

Program Studi

Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL TEORI

DOKUMENTASI KEBIDANAN

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL

DOKUMENTASI KEBIDANAN



PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA

VISI DAN MISI
PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA

VISI

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

MISI

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



DAFTAR ISI

Kata Pengantar.....	ii
Daftar Isi.....	iii
Pendahuluan.....	01
BAB 1 Konsep Dokumentasi.....	02
A.Pengertian Dokumentasi Kebidanan.....	03
B.Tujuan dan Fungsi Dokumentasi.....	04
C.Prinsip-prinsip Pendokumentasian.....	05
D.Aspek Legal Dalam Dokumentasi.....	05
Rangkuman.....	07
Tes Fomatif.....	08
Glosarium.....	11
Daftar Pustaka.....	12
BAB 2 Manfaat Dokumentasi Kebidanan.....	13
A.Aspek Administrasi.....	14
B.Aspek Hukum.....	14
C.Aspek Pendidikan.....	14
D.Aspek Penelitian.....	14
E.Aspek Ekonomi.....	14
F.Aspek Manajemen.....	15
Rangkuman.....	16
Tes Fomatif.....	17
Glosarium.....	18
Daftar Pustaka.....	20
BAB 3 Teknik Dokumentasi.....	21
A.Naratif.....	22
B.Teknik Flowsheet/checklist.....	24
Rangkuman.....	26
Tes Fomatif.....	28
Glosarium.....	30
Daftar Pustaka.....	31

BAB 4 Model Pendokumentasian	32
A.POR(Problem Oriented Record)	33
B.SOR(Source Oriented Record)	37
C.CBE(Charing by exception)	38
D.Kardeks	39
E.Komputerisasi	40
Rangkuman	41
Tes Fomatif.....	42
Glosarium	44
Daftar Pustaka	45
BAB 5 Metode Pendokumentasian	46
A.SOAPIER	47
B.SOAPIE	48
C.SOAPIED.....	48
D.SOAP	48
E.Manajemen Kebidanan dengan 7 LangkahVarney	48
Rangkuman	55
Tes Fomatif	56
Glosarium	58
Daftar Pustaka	59
BAB 6 Akses Untuk Memperoleh Rekam Medik	60
A.Rekam Medis Rumah Sakit	61
B.Rekam Medis Puskesmas	63
C.Rekam Medis Bidan Praktik Swasta (BPS)	64
D.Sistem dokumentasi Pelayanan	65
E.Pendekatan catatan SOAP	68
Rangkuman.....	69
Tes Fomatif	71
Glosarium	73
Daftar Pustaka	74



PENDAHULUAN

Mata kuliah ini membahas mengenai konsep dokumentasi meliputi definisi, tujuan dan fungsi dokumentasi, prinsip dokumentasi, aspek legal dalam dokumentasi serta manfaat dokumentasi kebidanan. Selanjutnya, akan dibahas mengenai tehnik dokumentasi, model – model dokumentasi, metode dokumentasi serta akses untuk memperoleh rekam medik. Dan manajemen kebidanan dalam asuhan kebidanan.

Mata kuliah ini membahas mengenai konsep dokumentasi meliputi definisi, tujuan dan fungsi dokumentasi, prinsip dokumentasi, aspek legal dalam dokumentasi serta manfaat dokumentasi kebidanan. Selanjutnya, akan dibahas mengenai tehnik dokumentasi, model – model dokumentasi, metode dokumentasi serta akses untuk memperoleh rekam medik. Dan manajemen kebidanan dalam asuhan kebidanan.

Tujuan Instruksional Umum :

Setelah mengikuti mata kuliah Dokumentasi Kebidanan mahasiswa mampu menjelaskan konsep dokumentasi, teknik dokumentasi, model-model dalam dokumentasi, manajemen kebidanan dalam langkah Varney serta metode dokumentasi.

Tujuan Instruksional Khusus :

1. Peserta didik/mahasiswa dapat menjelaskan konsep dokumentasi kebidanan
2. Peserta didik/mahasiswa dapat menjelaskan manfaat dokumentasi kebidanan

Modul ini disusun sedemikian rupa agar anda dapat mempelajarinya secara mandiri, kami yakin anda akan berhasil jika anda mau mempelajarinya secara serius dan benar. Oleh karena itu lakukan langkah-langkah belajar sebagai berikut:

1. Baca baik-baik dan pahami tujuan/kompetensi yang ingin dicapai
2. Pelajari materi secara berurutan mulai dari kegiatan belajar 1 dan seterusnya
3. Anda harus memiliki keyakinan yang kuat untuk belajar
4. Pahami uraian materi pada setiap kegiatan belajar
5. Disamping mempelajari modul ini, anda dianjurkan mempelajari buku maupun artikel lain yang membahas tentang konsep kebidanan
6. Setelah selesai mempelajari satu kegiatan belajar, anda diminta untuk mengerjakan tugas maupun soal-soal yang ada didalamnya.
7. Kunci jawaban untuk setiap kegiatan belajar ada di bagian akhir modul ini. Silahkan cocokkan jawaban anda dengan kunci jawaban tersebut
8. Bila anda mengalami kesulitan, diskusikan dengan teman atau hubungi dosen dari Mata Kuliah ini

BAB 1

KONSEP DOKUMENTASI

100 MENIT



TUJUAN

TUJUAN UMUM

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat mendokumentasikan asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien/klien. Namun sebelumnya mahasiswa diharapkan terlebih dahulu dapat menjelaskan mengenai konsep kebidanan meliputi pengertian dokumentasi kebidanan, tugas dan fungsi dokumentasi kebidanan, prinsip dokumentasi kebidanan, aspek legal dalam dokumentasi serta manfaat dokumentasi kebidanan agar dapat mencapai tujuan pembelajaran.

TUJUAN KHUSUS

Secara khusus mahasiswa diharapkan dapat:

- a. Menganalisis tentang pengertian dokumentasi kebidanan
- b. Menganalisis tentang tujuan dan manfaat dokumentasi kebidanan
- c. Menganalisis tentang prinsip-prinsip pendokumentasian
- d. Menganalisis tentang aspek legal dalam dokumentasi



URAIAN MATERI

A. Pengertian Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi asuhan dalam pelayanan kebidanan adalah bagian dari kegiatan yang harus dikerjakan oleh bidan setelah memberi asuhan kepada pasien. Dokumentasi merupakan suatu informasi lengkap meliputi status kesehatan pasien, kebutuhan pasien, kegiatan asuhan kebidanan serta respons pasien terhadap asuhan yang diterimanya. Dengan demikian dokumentasi kebidanan mempunyai porsi yang besar dari catatan klinis pasien yang menginformasikan faktor tertentu atau situasi yang terjadi selama asuhan dilaksanakan. Disamping itu catatan juga dapat sebagai wahana komunikasi dan koordinasi antar profesi (Interdisipliner) yang dapat dipergunakan untuk mengungkap suatu fakta aktual untuk dipertanggungjawabkan. Dokumentasi kebidanan merupakan :

1. Keterangan tertulis yang dibuat oleh bidan, yang diberikan pada klien baik yang menjalani rawat inap, rawat jalan serta pelayanan kegawatdaruratan.
2. Data yang lengkap, nyata dan tercatat, bukan hanya tentang keadaan fisio logis klien, tetapi juga mengenai keadaan fisiologi yang menyimpang, patologis, tipe kualitas, kuantitas, pelayanan kesehatan dalam memenuhi pemecahan masalah / kebutuhan klien.
3. Suatu sistem pencatatan & pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan reproduksi dan semua kegiatan yang di lakukan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan (rawat jalan & rawat inap)

Secara terminologi menurut Frances Talaska Fisbach (1991):

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan essensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi dalam periode waktu tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang perawatan dan mengidentifikasi masalah pasien, merencanakan, menyelenggarakan dan mengevaluasi perawatan
4. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien sehat atau sakit dan hasil perawatan
5. Melaksanakan kegiatan keperawatan, misal gradasi penyakit, peningkatan kesehatan dan perawatan, mengurangi kesakitan dan perawatan pada orang yang sekarat.

