

Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL 2

DOKUMENTASI KEBIDANAN

2019



Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**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 3
BAHAN AJAR CETAK
KEBIDANAN

DOKUMENTASI KEBIDANAN

DAFTAR ISI

BAB III: MODEL DOKUMENTASI	1
Topik 1.	
Model Dokumentasi <i>Problem Oriented Record (POR)</i>	2
Latihan	6
Ringkasan	6
Tes 1	7
Topik 2.	
Model Dokumentasi <i>Sourch Oriented Record (SOR)</i>	10
Latihan	12
Ringkasan	13
Tes 2	13
Topik 3.	
Model Dokumentasi <i>Charting By Exception (CBE)</i>	16
Latihan	20
Ringkasan	20
Tes 3	22
Topik 4.	
Model Dokumentasi Kardek	25
Latihan	27
Ringkasan	27
Tes 4	28
Topik 5.	
Model Dokumentasi Sistem Komputerisasi (<i>Computer Based Patient Record / CPR</i>).....	32
Latihan	33
Ringkasan	33
Tes 5	33
KUNCI JAWABAN TES	36
GLOSARIUM	37
DAFTAR PUSTAKA	38

BAB IV: SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DAN SISTEM DOKUMENTASI PELAYANAN	39
Topik 1.Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik di Rumah Sakit	40
Latihan	44
Ringkasan	44
Tes 1	45
 Topik 2.	
Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik di Puskesmas dan Praktik Mandiri Bidan (PMB)	46
Latihan	52
Ringkasan	52
Tes 2	53
 Topik 3.Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Jalan	54
Latihan	55
Ringkasan	55
Tes 3	56
 Topik 4.Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Inap	58
Latihan	59
Ringkasan	59
Tes 4	60
 KUNCI JAWABAN TES	61
GLOSARIUM	62
DAFTAR PUSTAKA	63

BAB III MODEL DOKUMENTASI

PENDAHULUAN

Mahasiswa Sarjana Terapan Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu di 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 termasukmodel dokumentasi SOR.
- A. Kerugian
 - B. Keuntungan

- C. Komponen
- D. Tujuan

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

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

Topik 3

Model Dokumentasi *Charting By Exception* (CBE)

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

A. PENGERTIAN *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)

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

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

1. Lembar Alur

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

2. Dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik

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

3. Protokol dan Instruksi Incidental

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

4. Data dasar kebidanan

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

5. Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis

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

6. Catatan perkembangan

Penggunaan SOAP dalam CBE sangat terbatas pada situasi:

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

B. KOMPONEN *CHARTING BY EXCEPTION* (CBE)

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

Model dokumentasi CBE terdiri dari tiga komponen kunci sebagai berikut.

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

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

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

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

1. Keuntungan CBE

Keuntungan dari model dokumentasi CBE meliputi:

- a. 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 37⁰C. Usia kehamilan 28 minggu, tinggi fundus uteri 16 cm, oedema pada wajah, ekstremitas atas (tangan dan jari jarinya) dan ekstremitas bawah (kaki), DJJ 120 x/m, pemeriksaan penunjang: Protein urin + 2.

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

Intervensi:

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

Evaluasi:

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

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

Latihan

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

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

Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

Ringkasan

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

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

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

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

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

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

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

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

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

Topik 4

Model Dokumentasi Kardek

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

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

A. PENGERTIAN MODEL DOKUMENTASI KARDEK

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

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

B. KOMPONEN MODEL DOKUMENTASI KARDEK

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

1. Data Pasien.

Data pasien pada kardek meliputi:

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

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

2. Diagnosa Kebidanan, berupa daftar prioritas masalah.

3. Pengobatan sekarang atau yang sedang dilakukan.

Data ini meliputi:

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

4. Test Diagnostik.

Data yang ada di test diagnostik meliputi:

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

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

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

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

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

C. KEUNTUNGAN DAN KELEMAHAN MODEL DOKUMENTASI KARDEK

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

1. Keuntungan Kardek

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

2. Kelemahan kardek

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

Latihan

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

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

Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

Ringkasan

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

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

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

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

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

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

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

Topik 5

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

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

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

A. PENGERTIAN MODEL DOKUMENTASI SISTEM KOMPUTERISASI

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

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

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

B. KEUNTUNGAN DAN KELEMAHAN SISTEM KOMPUTERISASI

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

1. Keuntungan Sistem Komputerisasi

Keuntungan penggunaan dokumentasi dengan model komputerisasi ini meliputi:

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

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

2. Kelemahan Sistem Komputerisasi

Kelemahan model dokumentasi dengan sistem komputerisasi meliputi:

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

C. APLIKASI MODEL DOKUMENTASI SISTEM KOMPUTERISASI

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

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

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

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

Latihan

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

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

Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

Ringkasan

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

Tes 5

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

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

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

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

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

Tes 2

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

Tes 3

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

Tes 4

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

Tes 5

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

Glosarium

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

Daftar Pustaka

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

BAB IV

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DAN SISTEM DOKUMENTASI PELAYANAN

PENDAHULUAN

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

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

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

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

Topik 1

Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik di Rumah Sakit

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

A. REKAM MEDIK

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

1. Pengertian

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

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

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

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

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

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

2. Tujuan

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

a. Aspek Administrasi

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

b. Aspek Medis

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

Contoh:

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

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

Pemeriksaan fisik : kepala, leher, perut dsb.

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

c. Aspek Hukum

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

d. Aspek Keuangan

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

e. Aspek Penelitian

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

f. Aspek Pendidikan

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

g. Aspek Dokumentasi

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

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

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

B. PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DI RUMAH SAKIT

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Penerimaan klien.

