

Program Studi  
**Sarjana Terapan Kebidanan**



# MODUL 1

# DOKUMENTASI KEBIDANAN

---

# 2019



KEMENTERIAN  
KESEHATAN  
REPUBLIK  
INDONESIA

**Jurusan Kebidanan**  
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

---

**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

**VISI DAN MISI**  
**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN**  
**POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

**VISI**

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan  
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal  
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan  
Unggulan Kebidanan Komunitas”

**MISI**

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 1  
BAHAN AJAR CETAK  
KEBIDANAN

**DOKUMENTASI**  
KEBIDANAN

## DAFTAR ISI

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

Ringkasan .....	40
Tes 1 .....	40
<b>Topik 2.</b>	
<b>Teknik Dokumentasi <i>Flow Sheet</i> .....</b>	<b>43</b>
Latihan .....	47
Ringkasan .....	47
Tes 2 .....	48
<b>KUNCI JAWABAN TES .....</b>	<b>51</b>
<b>GLOSARIUM .....</b>	<b>52</b>
<b>DAFTAR PUSTAKA .....</b>	<b>53</b>

# BAB I

## KONSEP DASAR DOKUMENTASI

### PENDAHULUAN

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

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

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

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

## Topik 1

# Tujuan dan Fungsi Dokumentasi

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

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

### A. PENGERTIAN DOKUMENTASI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **B. TUJUAN DAN FUNGSI DOKUMENTASI**

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

Fungsi pentingnya melakukan dokumentasi kebidanan meliputi dua hal berikut ini.

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

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

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

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

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

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

## ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ■

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

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

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

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

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

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

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

8. Untuk menetapkan prosedur dan standar.

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

9. Untuk mencatat.

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

10. Untuk memberi instruksi.

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

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

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

## Latihan

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

- 1) Jelaskan pengertian dokumentasi kebidanan!

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

### **Petunjuk Jawaban Latihan**

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

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

## **Ringkasan**

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

## **Tes 1**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

## ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ■

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

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

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

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

## Topik 2

# Prinsip-Prinsip Dokumentasi

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

### A. PRINSIP - PRINSIP DOKUMENTASI

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

#### 1. Lengkap

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

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

#### 2. Teliti

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

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

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

### 3. Berdasarkan fakta

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip berdasarkan fakta.

Prinsip berdasarkan fakta mencakup hal berikut ini:

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

### 4. Logis

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip logis.

Prinsip logis meliputi:

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

### 5. Dapat dibaca

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip dapat dibaca.

Prinsip dapat dibaca meliputi:

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

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

#### 1. Kesederhanaan

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

#### 2. Keakuratan

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

3. Kesabaran

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

4. Ketepatan

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

5. Kelengkapan

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

6. Kejelasan dan keobjektifan

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

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

1. Dokumentasi secara lengkap tentang suatu masalah penting yang bersifat klinis.

Dokumentasi kebidanan bertujuan untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien. Rekam medis dipergunakan dalam pendokumentasian asuhan kebidanan untuk memenuhi kewajiban profesional bidan dalam mengomunikasikan informasi penting. Data dalam catatan tersebut harus berisi informasi spesifik yang memberi gambaran tentang kondisi pasien dan pemberian asuhan kebidanan, juga tentang evaluasi status pasien.

2. Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data.

Setiap kali melakukan pencatatan, perlu dicantumkan nama bidan yang bertugas serta waktu pencatatan.

3. Tulislah dengan jelas dan rapi.

Tulisan yang jelas dan rapi akan menghindarkan kita dari kesalahan persepsi. Selain itu, dapat menunjang tujuan dari pendokumentasian, yakni terjalinnya komunikasi dengan tim tenaga kesehatan lain. Tulisan yang tidak jelas dan tidak rapi akan menimbulkan kebingungan serta menghabiskan banyak waktu untuk dapat memahaminya. Lebih bahaya lagi dapat menimbulkan cedera pada pasien jika ada informasi penting yang disalahartikan akibat ketidakjelasan tulisan tangan.

