih dan mencuci daerah genetalia (jika ibu belum melakukannya), dengan sabun dan air bersih. pastikan privasi ibu selama pemeriksaan dilakukan.

Langkah-langkah dalam melakukan pemeriksaan dalam :

- a) Tutupi badan ibu dengan sarung atau selimut
- b) Minta ibu untuk berbaring terlentang dengan lutut ditekuk dan paha dibentangkan.
- c) Gunakan sarung tangan DTT atau steril saat melakukan pemeriksaan
- d) Gunakan kassa gulungan kapas DTT yang dicelupkan di air DTT. Basuh labia mulai dari depan ke belakang untuk menghindarkan kontaminasi feses.
- e) Periksa genetalia ekstrema, perhatian ada luka atau massa (benjolan) termasuk kondilomata atau luka perianal di perineum.
- f) Nilai cairan vagina dan tentukan apakah ada darah pervaginam atau mekonium.
- g) Pisahkan labio mayor dengan jari manis dan ibu jari dengan hati-hati(gunakan sarung tangan pemeriksa). Masukkan (hati-hati), jari telunjuk yang diikuti jari tengah. Jangan mengeluarkan kedua jari tersebut sampai selesai dilakukan. Jika

selaput ketuban belum pecah, jangan lakukan amniotomi (merobeknya karena amniotomi sebelum waktunya dapat meningkatkan resiko terhadap ibu dan bayi serta gawat janin.

- h) Nilai vagina. Luka parut divagina mengindikasikan adanya riwayat robekan perinium atau tindakan episiotomi sebelumnya. Nilai pembukaan dan penipisan serviks.
- i) Pastikan tali pusat atau bagian-bagian terkecil (tangan atau kaki) tidak teraba pada saat melakukan pemeriksaan dalam.
- j) Nilai penurunan bagian terbawah janin dan tentukan apakah bagian tersebut sudah masuk kedalam rongga panggul.
- k) Jika bagian terbawah adalah kepala, pastikan penunjuknya (ubun-ubun kecil, ubun-ubun besar), dan celah (sutura) sagitalis untuk menilai derajat penyusupan atau timpang tindih kepala dan apakah ukuran kepala janin sesuai dengan ukuran janin lahir.
- l) Jika pemeriksaan sudah lengkap, keluarkan kepala jari pemeriksa (hati-hati), celupkan sarung tangan kedalam larutan untuk dokumentasi, lepaskan kedua sarung tangan tadi secara terbalik dan rendam dalam larutan dokumentasi selama 10 menit.
- m) Bantu ibu untuk mengambil posisi yang lebih nyaman.
- n) Jelaskan hasil-hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.

3) Pemeriksaan Janin

Kemajuan pada kondisi janin :

- a. Jika didapati denyut jantung janin tidak normal (kurang dari 100 atau lebih dari 180 denyut permenit), curigai adanya gawat jain.

- b. Posisi atau presentasi selain oksiput anterior dengan ferteks oksiput sempurna digolongkan kedalam malposisi dan malpretasi.
- c. Jika didapat kemajuan yang kurang baik dan adanya persalinan yang lama, sebaiknya segera tangani penyebab tersebut.

c. Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Di Kala I pendokumentasian Assesment yaitu Ibu G1P0A0 hamil aterm, premature, postmaatur, partus kala I fase aktif dan laten.

Diagnosa pada kala I:

- 1) Sudah dalam persalinan (inpartu), ada tanda-tanda persalinan : pembukaan serviks >3 cm, his adekuat (teratur, minimal 2 kali dalam 10 menit selama 40 detik), lendir darah dari vagina.
- 2) Kemajuan persalinan normal, yaitu kemajuan berjalan sesuai dengan partograf.
- 3) Persalinan bermasalah, seperti kemajuan persalinan yang tidak sesuai dengan partograf, melewati garis waspada.
- 4) Kegawatdaruratan saat persalinan, seperti eklampsia, perdarahan, gawat janin

Contoh :

Diagnosis G2P1A0 hamil 39 minggu. Inpartu kala I fase aktif

Masalah : Wanita dengan kehamilan normal.

Kebutuhan : beri dukungan dan yakinkan ibu, beri informasi tentang proses dan kemajuan persalinannya.

d. Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi

berdasarkan assessment. Di kala I pendokumentasian planning yaitu:

- 1) Menghadirkan orang yang dianggap penting oleh ibu seperti suami, keluarga pasien atau teman dekat.
- 2) Mengatur aktivitas dan posisi ibu seperti posisi sesuai dengan keinginan ibu namun bila ibu ingin ditempat tidur sebaiknya tidak dianjurkan tidur dalam posisi terlentang lurus.
- 3) Membimbing ibu untuk rileks sewaktu ada his seperti ibu diminta menarik napas panjang, tahan napas sebentar, kemudian dilepaskan dengan cara meniup sewaktu ada his.
- 4) Menjaga privasi ibu seperti penolong tetap menjaga hak privasi ibu dalam persalinan, antara lain menggunakan penutup atau tirai, tidak menghadirkan orang lain tanpa sepengetahuan dan seizin pasien/ibu.
- 5) Penjelasan tentang kemajuan persalinan seperti perubahan yang terjadi dalam tubuh ibu, serta prosedur yang akan dilaksanakan dan hasil-pemeriksaan.
- 6) Menjaga kebersihan diri seperti memperbolehkan ibu untuk mandi, menganjurkan ibu membasuh sekitar kemaluannya seusaai buang air kecil/besar.
- 7) Mengatasi rasa panas seperti menggunakan kipas angin atau AC dalam kamar.
- 8) Masase, jika ibu suka, lakukan pijatan/masase pada punggung atau mengusap perut dengan lembut.
- 9) Mempertahankan kandung kemih tetap kosong.
- 10) Sentuhan, seperti keinginan ibu, memberikan sentuhan pada salah satu bagian tubuh yang bertujuan untuk mengurangi rasa kesendirian ibu selama proses persalinan.

KALA II (dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya bayi)

a. Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu bersalin kala II atau data yang diperoleh dari anamnesa antara lain: ibu mengatakan mules-mules yang sering dan selalu ingin mengedan, vulva dan anus membuka, perineum menonjol, his semakin sering dan kuat.