B. Tujuan dan Fungsi Dokumentasi

Kegiatan pendokumentasian merupakan unsur pokok dalam pertanggungjawaban kinerja profesi kebidanan. Catatan pasien merupakan suatu dokumen legal berbentuk tulisan, menggambarkan asuhan kebidanan yang diberikan Tujuan dari kegiatan pendokumentasian asuhan kebidanan, antara lain :

1. Sebagai Sarana Komunikasi

Dokumentasi yang dikomunikasikan melalui tulisan yang bersifat permanen, komunikatif, teliti dan lengkap secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk:

- a) Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
- b) Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan
- c) Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya. Melalui dokumentasi ini, diharapkan tidak akan ada rencana asuhan yang sama sekali tidak dilakukan
- d) Bidan mampu meminimalkan kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam melakukan asuhan kebidanan.

2. Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat

Sebagai upaya untuk melindungi pasien terhadap kualitas pelayanan kebidanan yang diterima dan perlindungan terhadap keamanan bidan dalam melaksanakan tugasnya, maka bidan diharuskan mencatat segala tindakan yang dilakukan terhadap pasien.

3. Sebagai Informasi statistik

Data statistik dari dokumentasi kebidanan dapat membantu merencanakan kebutuhan di masa mendatang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.

4. Sebagai Sarana Pendidikan

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

5. Sebagai Sumber Data Penelitian

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian.

6. Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan kebidanan yang berkualitas dapat dicapai, karena jaminan kualitas merupakan bagian dari program pengembangan pelayanan kesehatan

7. Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan

Dengan dokumentasi akan didapatkan data yang aktual dan konsisten mencakup seluruh kegiatan keperawatan yang dilakukan melalui tahapan kegiatan proses keperawatan.

8. Sebagai sarana evaluasi untuk klien terhadap asuhan yang dilaksanakan.

9. Sebagai sarana untuk meningkatkan disiplin ilmu dalam tim pelayanan kesehatan.
10. Sebagai audit untuk memantau kualitas pelayanan yang diterima klien (sesuai standar praktek/tidak)

C. Prinsip-prinsip Pendokumentasian

Isi Pencatatan

1. Mengandung Nilai Administratif
Misalnya rangkaian pendokumentasian kegiatan pelayanan kebidanan merupakan alat pembelaan yang sah manakala terjadi gugatan.
2. Mengandung Nilai Hukum
Misalnya catatan medis kesehatan kebidanan dapat dijadikan sebagai pegangan hukum bagi rumah sakit, petugas kesehatan, maupun pasien.
3. Mengandung Nilai Keuangan
Kegiatan pelayanan medis kebidanan akan menggambarkan tinggi rendahnya biaya perawatan yang merupakan sumber perencanaan keuangan rumah sakit.
4. Mengandung Nilai Riset
Pencatatan mengandung data, atau informasi, atau bahan yang dapat digunakan sebagai objek penelitian, karena dokumentasi merupakan informasi yang terjadi di masa lalu.
5. Mengandung Nilai Edukasi
Pencatatan medis keperawatan/kebidanan dapat digunakan sebagai referensi atau bahan pengajaran di bidang profesi si pemakai.

D. Aspek Legal Dalam Dokumentasi

Dapat digunakan sebagai bukti penting dalam mengevaluasi asuhan yang telah diberikan oleh bidan.

1. Komunikasi
 - a. Koordinasi Asuhan Kebidanan
 - b. Mencegah informasi yang berulang
 - c. Menurunkan kesalahan dan meningkatkan asuhan kebidanan
 - d. Penggunaan waktu yang efisien
2. Mekanisme pertanggungjawaban
 - a. Dapat dipertanggungjawabkan kualitas maupun kebenarannya
 - b. Secara hukum dapat melindungi bidan
3. Metode pengumpulan data
 - a. Kemajuan klien yang dapat dipercaya
 - b. Deteksi kecenderungan yang mungkin terjadi
 - c. Bahan penelitian
 - d. Data statistik

4. Sarana keperawatan secara individual
5. Sarana untuk evaluasi
6. Sarana untuk meningkatkan kerjasama antar disiplin dalam tim kesehatan
7. Sarana pendidikan lanjutan
8. Audit untuk memantau kualitas pelayanan kesehatan

Pedoman Untuk Pencatatan Legal

1. Jangan menghapus menggunakan Type-X atau mencoret tulisan yang salah ketika mencatat, karena akan merusak catatan. Yang benar adalah dengan membuat satu garis pada tulisan yang salah lalu diparaf, kemudian tulis catatan yang benar
2. Jangan menulis komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lain. Karena dapat digunakan sebagai bukti yang tidak profesional/asuhan yang tidak bermutu. Tulislah hanya uraian objektif tentang perilaku klien dan tindakan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan lainnya.
3. Koreksi semua kesalahan sesegera mungkin karena kesalahan menulis dapat diikuti dengan kesalahan tindakan. Jadi jangan tergesa-gesa melengkapi catatan dan pastikan informasi akurat
4. Jangan biarkan bagian yang kosong pada catatan bidan, karena orang lain dapat menambahkan informasi yang tidak benar pada bagian yang kosong tersebut.
5. Semua catatan harus dapat dibaca dan ditulis dengan tinta. Bila tulisan sulit dibaca akan timbul suatu kesalahan penafsiran dan dapat dituntut secara hukum. Bila ditulis dengan pensil, tulisan dapat dihapus/diganti, maka sebaiknya dengan tinta
6. Jika ada instruksi/pesan dokter/tim, sebelum dilakukan tindakan maka diklarifikasi dulu dan catat tentang hasilnya
7. Tulis untuk diri sendiri bukan orang lain
8. Hindari penggunaan tulisan yang bersifat umum. Tulisan harus lengkap, singkat dan pada
9. Membuat dokumentasi dimulai dengan waktu dan diakhiri dengan tanda tangan, nama jelas maupun gelar akademik yang ada.