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

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

## Latihan

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

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

### Petunjuk Jawaban Latihan

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

## Ringkasan

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

## Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Mencatat semua pelayanan yang diberikan termasuk prinsip dokumentasi...
  - A. Lengkap
  - B. Teliti
  - C. Logis
  - D. Dapat dibaca
  
- 2) Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan termasuk prinsip dokumentasi...
  - A. Dapat di baca
  - B. Lengkap
  - C. Teliti
  - D. Logis
  
- 3) Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar termasuk prinsip dokumentasi...
  - A. Dapat di baca
  - B. Lengkap
  - C. Teliti
  - D. Logis

- 4) Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan termasuk prinsip dokumentasi...
  - A. Dapat di baca
  - B. Lengkap
  - C. Teliti
  - D. Berdasarkan Fakta
  
- 5) Menggunakan bahasa aktif termasuk prinsip dokumentasi...
  - A. Dapat di baca
  - B. Berdasarkan fakta
  - C. Teliti
  - D. Logis
  
- 6) Penulisan dimulai dengan huruf besar termasuk prinsip dokumentasi...
  - A. Dapat di baca
  - B. Berdasarkan fakta
  - C. Teliti
  - D. Logis
  
- 7) Mencantumkan tanda tangan/paraf bidan termasuk prinsip dokumentasi ...
  - A. Dapat di baca
  - B. Berdasarkan fakta
  - C. Teliti
  - D. Logis
  
- 8) Bebas dari catatan dan koreksi termasuk prinsip dokumentasi ....
  - A. Dapat di baca
  - B. Berdasarkan fakta
  - C. Teliti
  - D. Logis
  
- 9) Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik termasuk prinsip dokumentasi ....
  - A. Dapat di baca
  - B. Berdasarkan fakta
  - C. Teliti
  - D. Logis
  
- 10) Setiap penulisan data memiliki identitas, waktu (jam, hari, tgl, bulan dan tahun) termasuk prinsip dokumentasi...
  - A. Dapat di baca
  - B. Berdasarkan fakta
  - C. Teliti
  - D. Logis

## Topik 3

### Aspek Legal dalam Dokumentasi

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

#### A. ASPEK LEGAL DALAM DOKUMENTASI

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

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

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

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

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

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

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

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

## Latihan

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

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

### Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

## Ringkasan

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

## Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Dokumentasi kebidanan harus dicatat berdasarkan pada...kebidanan
  - A. Kode etik
  - B. Standar
  - C. Undang undang
  - D. Tata tertib
  
- 2) Aspek legal berarti...
  - A. Pembuatan catatan harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum
  - B. Pembuatan catatan harus berdasarkan kode etik kebidanan
  - C. Pembuatan catatan harus berdasarkan undang - undang
  - D. Pembuatan catatan harus berdasarkan tata tertib kebidanan
  
- 3) Malpraktik yang melibatkan bidan adalah di bawah ini...
  - A. Tidak memberi asuhan kepada klien yang bukan tanggung jawabnya
  - B. Memberi bantuan kepada klien
  - C. Membuat klien menjadi cedera karena ketidaksengajaan
  - D. Tidak membantu klien lain yang bukan kewenangannya
  
- 4) Tidak memenuhi standar praktik kebidanan adalah termasuk hal yang akan mengakibatkan bidan mendapatkan....
  - A. Sanksi
  - B. Reward
  - C. Tekanan
  - D. Penghargaan

## ✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

- 5) Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan termasuk...
  - A. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan
  - B. Petunjuk untuk mencatat data secara legal
  - C. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal
  - D. Petunjuk untuk mencatat data berdasarkan fakta
  
- 6) Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan, dan pastikan informasi akurat. Tiga hal tersebut termasuk.....dokumentasi.
  - A. Panduan standard
  - B. Panduan legal
  - C. Panduan kode etik
  - D. Panduan tata tertib
  
- 7) Agar dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum maka...
  - A. Dokumentasi informasi memenuhi aspek legal
  - B. Dokumentasi informasi memenuhi aspek kode etik
  - C. Dokumentasi informasi memenuhi aspek undang undang
  - D. Dokumentasi informasi memenuhi aspek tata tertib
  
- 8) Adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera akan menyebabkan bidan mendapatkan...
  - A. Sanksi
  - B. Reward
  - C. Tekanan
  - D. Penghargaan
  
- 9) Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah, sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf adalah termasuk....dokumentasi.
  - A. Panduan standard
  - B. Panduan legal
  - C. Panduan kode etik
  - D. Panduan tata tertib

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

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

## Topik 4

# Manfaat Dokumentasi Kebidanan

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

### A. MANFAAT DOKUMENTASI KEBIDANAN

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

#### 1. Aspek Hukum

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek hukum yaitu:

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

#### 2. Aspek Komunikasi

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek komunikasi yaitu:

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

#### 3. Aspek Penelitian

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

#### **4. Aspek Keuangan/Ekonomi**

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek ekonomi yaitu:

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

#### **5. Aspek Pendidikan**

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek pendidikan yaitu:

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

#### **6. Aspek Statistik**

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

#### **7. Aspek Jaminan Mutu**

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

#### **8. Aspek Manajemen**

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

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

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

## ■DOKUMENTASI KEBIDANAN■

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

## Latihan

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

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

### Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

## Ringkasan

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

## Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Dapat digunakan sebagai barang bukti pengadilan adalah termasuk manfaat dokumentasi aspek...
  - A. Ekonomi
  - B. Jaminan mutu
  - C. Hukum
  - D. Penelitian
  
- 2) Melalui dokumentasi dapat dilihat sejauh mana peran dalam fungsi bidan dalam memberikan asuhan kepada klien, termasuk manfaat dokumentasi aspek...
  - A. Ekonomi
  - B. Manajemen
  - C. Jaminan mutu
  - D. Hukum
  
- 3) Dapat digunakan sebagai acuan/pertimbangan dalam biaya perawatan bagi klien, termasuk manfaat dokumentasi aspek...
  - A. Ekonomi
  - B. Manajemen
  - C. Jaminan mutu
  - D. Hukum
  
- 4) Dapat digunakan sebagai bahan/referensi pembelajaran bagi siswa/profesi kebidanan, termasuk manfaat dokumentasi aspek...
  - A. Ekonomi
  - B. Penelitian
  - C. Pendidikan
  - D. Hukum
  
- 5) Dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan ketenagaan dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan, termasuk manfaat dokumentasi aspek...
  - A. Pendidikan
  - B. Statistik
  - C. Hukum
  - D. Jaminan mutu

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

## Kunci Jawaban Tes

### *Tes 1*

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

### *Tes 2*

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

### *Tes 3*

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

### *Tes 4*

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

## Glosarium

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

## Daftar Pustaka

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

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

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

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

## BAB II TEKNIK DOKUMENTASI

*Triwik Sri Mulati, M.Mid*

### PENDAHULUAN

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

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

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

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

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

## Topik 1

### Teknik Dokumentasi Naratif

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

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

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

#### A. PENGERTIAN TEKNIK DOKUMENTASI NARATIF

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

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

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

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

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

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

## **B. KEUNTUNGAN TEKNIK DOKUMENTASI NARATIF**

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

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

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

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

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

### C. KERUGIAN TEKNIK DOKUMENTASI NARATIF

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

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

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

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

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

#### **D. PEDOMAN PENULISAN DOKUMENTASI NARATIF**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Contoh pencatatan naratif:**

(Tanggal 12 Mei 2004, di KIA puskesmas)

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

## Latihan

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

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

### **Petunjuk Jawaban Latihan**

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

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

### **Ringkasan**

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

### **Tes 1**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

## ✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ■ ✍️

- 2) Memberi kebebasan kepada petugas (bidan) untuk memilih dan mencatat bagaimana informasi yang akan dicatat menurut gaya yang disukai pentingnya dokumentasi kebidanan termasuk.....dokumentasi naratif.
  - A. Pedoman
  - B. Aturan
  - C. Keuntungan
  - D. Kerugian
  
- 3) Menulis, memperbaiki dan menjaga rencana asuhan sebagai bagian dari laporan adalah termasuk....dokumentasi naratif.
  - A. Pedoman
  - B. Aturan
  - C. Keuntungan
  - D. Kerugian
  
- 4) Data yang dicatat tidak secara mendalam, hanya informasi yang umumnya saja adalah termasuk....dokumentasi naratif.
  - A. Pedoman
  - B. Aturan
  - C. Keuntungan
  - D. Kerugian
  
- 5) Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan outcomes adalah salah satu dari....dokumentasi naratif.
  - A. Pedoman
  - B. Aturan
  - C. Keuntungan
  - D. Kerugian
  
- 6) Melaporkan evaluasi setiap saat, antara lain pada saat pasien masuk, dirujuk, pulang atau jika terjadi perubahan adalah salah satu dari.....dokumentasi naratif.
  - A. Pedoman
  - B. Aturan
  - C. Keuntungan
  - D. Kerugian
  