Data subjektif yang mendukung bahwa pasien dalam persalinan kala II adalah pasien mengatakan ingin meneran.

b. Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment. Di kala II pendokumentasian data objektif yaitu Dilakukan pemeriksaan dalam dengan hasil yaitu dinding vagina tidak ada kelahiran, portio tidak teraba, pembukaan 10 cm (lengkap), ketuban negative, presentasi kepala, penurunan bagian terendah di hodge III, posisi ubun-ubun kecil.

c. Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Di Kala II pendokumentasian Assesment yaitu Ibu G1P0A0 (aterm,preterm,postterm) inpartu kala II.

d. Diagnosis

Persalinan kala II ditegakkan dengan melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan

pembukaan sudah lengkap atau kepala janin sudah tampak di vulva dengan diameter 5-6 cm.

e. Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Di kala II pendokumentasian planning yaitu memantau keadaan umum ibu dengan observasi tanda-tanda vital menggunakan partograf, berikan support mental, pimpin ibu meneran, anjurkan ibu untuk minum dan mengumpulkan tenaga diantara kontraksi, lahirkan bayi pervagian spontan.

Pada tahap ini pelaksanaan yang dilakukan bidan adalah:

- 1) Memberikan dukungan terus-menerus kepada ibu dengan mendampingi ibu agar merasa nyaman dengan menawarkan minum atau memijat ibu.
- 2) Menjaga kebersihan ibu agar terhindar dari infeksi. Bila terdapat darah lendir atau cairan ketuban segera dibersihkan.
- 3) Memberikan dukungan mental untuk mengurangi kecemasan atau ketakutan ibu dengan cara menjaga privasi ibu, menjelaskan proses dan kemajuan persalinan, menjelaskan tentang prosedur yang akan dilakukan, dan keterlibatan ibu.
- 4) Mengatur posisi ibu dan membimbing mengejan dengan posisi berikut: jongkok, menungging, tidur miring, dan setengah duduk.
- 5) Mengatur posisi agar rasa nyeri berkurang, mudah mengejan, menjaga kandung kemih tetap kosong, menganjurkan berkemih sesering mungkin, memberikan cukup minum untuk memberi tenaga dan mencegah dehidrasi.

KALA III (dimulai dari lahirnya bayi sampai lahirnya plasenta)

a. Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu bersalin kala III atau data yang diperoleh dari anamnesa antara lain ibu mengatakan perutnya masih mules, bayi sudah lair, plasenta belum lahir, tinggi fundus uteri, kontraksi baik atau tidak, Volume perdarahan pervagianm, keadaan kandung kemih kosong.

Data subjektif :

- 1) Pasien mengatakan bahwa bayinya telah lahir melalui vagina
- 2) Pasien mengatakan bahwa ari arinya belum lahir
- 3) Pasien mengatakan perut bagian bawahnya terasa mules

b. Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment. Di kala II pendokumentasian data objektif yaitu keadaan umum ibu, pemeriksaan tanda-tanda vital, palpasi abdomen, periksa kandung kemih dan kontraksi dan ukur TFU.

c. Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Di Kala III

Pendokumentasian Assesment yaitu P1AO partus kala III.

Diagnosis pada kala III menurut Saifuddin, (2015)

- 1) Kehamilan dengan janin normal hidup tunggal
Persalinan spontan melalui vagina pada bayi tunggal, cukup bulan
- 2) Bayi normal tidak ada tanda-tanda kesulitan pernafasan, APGAR lebih dari tujuh, tanda-tanda vital stabil, berat badan besar dari dua ribu lima ratus gram.

d. Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Di kala II pendokumentasian planning yaitu observasi keadaan umum ibu, observasi pelepasan plasenta, melakukan peregang tali pusat terkendali, lakukan manajemen kala III, massase uterus, lahirkan plasenta spontan dan periksa kelengkapannya.

Nilai volume perdarahan, observasi tanda-tanda vital dan keadaan ibu.

Berdasarkan perencanaan yang telah dibuat berikut adalah realisasi asuhan yang akan dilaksanakan terhadap pasien.

- 1) Melakukan palpasi uterus untuk memastikan ada tidaknya janin kedua
- 2) Memberikan suntikkan oksitosin 0,5 cc secara IM di otot sepertiga luar paha dalam waktu kurang dari satu menit setelah bayi lahir
- 3) Melibatkan keluarga dalam pemberian minum kepada pasien. Pemberian minum (hidrasi) sangat penting dilakukan untuk mengembalikan kesegaran pasien yang telah kehilangan banyak cairan dalam proses persalinan kala II
- 4) Melakukan penjepitan dan pemotongan tali pusat
- 5) Melakukan PTT (penegangan tali pusat terkendali)
- 6) Melahirkan plasenta

KALA IV (dimulai plasenta lahir sampai 1 jam)

a. Subjektif (S)

Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa. Data subjektif ibu bersalin kala IV atau data yang diperoleh dari anamnesa yaitu ibu mengatakan sedikit lemas, lelah, dan tidak nyaman, ibu mengatakan darah yang keluar banyak seperti hari pertama haid.

c. Objektif (O)

Data objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data focus yang mendukung assessment. Di kala IV pendokumentasian data objektif yaitu plasenta sudah lahir, keadaan umum ibu baik, tanda-tanda vital dalam batas normal.

d. Assesment (A)

Assesment yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi atau masalah potensial. Di Kala IV pendokumentasian Assesment yaitu efektif yaitu P1 A0 partus kala IV.

Diagnosis pada kala IV menurut Saifuddin, (2015): Involusi normal yaitu uterus

berkontraksi, fundus uteri di bawah umbilicus, perdarahan tidak berlebihan, cairan tidak berbau.

e. Planning (P)

Planning yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment. Di kala IV pendokumentasian planning yaitu observasi keadaan umum, kesadaran, suhu, tekanan darah, nadi, keadaan kandung kemih, tinggi fundus uteri, kontraksi, volume perdarahan yang keluar.

B. Dokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Merupakan Aspek Yang Sangat Penting

Pada asuhan kebidanan ibu nifas. Dokumentasi mempunyai banyak fungsi yaitu: bukti tindakan yang dilakukan, Memberikan informasi suatu keadaan Sebagai bukti dari suatu kegiatan, Sebagai bahan proses belajar mengajar Sebagai bahan penelitian, Sebagai pertanggungjawaban, Sebagai bahan laporan, Sebagai bahan perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, Bukti Hukum, dan sebagai alat komunikasi. Cara Pelaksanaan dokumentasi pada asuhan kebidanan adalah sebagai berikut. Prawirohardjo, S. (2019).