RANGKUMAN

Dokumentasi kebidanan merupakan

1. Keterangan tertulis yang dibuat oleh bidan, yang diberikan pada klien baik yang menjalani rawat inap, rawat jalan serta pelayanan kegawatdaruratan.
2. Data yang lengkap, nyata dan tercatat.
3. Suatu sistem pencatatan & pelaporan informasi tentang kondisi dan perkembangan kesehatan reproduksi dan semua kegiatan yang di lakukan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan (rawat jalan & rawat inap)

Tujuan dari kegiatan pendokumentasian asuhan kebidanan, antara lain

1. Sebagai Sarana Komunikasi
2. Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat
3. Sebagai Informasi statistik
4. Sebagai Sarana Pendidikan.
5. Sebagai Sumber Data Penelitian
6. Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan
7. Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan Kebidanan Berkelanjutan
8. Sebagai sarana evaluasi untuk klien terhadap asuhan yang dilaksanakan.
9. Sebagai sarana untuk meningkatkan disiplin ilmu dalam tim pelayanan kesehatan.
10. Sebagai audit untuk memantau kualitas pelayanan yang diterima klien (sesuai standar praktek/tidak).

Prinsip-prinsip Pendokumentasian

1. Mengandung Nilai Administratif
2. Mengandung Nilai Hukum
3. Mengandung Nilai Keuangan
4. Mengandung Nilai Riset
5. Mengandung Nilai Edukasi

Aspek Legal Dalam Dokumentasi

1. Komunikasi
2. Mekanisme pertanggunggugatan
3. Metoda pengumpulan data
4. Sarana keperawatan secara individual
5. Sarana untuk evaluasi
6. Sarana untuk meningkatkan kerjasama antar disiplin dalam tim kesehatan
7. Sarana pendidikan lanjutan

8. Audit untuk memantau kualitas pelayanan kesehatan

Manfaat Dokumentasi Kebidanan

1. Aspek Administrasi
2. Aspek Hukum
3. Aspek pendidikan
4. Aspek penelitian
5. Aspek ekonomi
6. Aspek manajemen



TES FORMATIF

PILIHAN GANDA

1. Pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting disebut..
 - a. Dokumen
 - b. Dokumentasi
 - c. Pendokumentasian
 - d. Dokumentasikan
2. Data yang lengkap, nyata dan tercatat, bukan hanya tentang keadaan fisiologis klien, tetapi juga mengenai keadaan fisiologi yang menyimpang, patologis, tipe kualitas, kuantitas, pelayanan kesehatan dalam memenuhi pemecahan masalah / kebutuhan klien adalah pengertian dari..
 - a. Dokumentasi
 - b. Dokumentasi Kebidanan
 - c. Dokumen
 - d. Diktat
3. Suatu dokumen legal berbentuk tulisan, menggambarkan asuhan kebidanan yang diberikan disebut..
 - a. Rekam medik
 - b. Catatan pasien
 - c. Catatan bidan
 - d. Dokumen
4. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan,, mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan, membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya, mampu memperkecil kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam melakukan asuhan kebidanan merupakan fungsi dokumentasi kebidanan dalam..
 - a. Sarana pendidikan
 - b. Sarana Penelitian
 - c. Sarana Ekonomi
 - d. Sarana Komunikasi
5. Ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan settle concern, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum merupakan fungsi dokumentasi kebidanan dalam..
 - a. Sarana Komunikasi
 - b. Sarana tanggung jawab dan tanggung gugat
 - c. Sarana Informasi statistik

d. Sarana sumber data penelitian

Kunci Jawaban :

Pilihan Ganda

1. C. Pendokumentasian
2. B. Dokumentasi Kebidanan
3. B. Catatan pasien
4. D. Sarana Komunikasi
5. B. Sarana tanggung jawab dan tanggung gugat

A.
B.
C.

GLOSARIUM

- ❖ Acuan : Rujukan, petunjuk
- ❖ Akurat : Teliti, seksama, cermat, tepat
- ❖ Audit : Pemeriksaan pembukuan tentang keuangan secara berkala
- ❖ Akreditasi : Tingkat acuan, terstandar
- ❖ Aspek : Tanda, sudut pandang
- ❖ Antisipasi : Perhitungan tentang hal-hal yang akan terjadi, bayangan, ramalan
- ❖ Aktual : Betul-betul ada, baru saja terjadi, hangat
- ❖ Akademik : Akademis
- ❖ Document : Surat yang tertulis atau tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti keterangan, rekaman, gambar dalam film dan sebagainya yang dapat dijadikan bukti keterangan
- ❖ Diagnosa : Diagnosis
- ❖ Edukasi : Pendidikan
- ❖ Efektif : Ada efeknya, manjur, mulai berlaku
- ❖ Efisien : Tepat atau sesuai untuk mengerjakan sesuatu, tepat guna
- ❖ Evaluasi : Penilaian
- ❖ Esensial : Perlu sekali, mendasar, hakiki
- ❖ Etis : Berhubungan dengan etika, sesuai dengan asas perilaku
- ❖ Instrumen : Alat yang dipakai untuk mengerjakan sesuatu, sarana penelitian, alat-alat musik, dokumen resmi seperti akta dan surat obligasi
- ❖ Identifikasi : Tanda kenal diri, penetapan identitas seseorang dan benda



DAFTAR PUSTAKA

Jannah, Nurul. 2011. *Konsep Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Ar'ruz Media

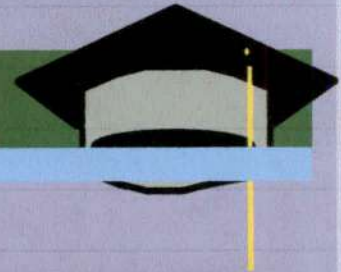
Sudarti, dkk. 2010. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Yuniati, Ina. 2010. *Catatan dan Dokumentasi Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: CV. Agung Seto

BAB 2

MANFAAT DOKUMENTASI KEBIDANAN

50 MENIT



TUJUAN

Tujuan Umum:

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan dapat mengetahui manfaat dari dokumentasi kebidanan

Tujuan Khusus:

Secara khusus mahasiswa diharapkan dapat:

- a. Menganalisis tentang aspek administrasi
- b. Menganalisis tentang aspek hukum
- c. Menganalisis tentang aspek pendidikan
- d. Menganalisis tentang aspek penelitian
- e. Menganalisis tentang aspek ekonomi
- f. Menganalisis tentang aspek manajemen



URAIAN MATERI

MANFAAT DOKUMENTASI KEBIDANAN

A. Aspek Administrasi

Berisi tentang catatan yang menyangkut tindakan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab tenaga medis dan paramedis termasuk tenaga bidan dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan ibu dan anak. Berguna untuk:

- a. Koordinasi asuhan yang diberikan oleh beberapa orang
- b. Menghindari atau mencegah informasi yang berulang
- c. Mengurangi kesalahan sehingga bisa meningkatkan kualitas asuhan
- d. Menggunakan waktu sebaik-baiknya
- e. Mencegah kegiatan yang tumpah tindih

B. Aspek Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi kebidanan, dimana bidan sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu

C. Aspek Pendidikan

Dokumentasi mempunyai manfaat pendidikan karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi.