- 7) Asuhan memerlukan review catatan dari sebgaiian sumber untuk menentukan kondisi pasien secara keseluruhan adalah termasuk....dokumentasi naratif.
  - A. Pedoman
  - B. Aturan
  - C. Keuntungan
  - D. Kerugian

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

## Topik 2

### Teknik Dokumentasi *Flow Sheet*

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

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

#### **A. PENGERTIAN TEKNIK DOKUMENTASI *FLOW SHEET***

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

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

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

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

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

## **B. KEUNTUNGAN TEKNIK DOKUMENTASI *FLOW SHEET***

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

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

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

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

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

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

### **C. KERUGIAN TEKNIK DOKUMENTASI *FLOW SHEET***

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

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

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

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

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

### **D. PEDOMAN PENULISAN DOKUMENTASI *FLOW SHEET***

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

#### **1. Pedoman *Flow sheet***

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

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

## **2. Desain dan Bagian Umum dalam *Flow sheet***

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

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

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

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

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

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

Beberapa contoh flow sheet antara lain sebagai berikut.

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

## Latihan

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

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

## Ringkasan

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

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

## Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah ditentukan sebelumnya adalah.....teknik dokumentasi flow sheet.
  - A. Tujuan
  - B. Pengertian
  - C. Keuntungan
  - D. Kerugian
  
- 2) Untuk kecepatan dan efisiensi pendokumentasian data dan asuhan adalah.....teknik dokumentasi flow sheet.
  - A. Tujuan
  - B. Pengertian
  - C. Keuntungan
  - D. Kerugian
  
- 3) Keseimbangan cairan (Intake dan Output) adalah.....teknik dokumentasi flow sheet.
  - A. Contoh
  - B. Bentuk
  - C. Model
  - D. Tipe
  
- 4) Melibatkan staf sistem informasi komputer untuk meninjau ulang konsep lembar alur adalah termasuk ..... dokumentasi *flow sheet*.
  - A. Kerugian
  - B. Keuntungan
  - C. Anjuran dalam membuat flow sheet
  - D. Pedoman

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

## Kunci Jawaban Tes

### *Tes 1*

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

### *Tes 2*

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

## Glosarium

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

## Daftar Pustaka

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

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

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

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

## BAB III MODEL DOKUMENTASI

Triwik Sri Mulati, M.Mid

### PENDAHULUAN

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

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

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

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

## Topik 1

### Model Dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR)

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

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

#### A. PENGERTIAN *PROBLEM ORIENTED RECORD* (POR)

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

Pendekatan ini pertama kali diperkenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Dalam format aslinya pendekatan berorientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi, dengan sistem ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

#### B. KOMPONEN *PROBLEM ORIENTED RECORD*

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

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

### 1. Data Dasar

Data dasar berisi kumpulan dari data atau semua informasi baik subyektif maupun obyektif yang telah dikaji dari klien ketika pertama kali masuk rumah sakit atau pertama kali diperiksa. Data dasar mencakup:

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

Data dasar yang telah terkumpul selanjutnya digunakan sebagai sarana mengidentifikasi masalah dan mengembangkan daftar masalah klien.

### 2. Daftar Masalah

Daftar masalah merupakan suatu daftar inventaris masalah yang sudah dinomori menurut prioritas. Untuk memudahkan mencapainya daftar masalah ini berada didepan dari catatan medik. Daftar masalah ini bisa mencerminkan keadaan pasien, masalah-masalah ini diberi nomor sehingga akan memudahkan bila perlu dirujuk ke masalah tertentu dalam catatan klinik tersebut. Bila masalah sudah teratasi juga diberi catatan dan diberi tanggal kapan masalah tersebut teratasi juga diberi catatan dan diberi tanggal kapan masalah tersebut teratasi dan petugas yang mengidentifikasi masalah tersebut untuk pertama kalinya. Dengan demikian daftar masalah ini berfungsi sebagai indeks maupun gambaran dari klien tersebut.

- a. Daftar masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar, kemudian disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah.
- b. Daftar masalah ditulis pertama kali oleh tenaga yang pertama bertemu dengan klien atau orang yang diberi tanggung jawab.
- c. Daftar masalah dapat mencakup masalah fisiologis, psikologis, sosiokultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan.
- d. Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, dirumuskan dan dicantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.