1. Pengertian Dokumentasi pada masa Nifas

Masa nifas adalah masa di mulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat kandungan kembali semula seperti sebelum hamil, yang berlangsung selama 6 minggu atau 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis, Meskipun masa nifas secara harafiah didefinisikan sebagai masa persalinan selama dan segera setelah kelahiran, masa ini juga meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduktif kembali ke keadaan tidak hamil. Rencana untuk perawatan selanjutnya yang telah umum dikerjakan oleh kebanyakan ahli obstetri, sekurangnya sampai hari ini, telah menghasilkan kesepakatan bahwa umumnya 6 minggu dianggap sebagai masa nifas. Muslihatun, mudlilah, & Setyawati (2019) Siapkan alat dan bahan yaitu alat tulis, format rekam medik atau catatan klien

2. Isi dan kegiatan Dokumentasi

Pada masa nifas apabila diterapkan dalam asuhan kebidanan meliputi beberapa hal sebagai berikut.

- a. Masa nifas adalah masa dimulai beberapa jam sesudah lahirnya plasenta sampai 6 minggu setelah melahirkan (Pusdiknakes, 2020).
- b. Masa nifas dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti

keadaan sebelum hamil yang berlangsung kira-kira 6 minggu (Abdul Bari, 2020).

- c. Masa nifas merupakan masa selama persalinan dan segera setelah kelahiran yang meliputi minggu-minggu berikutnya pada waktu saluran reproduksi kembali ke keadaan tidak hamil yang normal (F. Gary Cunningham, Mac Donald, 2019) Batasan waktu nifas yang paling singkat (minimum) tidak ada waktunya, bahkan bisa jadi dalam waktu yang relative pendek darah sudah keluar, sedangkan batasan maksimumnya adalah 40 hari. Masa nifas merupakan masa pembersihan rahim, sama seperti halnya masa haid. Selama masa nifas, tubuh mengeluarkan darah nifas yang mengandung trombosit, sel-sel generative, sel-sel nekrosis atau sel mati dan sel endometrium sisa. Ada yang darah nifasnya cepat berhenti, ada pula yang darah nifasnya masih keluar melewati masa 40 hari. Cepat atau lambat, darah nifas harus lancar mengalir keluar. Bila tidak, misal karena tertutup.
- d. Menuliskan semua hasil dari anamnesa meliputi hari, tanggal Identitas klien dan penanggung jawab (nama, umur, alamat pekerjaan, agama, suku bangsa, pendidikan) data subyektif (Alasan datang Keluhan Utama Riwayat obstetri: Riwayat menstruasi: Menarche, Lama, Banyak, Siklus, Riwayat kehamilan/persalinan Yang lalu anak ke, umur kehamilan, jenis persalinan, penolong penyulit, komplikasi, BB anak waktu lahir keadaan anak. Riwayat persalinan sekarang meliputi Gravida, Partus, Abortus, Tem. persalinan, Jenis persalinan, Komplikasi persalinan, Keadaan Plasenta dan tali pusat Lama persalinan, keadaan bayi, Riwayat perkawinan: Status nikah, Lama nikah, Riwayat penyakit Dahulu, Sekarang. Keluarga, Riwayat KB, Pola Kebutuhan dasar sehari-hari Pola nutrisi Pola eliminasi, Pola istirahat Pola aktivitas, Personal hygiene. Hubungan perkawinan/ rumah tangga,

Psiko, sosial, spiritual, cultural, Pola kebiasaan hidup sehat, Pola Menyusui, Tingkat pengetahuan.

- e. Menuliskan semua hasil pemeriksaan data obyektif yang meliputi: Keadaan umum, Tanda-tanda vital (TD, Nadi, T RR), Pemeriksaan fisik (Kepala, Muka, Leher, Dada, Perut, Ekstremitas, Genitalia, Anus), Pemeriksaan obstetri (Muka, Payudara, Abdomen, Genitalia) dan pemeriksaan Penunjang (Pemeriksaan laboratorium).
- f. Menuliskan diagnosa kebidanan ibu nifas sesuai dengan data subyektif dan obyektif serta data penunjang yang didapatkan dan pemeriksaan ibu nifas.
- g. Menuliskan rencana (rencana tindakan, tindakan, dan hasil evaluasi dari tindakan) kebidanan ibu nifas.
- h. Menuliskan asuhan kebidanan pada ibu nifas sesuai dengan manajemen kebidanan SOAP. Rangkuman Pendokumentasian penting dilakukan pada asuhan kebidanan ibu nifas, sesuai dengan fungsi dokumentasi. Memberikan informasi suatu keadaan, Sebagai bukti dan suatu kegiatan, Sebagai bahan proses belajar mengajar. Sebagai bahan penelitian. Sebagai pertanggung jawaban, Sebagai bahan laporan, Sebagai bahan perencanaan pelaksanaan, evaluasi, Bukti Hukum, dan sebagai alat komunikasi. Dokumentasi asuhan kebidanan meliputi data subyektif, data obyektif, diagnosa/ analisa kebidanan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan : manajemen kebidanan dengan SOAP (subyektif, obyektif, analisa dan rencana) 42 hari. Selama masa pemulihan tersebut berlangsung, ibu akan mengalami banyak perubahan fisik yang bersifat fisiologis, Meskipun masa nifas secara harafiah didefinisikan sebagai masa persalinan selama dan segera setelah kelahiran, masa ini juga meliputi minggu

3. Tujuan Dokumentasi Asuhan Masa Nifas

Pelayanan pasca persalinan harus terselenggara pada masa nifas untuk memenuhi kebutuhan ibu dan bayi, yang meliputi upaya pencegahan, deteksi dini dan

pengobatan komplikasi dan penyakit yang mungkin terjadi, serta penyediaan pelayanan pemberian ASI, cara menjarangkan kehamilan, imunisasi, dan nutrisi bagi ibu (Sarwono, 2019) Selama bidan memberikan asuhan sebaiknya, bidan mengetahui apa tujuan dari pemberian asuhan pada ibu selama masa nifas antara lain untuk :