D. Aspek Penelitian

Dokumentasi kebidanan berisi data dan informasi klien. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.

E. Aspek Ekonomi

Dokumentasi mempunyai efek secara ekonomi, semua tindakan atau asuhan yang belum, sedang, dan telah diberikan dicatat dengan lengkap yang dapat dipergunakan sebagai acuan atau pertimbangan dalam biaya bagi klien.

F. Aspek Manajemen

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



RANGKUMAN

Manfaat Dokumentasi Kebidanan

- A. Aspek Administrasi
 1. Koordinasi asuhan yang diberikan oleh beberapa orang
 2. Menghindari / mencegah informasi yang berulang
 3. Mengurangi kesalahan sehingga bisa meningkatkan kualitas asuhan
 4. Menggunakan waktu sebaik-baiknya
 5. Mencegah kegiatan yang tumpah tindih
- B. Aspek Hukum
- C. Aspek pendidikan
- D. Aspek penelitian
- E. Aspek ekonomi
- F. Aspek manajemen



TES FORMATIF

PILIHAN GANDA

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan., mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan, membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya, mampu memperkecil kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam melakukan asuhan kebidanan merupakan fungsi dokumentasi kebidanan dalam...
 - a. Sarana pendidikan
 - b. Sarana Penelitian
 - c. Sarana Ekonomi
 - d. Sarana Komunikasi
2. Ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan settle concern, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum merupakan fungsi dokumentasi kebidanan dalam...
 - a. Sarana Komunikasi
 - b. Sarana tanggung jawab dan tanggung gugat
 - c. Sarana Informasi statistik
 - d. Sarana sumber data penelitian
3. Rangkaian pendokumentasian kegiatan pelayanan kebidanan merupakan alat pembelaan yang sah manakala terjadi gugatan merupakan prinsip pendokumentasian dalam nilai...
 - a. Administratif
 - b. Hukum
 - c. Ekonomi
 - d. Riset
4. Pencatatan mengandung data, atau informasi, atau bahan yang dapat digunakan sebagai objek penelitian, karena dokumentasi merupakan informasi yang terjadi di masa lalu merupakan prinsip pendokumentasian dalam nilai...
 - a. Edukasi
 - b. Ekonomi
 - c. Riset
 - d. Administratif

5. Kegiatan pelayanan medis kebidanan akan menggambarkan tinggi rendahnya biaya perawatan yang merupakan sumber perencanaan keuangan rumah sakit. Hal ini merupakan prinsip pendokumentasian nilai...

- a. Administratif
- b. Hukum
- c. Edukasi
- d. Keuangan

Kunci Jawaban:

Pilihan Ganda

- 1.D. Sarana Komunikasi
- 2.B. Sarana tanggung jawab dan tanggung gugat
- 3.A. Administratif
- 4.C. Riset
- 5.D. Keuangan

A.
B.
C.

GLOSARIUM

- ❖ Hukum : Peraturan atau adat yang secara resmi dianggap mengikat, yang dikukuhkan oleh penguasa atau pemerintah.
- ❖ Administrasi : Keseluruhan proses kerjasama antara dua orang atau lebih yang didasarkan atas rasionalitas tertentu untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya.
- ❖ Manajemen : Seni menyelesaikan pekerjaan melalui orang lain



DAFTAR PUSTAKA

Sudarti, dkk. 2010. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika

Yuniati, Ina. 2010. *Catatan dan Dokumentasi Pelayanan Kebidanan*. Jakarta: CV. Agung Seto



TEKNIK PENYUKUN MATA

Penyukun mata adalah orang-orang yang membantu orang-orang yang mengalami masalah penglihatan. Mereka membantu orang-orang yang mengalami masalah penglihatan dengan cara memberikan informasi, dukungan, dan bantuan. Mereka juga membantu orang-orang yang mengalami masalah penglihatan dengan cara memberikan informasi, dukungan, dan bantuan. Mereka juga membantu orang-orang yang mengalami masalah penglihatan dengan cara memberikan informasi, dukungan, dan bantuan.

- Melakukan pemeriksaan kesehatan mata secara berkala.
- Menggunakan alat bantu penglihatan yang sesuai.
- Menjaga kesehatan mata dengan cara menjaga kebersihan mata.
- Menjaga kesehatan mata dengan cara menjaga kebersihan mata.
- Menjaga kesehatan mata dengan cara menjaga kebersihan mata.
- Menjaga kesehatan mata dengan cara menjaga kebersihan mata.
- Menjaga kesehatan mata dengan cara menjaga kebersihan mata.
- Menjaga kesehatan mata dengan cara menjaga kebersihan mata.

Orang-orang yang mengalami masalah penglihatan dapat mengalami masalah penglihatan dengan cara menjaga kebersihan mata. Mereka juga membantu orang-orang yang mengalami masalah penglihatan dengan cara memberikan informasi, dukungan, dan bantuan. Mereka juga membantu orang-orang yang mengalami masalah penglihatan dengan cara memberikan informasi, dukungan, dan bantuan.





URAIAN MATERI

TEKNIK PENDOKUMENTASIAN

A. Naratif

Bentuk naratif merupakan teknik pencatatan tradisional dan bertahan paling lama serta merupakan sistem pencatatan yang fleksibel. Teknik naratif merupakan teknik pencatatan yang umumnya banyak digunakan pada dokumentasi kebidanan dalam bentuk narasi. Teknik ini sering digunakan ketika mencatat perkembangan pasien. Teknik naratif merupakan metode yang paling banyak dikenal untuk mendokumentasikan asuhan kebidanan seperti dalam penggunaan catatan harian atau catatan tentang riwayat pasien. Naratif berarti penulis paragraf sederhana yang menggambarkan status pasien, intervensi, pengobatan, serta respon pasien terhadap intervensi. Sebelum teknik lembar alur (flowsheet dan checklist), catatan naratif ini adalah satu-satunya teknik yang digunakan untuk mendokumentasikan pemberian asuhan kebidanan.

a. Keuntungan catatan naratif :

- Pencatatan secara kronologis memudahkan penafsiran secara berurutan dari kejadian atau asuhan/tindakan yang dilakukan
- Memberi kebebasan kepada bidan untuk mencatat menurut gaya yang disukainya
- Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian, perubahan, intervensi, reaksi pasien dan out comes.
- Teknik pencatatan yang sudah banyak dikenal dan dipelajari bidan.
- Mudah dikombinasikan dengan teknik pendokumentasian yang lain, misal pencatatan naratif dengan lembar alur atau pencatatan naratif untuk mendokumentasikan perkembangan pasien.
- Digunakan pada situasi darurat, sehingga bidan mudah dan cepat mendokumentasikan kronologi kejadian pasien.
- Membantu bidan melakukan interpretasi terhadap setiap kejadian pasien secara berurutan.

b. Kelemahan :

- Cenderung untuk menjadi kumpulan potongan data yang terputus-putus, tumpang tindih dan sebenarnya catatan yg kurang berarti
- Kadang-kadang sulit untuk mencari informasi tanpa membaca seluruh catatan atau sebagian catatan itu
- Mengabaikan sistem menguburkan pesan dimana mencatat masalah pasien secara supervisial/dangkal dari pada mengupasnya secara mendalam