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

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

2. Pencatatan (*recording*).

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

3. Pengolahan data medik.

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

4. Penyimpanan berkas rekam medik.

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

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

5. Peminjaman berkas rekam medik.

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

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

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

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

Latihan

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

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

Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

Ringkasan

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

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

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

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

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

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

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

Topik 2

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

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

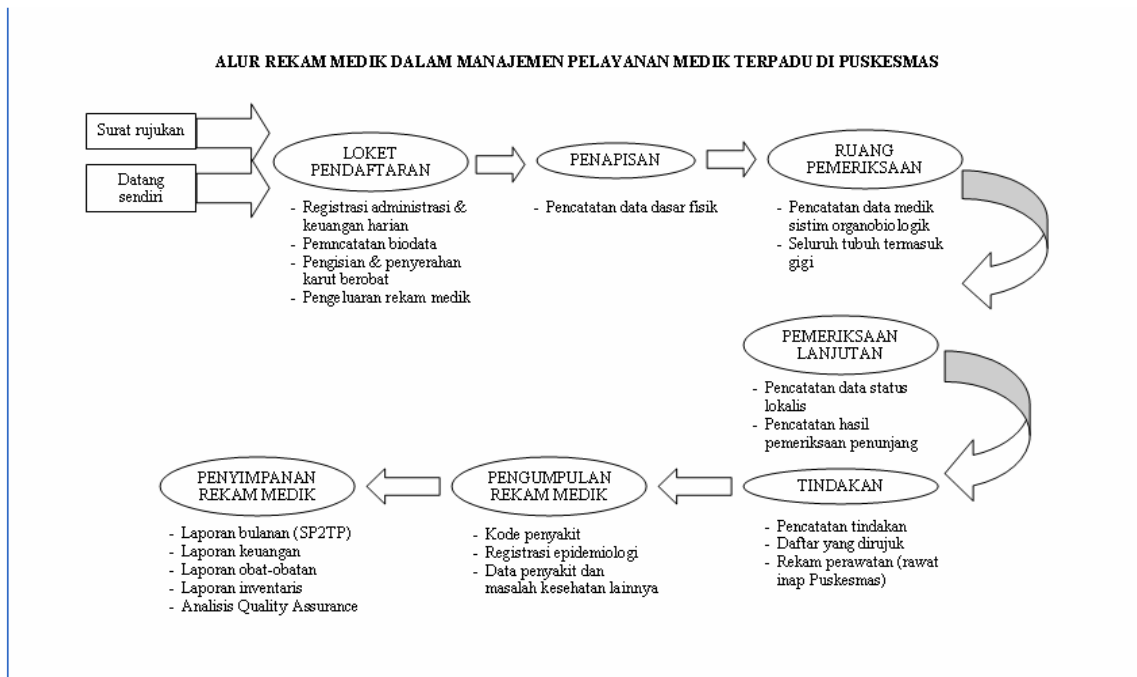
A. SISTEM PENGUMPULAN DATA DI PUSKESMAS

1. Status Rekam Medik di Puskesmas

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

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

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



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

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

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

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

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

2. Buku Register di Puskesmas

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

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

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

a. Laporan Bulanan

Laporan bulanan yang harus dilakukan oleh puskesmas adalah:

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

b. Laporan Bulanan Sentinel (SST)

Laporan bulanan sentinel yang harus dilakukan oleh Puskesmas adalah:

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

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

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

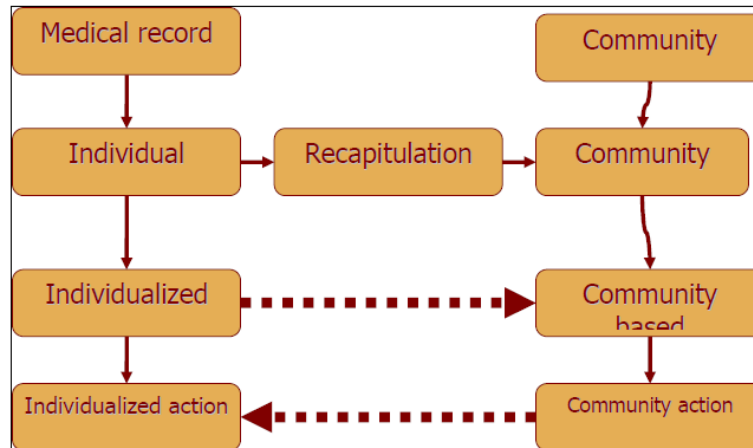
3. Sistem Informasi Kesehatan

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

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

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

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



Gambar 2. Sumber informasi kesehatan

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

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

Adapun pemanfaatan informasi yang berasal dari Puskesmas dapat berupa:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Latihan

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

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

Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

Ringkasan

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

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

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

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

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

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

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

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

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

Topik 3

Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Jalan

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

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

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

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

A. PROSEDUR PENERIMAAN KLIEN RAWAT JALAN

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

1. Klien baru

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

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

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

- a. Klien boleh pulang.

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

2. Klien lama

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

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

3. Klien gawat darurat

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

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

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

Latihan

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

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

Petunjuk Jawaban Latihan

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

Ringkasan

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

Tes 3

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

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

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

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

Topik 4

Sistem Dokumentasi Pelayanan Rawat Inap

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

A. KETENTUAN UMUM PENERIMAAN KLIEN RAWAT INAP

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

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

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

B. PROSEDUR PENERIMAAN KLIEN RAWAT INAP

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

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

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

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

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

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

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

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

C. ATURAN PENERIMAAN DAN INDIKATOR PELAYANAN KLIEN RAWAT INAP

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

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

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

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

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

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

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

GDR : *gross death rate*.

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

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

Latihan

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

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

Petunjuk Jawaban Latihan

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

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

Ringkasan

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

Tes 4

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

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

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

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

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

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

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

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

Tes 2

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

Tes 3

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

Tes 4

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

Glosarium

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

Daftar Pustaka

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