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada ibu masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi, dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.
- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) di mana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian data subjektif, objektif maupun penunjang.
- c. Setelah bidan melaksanakan pengkajian data maka bidan harus menganalisa data tersebut sehingga tujuan asuhan masa nifas dapat mendeteksi masalah yang terjadi pada ibu dan bayi.
- d. Mengobati atau merujuk bila terjadi komplikasi pada ibu maupun bayinya, yakni setelah masalah ditemukan maka bidan dapat langsung masuk ke langkah berikutnya sehingga tujuan di atas dapat dilaksanakan.
- e. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan diri, nutrisi, keluarga berencana, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya dan perawatan bayi sehat: memberikan pelayanan keluarga berencana (Saifuddin, 2019). Dokumentasi Asuhan masa nifas diperlukan dalam periode ini karena merupakan masa kritis baik ibu maupun bayinya. Diperkirakan bahwa 60% kematian ibu akibat kehamilan terjadi setelah persalinan, dan 50% kematian masa nifas terjadi dalam 24 jam pertama (Saifuddin, 2019).Masa neonatus merupakan masa kritis dari kehidupan bayi, 2/3

Kematian bayi terjadi dalam 4 minggu setelah persalinan dan 60% kematian bayi baru lahir terjadi dalam 7 hari setelah lahir dengan pemantauan melekat dan asuhan pada ibu dan bayi masa nifas dapat mencegah kematian ini. dan banyak memberikan ketidaknyamanan pada awal postpartum, yang tidak menutup kemungkinan untuk menjadi patologis bila tidak diikuti dengan perawatan yang baik (Yuliana & Hakim, 2020). Ada beberapa tahapan yang dialami oleh wanita selama masa nifas, yaitu sebagai berikut :

- 1) Immediate puerperium, yaitu waktu 0-24 jam setelah melahirkan. ibu telah diperbolehkan berdiri atau jalan-jalan.
- 2) Early puerperium, yaitu waktu 1-7 hari pemulihan setelah melahirkan. pemulihan menyeluruh alat-alat reproduksi berlangsung selama 6- minggu
Later puerperium, yaitu waktu 1-6 minggu setelah melahirkan, inilah waktu yang diperlukan oleh ibu untuk pulih dan sehat sempurna. Waktu sehat bisa berminggu-minggu, bulan dan tahun. Siapkan alat dan bahan yaitu alat tulis, format rekam medik atau catatan klien.
- 3) Pendokumentasian penting dilakukan pada asuhan ke bidanan ibu nifas, sesuai dengan fungsi dokumentas. Memberikan informasi suatu keadaan, Sebagai bukti dan suatu kegiatan, Sebagai bahan proses belajar mengajar. Sebagai bahan penelitian. Sebagai pertanggung jawaban, Sebagai bahan laporan, Sebagai bahan perencanaan pelaksanaan, evaluasi, Bukti Hukum, dan sebagai alat komunikasi Dokumentasi asuhan kebidanan meliputi data subyektif data obyektif diagnosis/ analisa kebidanan pelaksanaan dan evaluasi sesuai dengan : manajemen kebidanan dengan SOAP (subyek, obyek, analisa dan plan) Dokumentasi pada Masa nifas disebut juga masa post partum

adalah masa atau waktu sejak bayi dilahirkan dan plasenta keluar dari rahim sampai enam minggu berikutnya, serta pulihnya kembali organ-organ kandungan (Suherni, 2020). Salah satu diantara macam infeksi pada ibu nifas adalah infeksi payudara. Dengan jumlah angka kejadian sekitar 30-40% (WHO, 2019). Infeksi ini terjadi akibat kurang perawatan sewaktu hamil dan kurangnya perhatian tenaga medis tentang perawatan payudara yang dapat berakibat mastitis. Mastitis adalah infeksi dan peradangan pada mammae terutama pada primipara yang infeksi terjadi melalui luka pada puting susu. Biasanya muncul gejala pada ibu demam, payudara bengkak, kemerahan dan terasa nyeri (Wiknjosastro, 2020). Apabila mastitis tidak segera diobati akan menyebabkan abses payudara yang bisa pecah ke permukaan kulit dan bisa menimbulkan borok yang besar, maka luka pada puting payudara harus segera diobati karena dapat menghambat produksi ASI (Suherni, 2019). Peran yang sangat penting yaitu untuk bayi bisa memberi kekebalan tubuh, serta sangat baik untuk pertumbuhan dan perkembangan dan peran untuk ibu bisa mencegah terjadinya infeksi payudara (Atiningsih, 2020). Menurut Varney (2019), penanganan mastitis dilakukan dengan seseringnya menyusui dan mengosongkan payudara, memakai bra dengan penyangga tetapi tidak terlalu sempit, jangan menggunakan bra dengan kawat di bawahnya, perhatian yang cermat untuk mencuci tangan dan merawat payudara, pengompresan dengan air hangat pada area yang efektif pada saat menyusui untuk memfasilitasi aliran susu. Mengingat pentingnya pemberian ASI, maka perlu adanya perhatian dalam proses laktasi agar

terlaksana dengan benar. Sehubungan dengan hal tersebut telah ditetapkan dengan Kepmenkes RI. No. 450/MENKES/IV/2019 tentang pemberian Air Susu Ibu (ASI) secara eksklusif pada bayi Indonesia (Eny, 2019). Berdasarkan survey pendahuluan yang dilakukan di RB Mulia Kasih Boyolali pada bulan Januari - Desember 2020, jumlah ibu nifas 250 orang dengan jumlah ibu nifas normal 180 orang (72%), ibu nifas dengan mastitis 40 Orang (16%) dan ibu nifas dengan bendungan ASI 30 orang (12%). Mengingat angka kejadian ibu nifas dengan mastitis masih cukup tinggi dandan apabila mastitis tidak segera ditangani akan terjadi abses payudara, maka penulis ingin mengetahui penanganan mastitis, dengan mengambil judul “Asuhan Kebidanan pada Ibu Nifas Ny. P P1A0 dengan Mastitis di RB Mulia Kasih Ngemplak Boyolali”.

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.