- Perlu meninjau catatan dari seluruh sumber untuk mengetahui gambaran klinik pasien secara menyeluruh
 - Dapat membuang banyak waktu karena format yang polos menuntut pertimbangan hati-hati untuk menentukan informasi yang perlu dicatat dari setiap pasien.
 - Kronologis urutan peristiwa dapat mempersulit interpretasi karena informasi yang bersangkutan mungkin tidak dicatat pada tempat yang sama
 - Mengikuti perkembangan pasien bisa menyita banyak waktu
 - Catatan kurang struktur, berpindah dari satu masalah ke masalah lain tanpa penghubung yang jelas
 - Tidak mencerminkan pemikiran yang kritis
 - Tidak bisa membantu membuat keputusan
 - Tidak bisa menambah kemampuan bidan menganalisa dan membuat kesimpulan
- c. Pedoman dalam tehnik narative :
- a. Gunakan batasan-batasan standar
 - b. Ikuti langkah-langkah proses asuhan
 - c. Buat suatu periode waktu tentang kapan petugas melakukan tindakan
 - d. Catat pernyataan evaluasi pada waktu khusus
- d. Pendokumentasian dengan teknik naratif terdiri dari 6 bagian, yaitu :
- a. Lembar penerimaan
 - b. Lembar muka
 - c. Lembar instruksi dari dokter
 - d. Lembar riwayat penyakit
 - e. Lembar catatan perawat
 - f. Lembar catatan lainnya
- e. Memperhatikan beberapa hal dalam pencatatan naratif ini, yaitu :
- a. Pakai terminologi yang sudah lazim dipakai, misalnya : pengkajian, perencanaan, diagnosa, prognosa, evaluasi dll
 - b. Dalam pencatatan perhatikan langkah-langkah : kumpulkan data subjektif, data objektif, kaji kebutuhan pasien dan tentukan diagnosa, prognosa, kemudian buat perencanaan asuhan/tindakan dengan memberi batasan waktu untuk pencapaian hasil yang diprediksi/perkembangan yang diharapkan atau waktu untuk evaluasi, laksanakan rencana itu dan perhatikan perkembangan pasien atau responnya terhadap tindakan kebidanan/keperawatan kemudian evaluasi sesuai rencana yang ditetapkan, kaji ulang seluruh proses dan revisi rencana kalau dinilai perlu
 - c. Tulis, perbaiki/semperbaiki dan pertahankan rencana asuhan sebagai bagian dari catatan anda

- d. Buat penilaian anda secara periodik dan monitor kondisi fisik dan psikologis pasien dan tindakan perawatan misalnya melaksanakan rencana medik/dokter, penyuluhan pasien dan perkembangan pasien
- e. Catat semua pernyataan evaluasi pada saat tertentu misalnya waktu masuk, pindah pulang atau pada saat adanya perubahan situasi/kondisi

Contoh pencatatan naratif:

(Tanggal 12 Mei 2004, di KIA puskesmas)

Ibu Yanti, hamil yang kedua kalinya, yang pertama lahir di dukun, anak ½ tahun, sehat. Waktu lahir ada perdarahan, tidak banyak, kata dukun itu biasa. Sejak Januari 2004 tidak menstruasi, Desember 2003 masih dapat, hanya 3 hari, biasanya 5 hari Sekarang masih mual, kadang muntah, tidak ada mules-mules, hanya kadang-kadang rasa kencang di perut bawah. Ibu tidak bekerja di luar rumah, kadang membantu ke sawah, masak, mencuci pakaian dilakukan sendiri, menyusui anak pertama sampai 2 tahun, suami tani, tamat SD, tinggal serumah dengan kedua orang mertua.

B. Teknik Flowsheet/checklist

Teknik flowsheet atau yang lebih dikenal dengan lembar alur merupakan bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah diterapkan sebelumnya. Catatan ini sering disebut sebagai catatan perkembangan singkat. Dengan teknik flowsheet, bidan dapat mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis tentang tanda-tanda vital (tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan)

Flowsheet merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi. Selain itu, tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada flowsheet Bentuk flowsheet yang sering digunakan dalam catatan kebidanan adalah sebagai berikut

- Catatan aktivitas sehari-hari
- Catatan kebutuhan terhadap bantuan bidan
- Catatan tanda vital
- Catatan keseimbangan cairan (lembar observasi intrake dan output)
- Lembar pengkajian nutrisi
- Lembar pengkajian kulit
- Lembar pengkajian luka
- Lembar hasil pemeriksaan laboratorium

- a. Keuntungan teknik flowsheet
 - Meningkatkan kualitas observasi pada grafik
 - Mudah dibaca
 - Data mudah diperoleh dengan cepat
 - Perbandingan data dapat ditingkatkan dari beberapa periode
 - Pencatatan informasi tepat. Relevansinya dapat dipertanggungjawabkan secara hukum
 - Narasi sedikit
- b. Kelemahan teknik flowsheet
 - Cara medis pasien lebih banyak sehingga timbul masalah pada saat pengguna dan penyimpanan
 - Pontesial terjadi duplikasi catatan, misalnya catatan perawatan dengan catatan pengobatan
 - Memungkinkan adanya bagian yang tidak diisi sehingga pontesial menimbulkan kesalahan dalam interpretasi
 - Keterbatasan ruang untuk melakukan pencatatan menyeluruh
- c. Syarat lembar alur/flow sheet/checklist
Agar lembar alur/flow sheet/checklist sesuai dengan standar, maka harus memenuhi syarat sebagai berikut :
 - Perhatikan dan ikuti petunjuk menggunakan format khusus
 - Lengkapi format dengan kata kunci
 - Gunakan tanda cek (V) atau (X) pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter telah diobservasi/ diintervensi
 - Jangan tinggalkan lembar checklist dalam keadaan kosong. Tulis 0 untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diobservasi
 - Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan
 - Pertahankan agar letak lembar alur tepat dilokasi yang tersedia (rekam medis)
 - Beri tanda tangan dan nama jelas pemberi asuhan
 - Dokumentasikan waktu dan tanggal data masuk
- d. Catatan ini dibuat secara singkat dan jelas serta mengandung elemen
 - Kolom untuk menempatkan tanda ceklist
 - Inisial orang yang melakukan pengkajian
 - Tanda tangan orang yang melakukan pengkajian
 - Tanggal dan waktu saat memasukkan data

Menurut Iyer and Camp (2005), proses merancang lembar alur dengan tepat sangat bervariasi. Beberapa anjuran umum dalam merancang sebuah lembar alur, adalah