### 3. Daftar Awal Rencana

Rencana asuhan merupakan hasil yang diharapkan tindak lanjut dikembangkan untuk masalah yang teridentifikasi. Rencana asuhan harus mencakup instruksi untuk memperoleh data tambahan, untuk intervensi terapeutik dan penyuluhan untuk pasien. Setiap masalah yang ada dimaksudkan kebutuhan akan asuhan, dilaksanakan oleh siapa, frekuensi pelaksanaan dan hasil yang diharapkan, tujuan jangka pendek dan jangka panjang. Batas waktu ditentukan untuk evaluasi respon pasien terhadap intervensi maupun kemajuan terhadap pencapaian tujuan.

- a. Rencana asuhan ditulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksinya, sedang perawat atau bidan menulis instruksi menulis instruksi rencana asuhan.

b. Perencanaan awal terdiri dari 3 ( tiga ) bagian yaitu diagnostik, usulan terapi, dan pendidikan klien.

1) Diagnostik

Dokter mengidentifikasi apa pengkajian diagnostik yang perlu dilakukan terlebih dahulu. Menetapkan prioritas untuk mencegah duplikasi tindakan dan memindahkan pemenuhan kebutuhan klien. Koordinasi pemeriksaan untuk menegakkan diagnostik sangat penting.

2) Usulan Terapi

Dokter menginstruksikan terapi khusus berdasarkan masalah. Termasuk pengobatan, kegiatan yang tidak boleh dilakukan, diet, penanganan secara khusus, dan observasi yang harus dilakukan. Jika masalah awal diagnosa kebidanan, bidan dapat menyusun urutan usulan tindakan asuhan kebidanan.

3) Pendidikan klien

Diidentifikasi kebutuhan pendidikan klien bertujuan jangka panjang. Tim kesehatan mengidentifikasi jenis informasi atau keterampilan yang diperlukan oleh klien untuk beradaptasi terhadap masalah yang berkaitan dengan kesehatan.

#### 4. Catatan Perkembangan (*Proses Note*)

Catatan perkembangan membentuk rangkaian informasi dalam sistem pendekatan berorientasi masalah. Catatan ini dirancang sesuai dengan format khusus untuk mendokumentasikan informasi mengenai setiap nomor dan judul masalah yang sudah terdaftar. Catatan ini menyediakan suatu rekaman kemajuan pasien dalam mengatasi masalah khusus, perencanaan dan evaluasi. Catatan perkembangan biasanya ditampilkan dalam tiga bentuk, yaitu flow sheet berisi hasil observasi dan tindakan tertentu, catatan perawat/ keterpaduan memberi tempat untuk evaluasi kondisi pasien dan kemajuan dalam mencapai tujuan, catatan pulang dan ringkasan asuhan dan memudahkan follow up waktu pasien pulang.

a. Catatan perkembangan berisikan catatan tentang perkembangan tiap–tiap masalah yang telah dilakukan tindakan, dan disusun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama.

b. Beberapa acuan catatan perkembangan dapat digunakan antara lain:

1) SOAP: Subyektif data, Obyektif Data, Assesment, Plan.

2) SOAPIER: SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi, dan Revisi.

3) PIE: Problem, Intervensi Evaluasi.

### C. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN *PROBLEM ORIENTED RECORD*

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

## 1. Keuntungan

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

- a. Pencatatan sistem ini berfokus atau lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- b. Pencatatan tentang kontinuitas atau kesinambungan dari asuhan kebidanan.
- c. Evaluasi masalah dan pemecahan masalah didokumentasikan dengan jelas, susunan data mencerminkan masalah khusus. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik. Keduanya ini memperlihatkan penggunaan logika untuk pengkajian dan proses yang digunakan dalam pengobatan pasien.
- d. Daftar masalah, setiap judul dan nomor merupakan "*checklist*" untuk diagnosa kebidanan dan untuk masalah klien. Daftar masalah tersebut membantu mengingatkan bidan untuk masalah-masalah yang meminta perhatian khusus .
- e. Daftar masalah bertindak sebagai daftar isi dan mempermudah pencarian data dalam proses asuhan.
- f. Masalah yang membutuhkan intervensi (yang teridentifikasi dalam data dasar) dibicarakan dalam rencana asuhan.