- 4) Dokumentasi mempunyai 2 sifat yaitu tertutup dan terbuka. Tertutup apabila di dalam berisi rahasia yang tidak pantas diperlihatkan, diungkapkan, dan disebarluaskan kepada masyarakat. Terbuka apabila dokumen tersebut selalu berinteraksi dengan lingkungannya yang menerima dan menghimpun informasi. Pendokumentasian dari asuhan kebidanan di rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik. Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang memberi bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.
- 5) Dokumentasi Kebidanan ibu nifas
Pendokumentasian penting dilakukan oleh bidan mengingat dokumentasi memiliki fungsi yang sangat penting. Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya. Berdasarkan pendapat Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2019) 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 (2019) adalah sebagai sarana komunikasi. Komunikasi terjadi dalam tiga arah sebagai berikut.

- a) Ke bawah untuk melakukan instruksi.
- b) Ke atas untuk member laporan.
- c) Ke samping (lateral) untuk member saran.

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

- a) Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
 - 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.
 - 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.

- 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.

- 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. 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.

- 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.

- 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.

- Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.

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

Untuk menetapkan prosedur dan standar.

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

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.

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 Yulianti. Jakarta: EGC. Kemenkes RI. (2019)

C. Penggunaan Jenis Program Keluarga Berencana (KB)

Penelitian ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dengan menggunakan data hasil catatan lapangan masyarakat Jorong Korong Nan Ampek yang mengikuti program KB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) sebanyak 47 pasang dan jumlah masyarakat yang mengikuti program KB sebanyak 24 orang. Jenis alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah Intra-Uterine Device (IUD) dan suntik. Sedangkan jenis alat kontrasepsi yang tidak digunakan oleh masyarakat di Jorong Korong Nan Ampek adalah Metode Operasi Pria (MOP) dan implant. Berdasarkan hasil penelitian penggunaan KB oleh PUS masih rendah dan belum merata. Hal ini disebabkan oleh kurangnya sosialisasi mengenai alat kontrasepsi dari tenaga kesehatan di lingkungan masyarakat setempat dan tingkat pemahaman yang rendah mengenai program KB.

1. Penggunaan alat kontrasepsi suntik pada akseptor KB di Desa Humbia Kecamatan Tagulandang Selatan Kabupaten SITARO. Penelitian ini adalah penelitian survei analitik dengan rancangan studi potong lintang. Teknik pengambilan

sampel yaitu total populasi. Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh wanita pasangan usia subur yang memakai alat kontrasepsi di Desa Humbia Kecamatan Tagulandang Selatan Kabupaten SITARO. Analisis data dilakukan dengan menggunakan uji Chi-Square dengan tingkat kepercayaan 95% ($\alpha = 0,05$). Hasil uji statistik menunjukkan variabel yang berhubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi suntik yaitu umur ($p\text{-value} = 0,044$) dan pengetahuan ($p\text{-value} = 0,002$). Sedangkan variabel yang tidak berhubungan dengan penggunaan alat kontrasepsi suntik adalah sikap ($p\text{-value} = 0,517$).

2. Metode KB suntik di Desa Klagen Wilayat RT. 06 RW. 02 Kecamatan Sukodono Kabupaten Sidoarjo. Sampel menggunakan total populasi yaitu 30 orang, dengan instrumen penelitian menggunakan kuesioner dan lembar observasi dari kartu akseptor KB suntik yang kemudian dianalisa dan dipaparkan sesuai dengan fenomena yang ada. Dari hasil uji korelasi Rank Spearman didapatkan $p = 0,393 > \alpha (0,05)$, jadi tidak ada pengaruh tingkat pengetahuan pasangan usia subur terhadap keteraturan penggunaan kontrasepsi metode suntik. Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan pasangan usia subur terhadap keteraturan penggunaan kontrasepsi suntik dipengaruhi oleh umur dan tingkat pendidikan terakhir yang mempunyai nilai koefisien korelasi sangat rendah. Adapun tingkat pengetahuan pasangan usia subur secara umum berada pada kriteria baik. Untuk itu diharapkan bagi pasangan usia subur yang lainnya agar memperbanyak pengetahuan tentang penggunaan alat kontrasepsi suntik, agar proses penggunaannya menjadi lebih efektif lagi.
3. Keluarga Berencana Provinsi Sulawesi Utara. Jenis penelitian adalah penelitian kualitatif dengan Teknik pengumpulan data terdiri dari observasi, wawancara dan data primer. Sementara teknik analisis dengan cara, reduksi data, penyajian data, penarikan kesimpulan. Hasil Kajian

menunjukkan bahwa kebijakan kependudukan telah terlaksana dengan baik terbukti dari indikator efektifitas, efisiensi, kecukupan, pemerataan dan ketepatan sedangkan pada indikator responsivitas masih kurang baik. Efektifitas sudah baik karena terbukti dengan telah berhasilnya menekan laju pertumbuhan penduduk lewat penggunaan alat dan obat kontrasepsi (Alkon), efisiensi sudah baik karena biaya untuk mengikuti program KB yang dibayarkan sebanding dengan pelayanan yang diberikan dan sesuai dengan yang telah ditetapkan, kecukupan sudah cukup membantu pemerintah karena banyak program keluarga berencana yang dikeluarkan untuk mengatasi serta mengurangi permasalahan kependudukan yang terjadi di lapangan, pemerataan sudah baik karena program KB sudah diikuti oleh semua kalangan baik yang ada di perkotaan maupun yang ada di pedesaan lewat program kampung KB, ketepatan sudah baik karena program KB sudah tepat dalam mengendalikan laju pertumbuhan penduduk lewat penggunaan alat dan obat kontrasepsi sedangkan responsivitas masih kurang baik karena masih banyak keluhan dari masyarakat tentang alur/prosedur dalam mengikuti program KB.