- 1 Tentukan seberapa banyak ruangan yang diperlukan untuk isi format.
- 2 Rancang sebuah format yang mudah dibaca dan digunakan.
- 3 Tentukan apakah format tersebut akan digunakan secara vertikal atau horisontal.
- 4 Gunakan huruf yang dicetak tebal dan miring untuk menekaikkan judul bagian atau informasi penting lainnya.
- 5 Pertimbangkan untuk memberi jarak antar informasi.
- 6 Tentukan apakah format tersebut akan lebih dari satu halaman.
- 7 Pertimbangkan apakah informasi dalam format tersebut akan dikomunikasikan antar bagian.
- 8 Sediakan lembar alur kosong untuk masing-masing pasien agar memungkinkan individualisasi data dan pendokumentasian asuhan pada pasien.
- 9 Jika catatan perkembangan multi disiplin tidak digunakan, pertimbangkan pemberian ruang kosong untuk catatan – catatan tersebut di halaman sebaliknya lembar alur tersebut.
- 10 Pertahankan struktur dasar format lembar alur untuk menggambarkan standar asuhan yang diberikan kepada pasien adalah sama.
- 11 Berfikir global saat membuat atau merevisi sebuah format, hindari merancang format tanpa berkonsultasi ke profesi/unit lain.
- 12 Libatkan staf system informasi computer untuk meninjau ulang konsep lembar alur.
- 13 Dapatkan masukan dari anggota staf yang akan menggunakan format tersebut.
- 14 Lakukan koreksi awal secara cermat terhadap format yang telah dibuat.
- 15 Harus disadari bahwa pembuatan dan penerapan format lembar alur membutuhkan waktu lama, sehingga perlu alokasi waktu yang cukup.



RANGKUMAN

1. Teknik Narative

Teknik naratif merupakan teknik pencatatan yang umumnya banyak digunakan pada dokumentasi kebidanan dalam bentuk naratif

Keuntungana:

- a. sederhana
- b. setiap masalah minimal ditulis 1 kali setiap shif
- c. setiap masalah diberi nomor sesuai waktu ditentukan
- d. catatan menunjukkan kredibilitas profesional

Kelemahan :

- a. tidak ada perencanaan yang mencakup tujuan dan sasaran sehingga tidak diketahui hasil akhir yang diharapkan.
- b. cara ini mengasumsi semua bidan mempunyai kemampuan yang sama, jika tidak, hasil bisa tidak konstan.
- c. Sulit menentukan intervensi yang paling sesuai.
- d. Cara ini tidak cocok untuk klien dengan masalah yang sama untuk waktu yang lama.

2. Teknik Flowsheet/Checklist

Teknik flowsheet atau yang lebih dikenal dengan lembar alur merupakan bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah ditetapkan sebelumnya.

3. Syarat lembar alur/flow sheet/checklist

Agar lembar alur/flow sheet/checklist sesuai dengan standar, maka harus memenuhi syarat sebagai berikut :

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



TES FORMATIF

Pilihan Ganda

1. Teknik pencatatan yang umumnya banyak digunakan pada dokumentasi kebidanan dalam bentuk narasi merupakan pengertian teknik pendokumentasian...
 - a. Naratif
 - b. Flowsheet/checklis
 - c. Kardeks
 - d. Komputerisasi
2. Yang merupakan keuntungan dari catatan naratif adalah
 - a. kadang-kadang sulit untuk mencari informasi
 - b. Teknik pencatatan yang sudah banyak dikenal dan dipelajari bidan
 - c. Mengabaikan sistem menguburkan pesanan
 - d. Kronologis urutan peristiwa dapat mempersulit interpretasi
3. Catatan yang lebih dikenal dengan lembar alur merupakan bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah diterapkan sebelumnya merupakan teknik pendokumentasian...
 - a. Naratif
 - b. Flowsheet/checklis
 - c. Kardeks
 - d. Komputerisasi
4. Yang merupakan keuntungan dari teknik catatan Flowsheet/checklis adalah..
 - a. Keterbatasan ruang untuk melakukan pencatatan menyeluruh
 - b. Pontesial terjadi duplikasi catatan
 - c. Data mudah diperoleh dengan cepat
 - d. Memungkinkan adanya bagian yang tidak diisi sehingga pontesial menimbulkan kesalahan dalam interpretasi
5. Catatan ini sering disebut sebagai catatan perkembangan singkat adalah..
 - a. Flowsheet/checklis
 - b. Kardeks
 - c. Naratif
 - d. Komputerisasi

Kunci Jawaban:

Pilihan Ganda

1. A.Naratif
2. B.Teknik pencatatan yang sudah banyak dikenal dan dipelajari bidan
3. A.Flowsheet/checklist
4. C.Data mudah diperoleh dengan cepat
5. A.Flowsheet/checklis

A.
B.
C.

GLOSARIUM

- ❖ Narrative : Dokumentasi kebidanan dalam bentuk narasi
- ❖ Flowsheet : Lembar alur



DAFTAR PUSTAKA

Aticeh,dkk.2014.*Konsep Kebidanan*.Jakarta:Salemba Medika

Handayani Desi, 2012.*Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*.Jakarta: Trans Info Media

Saifuddin, Abdul Bari. 2011. *Buku Acuan Nasional Kesehatan Maternal dan Neonatal*. Jakarta: YPB

Saminem,2010.*Dokumentasi Asuhan Kebidanan* .Jakarta:EGC

Widan dan Hidayat,2011.*Dokumentasi kebidanan*.Jakarta:Salembang Medika



URAIAN MATERI

Model Pendokumentasian

A. POR(Problem Oriented Record)

Pendekatan orientasi masalah pertama kali dikenalkan oleh Dr.Lawrence Weed at Case Weter Reserve University in Cleveland Introduce tahun 1969 dari Amerika Serikat.

POR merupakan salah satu model yang pendokumentasian,yang berorientasi pada masalah.Model ini memusatkan data tentang klien,didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter,perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien.

Tujuan nya adalah memperbaiki dokumentasi perawatan pasien diklinik dengan memfokuskan semua pendokumentasian pada masalah pasien.Dalam format aslinya pendekatan orientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegritas dengan sistem ini semua tim petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah. Pelaksanaan dari Pendekatan Orientasi Masalah ini (PORS),dapat disamakan dengan membuat satu sebagian bab-bab dari buku-buku tersebut.

Beberapa istilah yang berhubungan dengan sistem pencatatan ini yaitu:

- PORS:Problem Oriented Record,juga dikenal sebagai orientasi pada masalah
- POR:Problem Oriented Record
- POMR:Problem Oriented Medical Record
- PONR:Problem Oriented Nursing Record,yaitu metode untuk menyusun data pasien yang diatur untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dan medik.

Model pendokumentasian ini memusatkan data tentang klien didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien.Sistem dokumentasi jenis mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter,perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien.