## 2. Kerugian

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

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

#### D. CONTOH MODEL DOKUMENTASI *PROBLEM ORIENTED RECORD*

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

Tabel 1. Format Pendokumentasian POR

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

Sumber: Wildan & Hidayat, 2009.

### Latihan

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

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

#### Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

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

## Ringkasan

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

## Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

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

- C. Implementasi
- D. Daftar masalah

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

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

## Topik 2

### Model Dokumentasi *Source Oriented Record* (SOR)

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

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

#### A. PENGERTIAN *SOURCE ORIENTED RECORD* (SOR)

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

Sementara itu, Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010) mengungkapkan bahwa *Source Oriented Record* (SOR) adalah suatu model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi. Model ini menempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Sehingga masing masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan yang lain. Misalnya, kumpulan informasi yang bersumber dari dokter, bidan, perawat, fisioterapi, ahli gizi dan lain-lain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit, dan perkembangan penyakit. Bidan menggunakan catatan kebidanan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing masing.

## **B. KOMPONEN *SOURCE ORIENTED RECORD***

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

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

## **C. KEUNTUNGAN DAN KERUGIAN *SOURCE ORIENTED RECORD***

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

### **1. Keuntungan SOR**

Adapun keuntungan dari model dokumentasi SOR meliputi:

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

### **2. Kerugian SOR**

Kerugian dari model dokumentasi SOR meliputi:

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

#### D. CONTOH MODEL DOKUMENTASI *SOURCE ORIENTED RECORD*

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

Tabel 2. Format Pendokumentasian SOR

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

Sumber: Wildan & Hidayat (2009).

### Latihan

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

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

#### Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

## Ringkasan

Pengertian dari model dokumentasi *Source Oriented Record* adalah model dokumentasi yang berorientasi kepada sumber informasi. Model ini menempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Model ini umumnya diterapkan pada rawat inap. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Sehingga masing masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan yang lain. Di dalam model ini terdapat catatan pasien yang ditulis oleh dokter dan riwayat keperawatan yang ditulis oleh perawat. Formulirnya terdiri dari formulir grafik, format pemberian obat, format catatan perawat yang meliputi riwayat penyakit klien, perkembangan klien, pemeriksaan laboratorium, dan diagnostik. Komponen dari model dokumentasi *Source Oriented Record* ini meliputi lembaran penerimaan berisi biodata, lembar intruksi dokter, lembar riwayat medis atau penyakit, catatan bidan, dan catatan laporan khusus. Keuntungan dari SOR salah satunya adalah SOR mampu menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi. Sedangkan salah satu kerugiannya adalah sulit untuk mencari data sebelumnya.

## Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari model dokumentasi SOR adalah...
  - A. Model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada sumber informasi.
  - B. Model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada informasi.
  - C. Model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada problem.
  - D. Model pendokumentasian sistem pelayanan kesehatan yang berorientasi pada tujuan.
  
- 2) Model ini menempatkan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan adalah termasuk.....model dokumentasi SOR.
  - A. Kerugian
  - B. Keuntungan
  - C. Komponen
  - D. Pengertian
  
- 3) Catatan bidan adalah termasuk.....model dokumentasi SOR.
  - A. Kerugian
  - B. Keuntungan

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

- C. Komponen
- D. Tujuan

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

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

## Topik 3

### Model Dokumentasi *Charting By Exception* (CBE)

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

#### **A. PENGERTIAN *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)**

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

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

##### **1. Lembar Alur**

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

##### **2. Dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik**

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

**3. Protokol dan Instruksi Incidental**

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

**4. Data dasar kebidanan**

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

**5. Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis**

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

**6. Catatan perkembangan**

Penggunaan SOAP dalam CBE sangat terbatas pada situasi:

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

**B. KOMPONEN *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)**

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

Model dokumentasi CBE terdiri dari tiga komponen kunci sebagai berikut.

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

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

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

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

#### **1. Keuntungan CBE**

Keuntungan dari model dokumentasi CBE meliputi:

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

#### **2. Kerugian CBE**

Kerugian dari model dokumentasi SOR meliputi:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ny S (34 tahun) datang ke RSUD Sukoharjo . Masuk dengan keluhan utama: nyeri ulu hati dan merasa sangat pusing di daerah frontal. Hasil pemeriksaan fisik: tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 88 x/m, suhu 37<sup>0</sup>C. Usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri 16 cm, oedema pada wajah, ekstremitas atas (tangan dan jari jarinya) dan ekstremitas bawah (kaki), DJJ 120 x/m, pemeriksaan penunjang: Protein urin + 2.