4. Kampung KB di Desa Inrello Kecamatan Keera Kabupaten Wajo. Metode penelitian yang digunakan adalah metode penelitian kualitatif.
5. Jumlah akseptor KB di Kabupaten Pidie yang paling banyak digunakan metode kontrasepsi PIL 36, 28%, suntik 27, 29%, IUD 15, 64%, implant 8, 78%, MOP/MOW 10, 65%, kondom 1, 36%. Pada tahun 2014 KB kontrasepsi mantap kurang diminati oleh pasangan usia subur dibandingkan dengan alat kontrasepsi PIL dan Suntik. Pelaksanaan program KB di Kecamatan Meurah Dua akseptor KB yang menggunakan metode kontrasepsi pil 45, 20%, suntik 30, 70%, Implant 5, 64%, IUD 7, 84%, kondom 3, 17% dan MOW/MOP 7, 44%. Oleh dengan adanya data tersebut diperlukan sebuah

kegiatan dalam bentuk penyuluhan yang akan dilaksanakan di Desa Balee

6. Metode KB suntik pada akseptor KB di Desa Kedungglugu Kabupaten Nganjuk tahun 2018. Jenis penelitian ini adalah survey analitik, menggunakan desain penelitian cross sectional. Jumlah sampel yang digunakan 90 akseptor KB di Desa Kedungglugu Kabupaten Nganjuk, dengan teknik pengambilan sampel strata proporsional sampling. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Hasil penelitian ini menunjukkan prosentase KB suntik sejumlah 72%. Berdasarkan Analisis Bivariat diketahui faktor-faktor yang berhubungan secara signifikan dengan pemilihan kontrasepsi KB suntik adalah usia dengan p value 0,033, jumlah anak dengan p value 0,023, biaya dengan p value 0,001, dukungan suami dengan p value 0,028, dan terjadinya efek samping dengan p value 0,033, sedangkan yang tidak berhubungan adalah faktor pendidikan dengan p value > 0,05. Kesimpulan, faktor- faktor yang berhubungan dengan pemilihan KB suntik oleh akseptor KB di Desa Kedungglugu Kabupaten Nganjuk adalah usia, jumlah anak, biaya, dukungan suami
7. Jumlah akseptor KB di Kabupaten Pidie yang paling banyak digunakan metode kontrasepsi PIL 36, 28%, suntik 27, 29%, IUD 15, 64%, implant 8, 78%, MOP/MOW 10, 65%, kondom 1, 36%. Pada tahun 2014 KB kontrasepsi mantap kurang diminati oleh pasangan usia subur dibandingkan dengan alat kontrasepsi PIL dan Suntik. Pelaksanaan program KB di Kecamatan Meurah Dua akseptor KB yang menggunakan metode kontrasepsi pil 45, 20%, suntik 30, 70%, Implant 5, 64%, IUD 7, 84%, kondom 3, 17% dan MOW/MOP 7, 44%. Oleh dengan adanya data tersebut diperlukan sebuah kegiatan dalam bentuk penyuluhan yang akan dilaksanakan di Desa Balee
8. Di Desa Pasir Muncang Kecamatan Cikaum Tahun 2020 Beberapa metode kontrasepsi yang dapat digunakan

yaitu metode kontrasepsi jangka pendek (suntik dan pil) dan metode kontrasepsi jangka panjang (IUD, implant, MOP, MOW). Desain penelitian yang akan digunakan dalam penelitian ini adalah dengan menggunakan metode analitik kuantitatif dengan metode cross sectional. Populasi sebanyak 281 orang akseptor kb aktif dan sampel sebanyak 43 orang. Teknik Sampling yang digunakan

9. Penggunaan jenis program Keluarga Berencana (KB) di Jorong Korong Nan Ampek, Nagari Tanjung Bonai, Sumatera Barat. Penelitian ini menggunakan metode analisis data kualitatif. Teknik pengumpulan data dalam penelitian ini dengan menggunakan data hasil catatan lapangan masyarakat Jorong Korong Nan Ampek yang mengikuti program KB. Hasil penelitian menunjukkan bahwa jumlah Pasangan Usia Subur (PUS) sebanyak 47 pasang dan jumlah masyarakat yang mengikuti program KB sebanyak 24 orang. Jenis alat kontrasepsi yang paling banyak digunakan adalah Intra-Uterine Device (IUD) dan suntik. Sedangkan jenis alat kontrasepsi yang tidak digunakan oleh masyarakat di Jorong Korong Nan Ampek adalah Metode Operasi Pria (MOP) dan implant. Berdasarkan hasil penelitian penggunaan KB oleh PUS masih rendah dan belum merata. Hal ini disebabkan oleh kurangnya sosialisasi mengenai alat kontrasepsi dari tenaga kesehatan di lingkungan masyarakat setempat dan tingkat pemahaman yang rendah mengenai program KB.

DAFTAR PUSTAKA

- Ali,zaidin .2020. dasar-dasar dokumentasi keperawatan. EGC. Jakarta
- Asrinah, Shinta Siswoyo Putri, dkk. 2010. Konsep kebidanan. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Astuti, Lestari Puji dkk. Peran dan Fungsi Bidan Dalam Pelaksanaan Informed Consent Pada Kegawatdaruratan Obstetri di Puskesmas. Volume IX Nomor 2, 2017.
- Budi, S. C. 2018. Manajemen Unit Kerja Rekam Medis. Yogyakarta: Quantum Sinergis Media.
- Cahya Novita Siswiantari .2016 .Analisis .Pendokumentasian Catatan Kesehatan Ibu Hamil Pada Buku KIA Di Puskesmas Kartasura<http://eprints.ums.ac.id/45956/28/NASKAH%20PUBLIKASI.pdf>
- Cahyani,S. A., Wicaksono,A. P., Nuraini,N., dan Prananingtias,R. 2021. Analisis Sistem Pengendalian Berkas Rekam Medis di Rumah Sakit Universitas Airlangga Surabaya. JREMI : Jurnal Rekam Medik Dan Informasi Kesehatan, 2 (2), 231-243. <https://publikasi.polije.ac.id/index.php/jremi/article/download/2017/1619>.
- Carpenito Lynda Juall, 1991, Nursing Care Plans and Documentation, JB. Lippincot Company: Philadelphia.
- Cunningham, FG., dkk. (2007). Obstetri Williams. UK: Lippincott.
- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional. (2012). Theree Years Report2009-2012. London : FOGI. Hafifah. 2011. Laporan Pendahuluan pada Pasien dengan Persalinan Normal
- Ginting, Eni. S. 2018. Pengaruh Motivasi Intrinsik dan Ekstrinsik terhadap Kinerja Dokter dalam Pengisian Rekam Medis di