Model dokumentasi ini terdiri dari 4 komponen,yaitu:

1. Data Dasar

Data dasar berisi semua informasi yang telah dikaji dari klien ketika pertama kali masuk Rumah Sakit.Data dasar mencakup pengkajian keperawatan ,riwayat penyakit/kesehatan,pemeriksaan fisik,pengkajian ahli gizi,dan hasil laboratorium.Data dasar yang telah terkumpul selanjutnya digunakan sebagai sarana mengidentifikasi masalah klien

2. Daftar Masalah berisi tentang masalah

Daftar Masalah berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi dari data dasar. Selanjutnya masalah disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah. Daftar masalah ditulis pertama kali oleh tenaga yang pertama bertemu dengan klien atau orang yang diberi tanggung jawab. Daftar masalah ini dapat mencakup masalah fisiologis, psikologis, sosio kultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan. Daftar ini berada pada bagian depan status klien dan tiap masalah diberi tanggal, nomor, 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 Asuhan

Rencana asuhan ditulis oleh tenaga yang menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksinya, sedangkan perawat menulis instruksi keperawatan atau rencana asuhan keperawatan sedangkan bidan akan menulis asuhan kebidanan. Perencanaan awal terdiri dari tiga bagian:

- Diagnostik-dokter, mengidentifikasi apa pengkajian diagnostik yang perlu dilakukan terlebih dahulu.
- Usulan terapi-dokter, menginstruksikan terapi khusus berdasarkan masalah.
- Pendidikan klien-diidentifikasi, kebutuhan pendidikan klien bertujuan jangka panjang

4. Catatan Perkembangan(Progress Notes)

Progress Notes berisikan perkembangan/kemajuan dari tiap-tiap masalah yang telah dilakukan tindakan dan disusun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama. Beberapa acuan progress note dapat digunakan antara lain:

- SOAP(Subyektif data, Obyektif data, Analisis/Assesment dan Plan)
- SOAPIER(SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi Revisi)
- PIE(Problem-Intervensi-Evaluasi)

5. Catatan perkembangan biasanya ditulis dalam tiga bentuk yaitu:

- Catatan berkesinambungan atau lembar alur(Flow Sheet)
- Catatan Naratif(Notes), Catatan perawat atau catatan yang terintegrasi yang dapat mengevaluasi status klien dan perkembangan hasil yang diharapkan..
- Catatan pulang/catatan sembuh(Discharge), Catatan yang memfasilitasi tindak lanjut dari intervensi yang telah dilakukan baik perawatan maupun medis.

Keuntungan :

- Fokus catatan asuhan keperawatan lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
- Pencatatan tentang kontinuitas dari asuhan keperawatan.

3. Evaluasi dan penyelesaian masalah secara jelas dicatat. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik.
4. Daftar masalah merupakan "checklist" untuk diagnosa keperawatan dan untuk masalah klien. Daftar masalah tersebut membantu mengingatkan perawat untuk suatu perhatian.
5. Data yang perlu diintervensi dijabarkan dalam rencana tindakan keperawatan.

Kerugian:

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

Contoh penerapan catatan Naratif dalam bentuk SOAP Notes

Tanggal	Waktu/jam	SOAP
20 November 2012	12:00 WIB	<p>S : mengeluh perut kencang semangkin sering, semangkin lama dan semangkin sakit. Ibu ingin mendedan</p> <p>O : perinium menonjol anus membuka, VT; pembukaan 10 cm, ketuban utuh, kepala di hotge 3, lender darah.</p> <p>A : infatur kala II</p> <p>P : menyiapkan partus set , mengatur posisi sesuai yang diinginkan dan nyaman bagi ibu, memimpin ibu mendedan, menolong kelahiran bayi jam 12:30 WIB bayi lahir spontan, laki-laki, APGAR SCORE 8.</p>

Contoh format POR:

Data dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Subyektife Data Objektif	1	1 2 3.dst	S O A P E R
Data Subyektife Data Objektif	1	1 2 3	S O A P E R

B. SOR(Source Oriented Record)

Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Bagian penerimaan klien mempunyai lembar isian tersendiri, dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit, perawat menggunakan catatan keperawatan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing. Catatan berorientasi pada sumber terdiri pada sumber terdiri dari 5 komponen, yaitu:

1. Lembar penerimaan berisi biodata,
2. Lembar order dokter,
3. Riwayat medik/penyakit
4. Catatan perawat,
5. Catatan dan laporan khusus.

Keuntungan :

1. Menyajikan data yang secara berurutan dan mudah diidentifikasi.
2. Memudahkan perawat untuk secara bebas bagaimana informasi akan dicatat.
3. Format dapat menyederhanakan proses pencatatan masalah, kejadian, perubahan, intervensi dan respon klien atau hasil.

Kerugian:

1. Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi karena tidak berdasarkan urutan waktu.
2. Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal.
3. Superficial pencatatan tanpa data yang jelas.
4. Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien.
5. Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak.
6. Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi/analisis.
7. Perkembangan klien sulit dimonitor.

Contoh format pendokumentasian SOR :

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan perkembangan
Tanggal/bulan/tahun	Waktu tindakan	Bidan	Catatan ini meliputi: pengkajian, rencana segera, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi, efektifitas tindakan, dan hasil.
		Dokter	Catatan ini meliputi : observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru dan penyelesaiannya, rencana tindakan, dan pengobatan terbaru. Dokter Nama tanda tangan
		Bidan	Catatan perkembangan ini meliputi : pengkajian, identifikasi masalah, perlunya rencana tindakan/menentukan kebutuhan segera. Intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi efektivitas tindakan dan hasil. Bidan Nama tanda tangan

C. CBE(Charting By Exeption)

CBE adalah sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar. Keuntungan CBE yaitu mengurangi penggunaan waktu untuk mencatat sehingga lebih banyak waktu untuk asuhan langsung pada klien, lebih menekankan pada data yang penting saja, mudah untuk mencari data yang penting, pencatatan langsung ketika memberikan asuhan, pengkajian yang terstandar, meningkatkan komunikasi antar tenaga kesehatan, lebih mudah melacak respon klien dan lebih murah. CBE mengintegrasikan 3 komponen penting, yaitu:

1. Lembar alur (flow sheet)
2. Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik.
3. Formulir diletakkan ditempat tidur klien sehingga dapat segera digunakan



RANGKUMAN

Dalam model pendokumentasian ada lima model:

1. Model pendokumentasian POR
POR (Problem Oriented Record) merupakan pencatatan berorientasi pada masalah
2. Model Pendokumentasian SOR
SOR (Source Oriented Record) merupakan catatan yang berorientasi pada sumber.
3. Model pendokumentasian CBE
CBE (Charting By Exception) merupakan pencatatan berdasarkan masalah/abnormalitas.
4. Model pendokumentasian Kardeks
Kardeks adalah pelayanan kesehatan pendokumentasian yang tradisional dipergunakan di berbagai sumber mengenai informasi klien yang disusun dalam suatu buku.
5. Model pendokumentasian Komputer
Komputer digunakan pertama kali dalam fasilitas pusat kesehatan untuk track admissions (jalan pengakuan) pemindahan dan pelepasan pasien