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

**Intervensi:**

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

**Evaluasi:**

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

Obyektif: Tekanan darah 140/100 mmHg, nadi 88 x/m, suhu 37<sup>0</sup>C, DJJ 120 x/m.

## Latihan

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

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

**Petunjuk Jawaban Latihan**

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

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

## Ringkasan

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

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

### Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari model dokumentasi CBE adalah...
  - A. Model dokumentasi yang mencatat secara naratif dan flowsheet dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal .
  - B. Model dokumentasi yang hanya mencatat secara flowsheet dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal .
  - C. Model dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal.
  - D. Model dokumentasi yang hanya mencatat secara cek list dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal.
  
- 2) Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan adalah termasuk.....model dokumentasi CBE.
  - A. Kerugian
  - B. Keuntungan
  - C. Komponen
  - D. Pengertian
  
- 3) Jumlah halaman yang digunakan dalam dokumentasi lebih sedikit adalah termasuk..... model dokumentasi CBE.
  - A. Kerugian
  - B. Keuntungan
  - C. Komponen
  - D. Pengertian
  
- 4) Data dasar (riwayat dan pemeriksaan fisik) adalah termasuk ..... model dokumentasi CBE.
  - A. Kerugian
  - B. Keuntungan

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

## ✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

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

## Topik 4

### Model Dokumentasi Kardek

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

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

#### A. PENGERTIAN MODEL DOKUMENTASI KARDEK

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

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

#### B. KOMPONEN MODEL DOKUMENTASI KARDEK

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

##### 1. Data Pasien.

Data pasien pada kardek meliputi:

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

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

**2. Diagnosa Kebidanan, berupa daftar prioritas masalah.**

**3. Pengobatan sekarang atau yang sedang dilakukan.**

Data ini meliputi:

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

**4. Test Diagnostik.**

Data yang ada di test diagnostik meliputi:

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

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

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

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

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

## **C. KEUNTUNGAN DAN KELEMAHAN MODEL DOKUMENTASI KARDEK**

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

### 1. Keuntungan Kardek

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

### 2. Kelemahan kardek

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

## Latihan

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

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

### Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

## Ringkasan

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

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

## Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Pengertian dari model dokumentasi kardek adalah...
  - A. Pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu buku.
  - B. Pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu narasi.
  - C. Pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu cek list.
  - D. Pendokumentasian tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam suatu flow sheet.
  
- 2) Menghemat suatu sistem dokumentasi dengan menggunakan serangkaian kartu dan membuat data penting tentang klien, ringkasan problem klien, dan terapinya adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
  - A. Kerugian
  - B. Keuntungan
  - C. Komponen
  - D. Pengertian
  
- 3) Informasi dalam kardeks hanya terbatas untuk tim kebidanan saja adalah termasuk....model dokumentasi kardek.
  - A. Kelemahan
  - B. Keuntungan
  - C. Komponen
  - D. Pengertian
  
- 4) Tidak dibaca oleh bidan sebelum mereka memberikan pelayanan adalah termasuk ....model dokumentasi kardek.
  - A. Kelemahan
  - B. Keuntungan
  - C. Komponen
  - D. Format

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

## Topik 5

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

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

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

#### A. PENGERTIAN MODEL DOKUMENTASI SISTEM KOMPUTERISASI

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

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

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

## **B. KEUNTUNGAN DAN KELEMAHAN SISTEM KOMPUTERISASI**

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

### **1. Keuntungan Sistem Komputerisasi**

Keuntungan penggunaan dokumentasi dengan model komputerisasi ini meliputi:

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

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

## 2. Kelemahan Sistem Komputerisasi

Kelemahan model dokumentasi dengan sistem komputerisasi meliputi:

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

## C. APLIKASI MODEL DOKUMENTASI SISTEM KOMPUTERISASI

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

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

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

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

## Latihan

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

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

### Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

## Ringkasan

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

## Tes 5

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

## ✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

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

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

## Kunci Jawaban Tes

### *Tes 1*

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

### *Tes 2*

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

### *Tes 3*

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

### *Tes 4*

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

### *Tes 5*

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

## Glosarium

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

## Daftar Pustaka

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