- Rumah Sakit Umum Kabanjahe Kabupaten Karo. Tesis. Pascasarjana Universitas Sumatera Utara .Medan.
- Handayani,Sih Rini,dkk.2017.Bahan Ajar Dokumentasi kebidanan.Jakarta:Kementerian Kesehatan RI
- Handayaniningsih,isti.dokumentasi keperawatan “DAR”, Mitra Cendikia Press, Yogyakarta,2017.
- Hatta,G. R. 2019. Pedoman Manajemen Informasi Kesehatan di Sarana Pelayanan Kesehatan. Jakarta:UI Press.
- Helen, Varney. 2017. Buku Ajar Asuhan Kebidanan. Edisi 4, Volume 2. Jakarta: EGC.
- Henderson, C. & Jones, K. (2005). Buku Ajar Konsep Kebidanan (Edisi Bahasa Indonesia). Ed.
- Hidayah, AepN 2017, “Tata RuangPenyimpananRekamMedis” Politeknik Bandung, diakses 25 Juli 2018.,
- Istirochah. 2017. Analisis Kepatuhan Dokter dalam Mengisi Rekam Medis di Rumah Sakit Umum Daerah Kabupaten Boyolali. Tesis. Pascasarjana Universitas Muhammadiyah Surakarta. Surakarta.
- Johan , Teuku Saiful Bahri, 2018, Hukum Tata Negara Dan Hukum Administrasi Negara Dalam Tataran Reformasi Ketatanegaraan Indonesia, Yogyakarta, Deepublish.
- Lawintono, Laurensia.2017.Dokumentasi , St Carolus, Jakarta.
- Luh Mertasari1, &Wayan Sugandini. 2021 . Aktualisasi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP pada Praktek Mandiri Bidan (PMB)
- Mansyur, (2014). Buku Ajar Asuhan Kebidanan Masa Nifas . Malang: SelaksaMedika
- Maritalia, D., & Rahmah, S. (2018). Pelatihan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Di Puskesmas Gandapura Kabupaten Bireuen Aceh-Indonesia. Jurnal Pengabdian Kepada

- Masyarakat, 1(1).
<http://103.215.72.91/index.php/pkm/article/view/27>.
- Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati, 2020. Dokumentasi Kebidanan.Yogyakarta : Fitramaya
- N. Amir. (2019). Perlindungan Hukum Kerahasiaan Data Pasien Dalam Rekam Medik Elektronik, Jakarta: repository.ubaya.ac.id
- Nur muslihatun wafi 2017 Dokumentasi kebidanan.yogyakarta:fitramaya.
- Nurwiandani.Widy. 2018. Dokumentasi Kebidanan Konsep dan Aplikasi Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta: Pustakabaru press.
- Puspitasari, D. (2019). Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Kebidanan Terhadap Perlindungan Hukum Pasien Pada Bidan Praktik Mandiri (Studi di Kabupaten Cilacap). Jurnal Idea Hukum, 5(1), 1236-1253.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.20884/1.jih.2019.5.1.103>
- Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo. Wickham, 2004. Essen
- R. Soeprapto. (2017). Data Rekam Medik. Bengkulu: https://harzing.com/resources/publish-or-perish/manual/using/query-results/paper-details?source=pop_8.4.4041.8250
- Ramadhani,M. P. 2020.Tinjauan Rak Penyimpanan Dokumen Rekam Medis Terhadap Ergonomi Petugas Filling di Puskesmas Sooko Kabupaten Ponorogo. Jurnal Delima Harapan, 7(2), 65-72.
<http://jurnal.akbidharapanmulya.com/index.php/delima/article/download/97/79>
- Risa Pitriani, & Rika Andriyani. 2021. Penerapan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dengan Metode S-O-A-P Pada Praktik Bidan Mandiri

- Ritonga, Z. A., Wannara, A. J., Studi, P., Medis, D. P., & Medan, U. I. (2020). Faktor-faktor Penyebab Keterlambatan Waktu Penyediaan Rekam Medis Rawat Jalan Di RSUD Madani Tahun 2019. *Jurnal Ilmiah Perekam Dan Informasi Kesehatan Imelda*, 5(1),85-97.
<https://doi.org/https://doi.org/10.2411/jipiki.v5i1.341>.
- Rujukan. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI. Mochtar, R. (2010). Sinopsis obstetri: obstetri fisiologi obstetri patologi. Jakarta: EGC.
- Rustiyanto, Ery 2019, Etika Profesi: Perekam Medis dan Informasi Kesehatan—edisi pertama: Graha Ilmu, Jakarta.
- Sabraguna, Boy S 2017, Sistem Informasi Manajemen Rumah Sakit: Konsorium, Jogjakarta.
- Sih Rini handayani.M. mid. 2017. Dokumentasi adalah Bukti Resmi, Tujuan, Fungsi, dan Perannya - Hot Liputan6.com"
<https://m.liputan6.com/hot/read/4870090/dokumentasi-adalah-bukti-resmi-tujuan-fungsi-dan-perannya>
- Subiyatin, Aning. 2017. Buku Ajar Dokumentasi kebidanan .Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta
- Sugiyanto, Z. 2018. Analisis Perilaku Dokter dalam Mengisi Kelengkapan Data Rekam Medis Lembar Resume Rawat Inap di RS Ungaran. Tesis. Pascasarjana Universitas Diponegoro, Semarang.
- Sweet, B & Tiram D. (2018). *maye's midwifery; a textbook for midwife* London; Baillire tindal.
- Varney (2020). *Varney's Midwifery*, 3rd Edition, Jones and Barlet Publishers, Sudbury: England.
- Widan & Hidayat (2020). *Dokumentasi kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

TENTANG PENULIS



Nurul Hikmah Annisa adalah anak perempuan terakhir yang lahir dari pasangan suami Istri, Hillan Nabi bin Thahlil Anwar dan Siti Ruhul Aflah binti Sultan Abdul Rahim di Jakarta pada tanggal 4 Agustus 1985. Anak bungsu yang mempunyai 3 saudara perempuan dan 1 saudara laki-laki ini, menghabiskan masa kecilnya di Jakarta Selatan dan tinggal bersama kedua orangtuanya hingga lulus sekolah menengah atas. Setelah lulus dari SMA dan diterima di Fakultas kedokteran melalui jenjang UMPTN membuatnya semangat untuk melanjutkan pendidikan di jenjang kesehatan. Akan tetapi malang tak dapat ditolak, untung tak dapat diraih, kedua orangtuanya memutuskan untuk tidak mendukung mengambil pendidikan di bidang tersebut. Dan ternyata keputusan tersebut mempunyai Hikmah tersendiri dibalik semua kejadian. Tidak menjadi dokter tidak membuatnya patah semangat, tahun 2003 ia memutuskan untuk merantau dalam hal menuntut ilmu, ke kota Semarang di Jawa Tengah untuk menempuh program Diploma tiga kebidanannya hingga lanjut ke jenjang Diploma 4 di perguruan tinggi yang sama dengan hasil yang memuaskan, ditambah lagi perguruan tingginya sudah mengalami peningkatan luar biasa menjadi Universitas Ngudi Waluyo Ungaran. Tidak berhenti disana, Kalimantan menjadi langkah selanjutnya yang dilakukan pada tahun 2007, Akbid Borneo Medistra Balikpapan menjadi tempatnya mengalirkan ilmu yang sudah didapatnya, sekaligus menjadi tempatnya bertemu dengan belahan jiwanya yang setia mendampingi hingga saat ini. Setelah hampir 4 tahun di perantauan, ia akhirnya melanjutkan kembali langkahnya untuk keliling Indonesia menuju ke pulau Bali, Sumatra, Kalimantan, Jawa dan Lombok hingga akhirnya memantapkan pendiriannya untuk menetap dan tinggal di pulau yang sekarang menjadi terkenal dengan Sirkuit Mandalikanya. Stikes Yarsi Mataram adalah labuhan terakhir dalam

perantauannya, tempatnya melepaskan jangkar dan berlabuh sampai saat ini. Namun demikian demi pemugaran ilmunya, maka pada tahun 2013, ia melanjutkan langkah ke pulau ke 6 Sulawesi menuju Universitas Hasanuddin Makassar, Fakultas Kedokteran Jurusan S2 Kebidanan untuk menuntut ilmu hingga mendapatkan gelar Magister Kebidanan dengan memuaskan dan sekaligus meledakkan kembali mengenai Gentle Birth. Adapun penelitiannya dilakukan di Bali tepatnya di tempat Ibu Robin Lim, Ubud, yang sangat mendukung persalinan tanpa lampu (kualifikasi tertentu) dan Lotus Birth, yang kemudian dirangkumnya menjadi "Pengaruh Metode Leboyer Terhadap Penurunan Stres Bayi Baru Lahir". Setelah selesai mendapatkan gelar di tahun 2015, ia kembali ke Lombok untuk melanjutkan menerapkan ilmu dan idealismenya dalam membagi hasil pendidikan dan pengalamannya. Kemudian setelah kehilangan sebelah sayapnya karena ditinggalkan ibunda tercinta pada 27 Oktober 2020, disusul sebelah sayap lainnya karena ditinggalkan oleh ayahanda tersayang pada 5 Agustus 2021, akhirnya untuk menumbuhkan sayap baru, di bulan September 2021, ia kembali melangkah untuk memperkuat kompetensinya dengan menuntut ilmu di Institut Deli Husada, Deli Tua, Sumatera Utara. Jarak dan kegiatan mengajar serta kesibukannya sebagai seorang istri dan ibu dari kelima anaknya tidak pernah menjadi hambatan dalam memugar ilmu dan menambah kompetensinya. Hal ini ditunjukkannya dengan segera menyelesaikan pendidikan kompetensinya baru saja pada bulan september 2022 dan menyandang gelar profesinya melengkapi gelar akademik sebelumnya, menjadi Bd. Nurul Hikmah Annisa., S.Si.T., M.Keb. Selanjutnya dalam membagi ilmu dan pengalaman lebih luas lagi, ia menuangkannya dalam bentuk buku. Adapun, "Menurunkan Skala Nyeri Persalinan (Aplikasi Tehnik Counter Pressure dan Pijat Endorphine), Asuhan Kebidanan Komunitas dan Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan" ini merupakan buku selanjutnya.

SURAT PENCATATAN CIPTAAN

Dalam rangka perlindungan ciptaan di bidang ilmu pengetahuan, seni dan sastra berdasarkan Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta, dengan ini menerangkan:

Nomor dan tanggal permohonan : EC062023141912, 30 Desember 2023

Pencipta

Nama : **Bd. Nurul Hikmah Annisa, S.Si.T., M.Keb**
Alamat : Jl. Otista 3 No. G7/2, Kompleks 12, RT 7/RW 2, Taman Asrama Seng,
Cipinang Cempedak, Jatinegara, Jakarta Timur, DKI Jakarta, 13340
Kewarganegaraan : Indonesia

Pemegang Hak Cipta

Nama : **Bd. Nurul Hikmah Annisa, S.Si.T., M.Keb**
Alamat : Jl. Otista 3 No. G7/2, Kompleks 12, RT 7/RW 2, Taman Asrama Seng,
Cipinang Cempedak, Jatinegara, Jakarta Timur, DKI Jakarta 13340
Kewarganegaraan : Indonesia

Jenis Ciptaan : **Buku**
Judul Ciptaan : **Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan**

Tanggal dan tempat diumumkan untuk pertama kali
di wilayah Indonesia atau di luar wilayah Indonesia : 24 November 2022, di Purbalingga

Jangka waktu perlindungan : Berlaku selama hidup Pencipta dan terus berlangsung selama 70 (tujuh
puluh) tahun setelah Pencipta meninggal dunia, terhitung mulai tanggal 1
Januari tahun berikutnya.

Nomor pencatatan : 000574865

adalah benar berdasarkan keterangan yang diberikan oleh Pemohon.

Surat Pencatatan Hak Cipta atau produk Hak terkait ini sesuai dengan Pasal 72 Undang-Undang Nomor 28 Tahun 2014 tentang Hak Cipta.



a.n. MENTERI HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA
Direktur Hak Cipta dan Desain Industri

Anggoro Dasananto
NIP. 196412081991031002

Disclaimer:

Dalam hal pemohon memberikan keterangan tidak sesuai dengan surat pernyataan, Menteri berwenang untuk mencabut surat pencatatan permohonan.