TES FORMATIF

1. Salah satu model yang pendokumentasian, yang berorientasi pada masalah. Model ini memusatkan data tentang klien, didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien merupakan model pendokumentasian..
 - a. SOR(Source Oriented Record)
 - b. CBE(Charing By Exeption)
 - c. POR(Problem Oriented Record)
 - d. KOMPUTERISASI
2. Sistem dokumentasi yang hanya mencatat secara naratif hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal atau standar merupakan model pendokumentasian..
 - a. SOR(Source Oriented Record)
 - b. CBE(Charing By Exeption)
 - c. POR(Problem Oriented Record)
 - d. KOMPUTERISASI
3. Pertama kali dikenalkan oleh Dr. Lawrence Weed at Case Weter Reserve University in Cleveland Introduce tahun 1969 dari Amerika Serikat merupakan model pendokumentasian..
 - a. SOR(Source Oriented Record)
 - b. POR(Problem Oriented Record)
 - c. KOMPUTERISASI
 - d. CBE(Charing By Exeption)
4. Informasi hanya terbatas untuk tim keperawatan saja dan tidak cukup tempat untuk menulis rencana keperawatan bagi klien dengan banyak masalah merupakan kelemahan dari model pendokumentasian..
 - a. SOR(Source Oriented Record)
 - b. KARDEKS
 - c. KOMPUTERISASI
 - d. CBE(Charing By Exeption)
5. Yang merupakan keuntungan dari model pendokumentasian CBE(Charing By Exeption) adalah..
 - a. Tersusunya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi
 - b. Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat tergantung pada 'checklist'
 - c. Kemungkinan ada pencatatan yang masih kosong atau tidak ada.
 - d. Pencatatan rutin sering diabaikan

Kunci Jawaban:

Pilihan Ganda

- 1.C.POR(Problem Oriented Record)
- 2.B.CBE(Charing By Exception)
- 3.B. POR(Problem Oriented Record)
- 4.B.Kardeks
- 5.A. Tersusunya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi

A.
B.
C.

GLOSARIUM

- ❖ POR :Problem oriented record(berdasarkan masalah)
- ❖ SOR :Source oriented record(berdasarkan sumber)
- ❖ CBE :Charting by exception



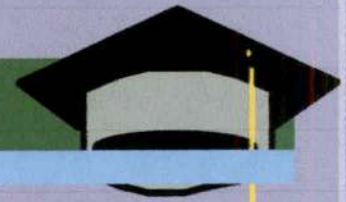
DAFTAR PUSTAKA

- Asrinah; Putri, Shinta Siswoyo; Sulistyorini, Dewie; dkk. 2010. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.
- Handayani Desi, S.ST .2012. "*Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*". Jakarta: CV.Trans Info Media.
- Hidayat Alimul Aziz.A., Moh.Wildan .2010. "*Dokumentasi Kebidanan*". Surabaya: Salemba Medika.
- Manuaba, Ida Ayu Chandranita et all. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: ECG.
- Saminem, Hajjah. 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: EGC.

BAB 5

METODE PENDOKUMENTASIAN

100 MENIT



TUJUAN

Tujuan Umum:

Setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan metode-metode pendokumentasian yang dapat digunakan dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan.

Tujuan Khusus:

Secara khusus anda diharapkan dapat:

1. Menganalisis tentang SOAPIER
2. Menganalisis tentang SOAPIE
3. Menganalisis tentang SOAPIED
4. Menganalisis tentang SOAP
5. Menganalisis tentang Manajemen Kebidanan 7 Langkah Varney



URAIAN MATERI

METODE PENDOKUMENTASIAN

Dalam melakukan setiap asuhan, setiap tenaga kesehatan terutama bidan harus mencatat setiap tindakan yang dilakukan. Didalamnya juga terdapat catatan perkembangan klien, juga sebagai salah satu alat informasi antara tim kesehatan di ruangan. Dokumentasi juga perlu untuk dijadikan salah satu bahan bukti apabila terjadi sesuatu pada pasien.

A. SOAPIER

S = Data Subjektif :

Catatan ini berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhan dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa.

Pada orang yang bisu, di bagian data di belakang "S" diberi tanda "0" atau "X" ini menandakan orang itu bisu. Data subjektif menguatkan diagnosa yang akan dibuat.

O = Data Objektif :

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

A = Assessment/Analisa:

Masalah atau diagnosa yang ditegakkan berdasarkan data atau informasi subjektif maupun objektif yang dikumpulkan atau disimpulkan. Karena keadaan pasien terus berubah dan selalu ada informasi baru baik subjektif maupun objektif, dan sering diungkapkan secara terpisah-pisah, maka proses pengkajian adalah sesuatu proses yang dinamik. Sering menganalisa adalah sesuatu yang penting dalam mengikuti perkembangan pasien dan menjamin sesuatu perubahan baru cepat diketahui dan dapat diikuti sehingga dapat diambil tindakan yang tepat.

P = Plan/Perencanaan :

Membuat rencana tindakan saat itu atau yang akan datang, untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien yang sebaik mungkin atau menjaga/mempertahankan kesejahteraannya. Proses ini termasuk kriteria tujuan tertentu dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu, tindakan yang diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesehatan dan harus mendukung rencana dokter jika melakukan kolaborasi.

I = Intervensi :

Pelaksanaan tindakan untuk mengatasi masalah, keluhan atau mencapai tujuan pasien (persalinan). Tindakan ini harus disetujui oleh pasien kecuali bila tidak dilaksanakan. Oleh karena itu klien harus sebanyak mungkin menjadi bagian dari proses ini. Bila kondisi klien berubah, intervensi mungkin juga harus berubah atau disesuaikan.

E = Evaluasi :

Tafsiran dari efek tentang tindakan yang telah diambil merupakan hal penting untuk menilai keefektifan asuhan yang diberikan. Analisis dari hasil yang dicapai menjadi fokus dari penilaian ketepatan tindakan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternative sehingga mencapai tujuan.

R = Revisi :

Komponen evaluasi tindakan dapat menjadi petunjuk perlunya perbaikan dari perubahan intervensi dan tindakan atau menunjukkan perubahan dari rencana awal atau perlu suatu kolaborasi baru atau rujukan. Intervensi harus dilakukan secara teratur untuk mendapat tujuan yang diharapkan. Jika perlu, waktu target untuk mencapai tujuan perlu diperiksa kembali/perbaiki.

B. SOAPIE

SOAPIE memiliki komponen yang sama dengan SOAPIER, hanya pada SOAPIE tidak ada komponen R atau revisi.

C. SOAPIED

Pada prinsipnya sama dengan keterangan SOAPIER, namun pada SOAPIED tidak ada komponen R atau revisi melainkan komponen D atau dokumentasi dibuat lebih tereksplisit sehingga dapat benar-benar menggambarkan runtut kejadian dari pasien mulai masuk RS dengan keluhan saat pasien datang sampai dengan pasien pulang dengan kondisi yang sudah pulih.

D. SOAP

SOAP pada dasarnya sama dengan komponen pada SOAPIER, namun pada SOAP untuk implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam "P", sedangkan "Revisi" tidak ada.

E. MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN LANGKAH VARNEY

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, temuan-temuan, keterampilan, dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan diadaptasi dari sebuah konsep yang dikembangkan oleh Helen Varney dalam buku *Varney's Midwifery*, edisi ketiga tahun 1997; menggambarkan proses manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah yang berurut secara sistematis dan siklik. Ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat diaplikasikan dalam situasi apapun.

Manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah yang berurutan yang dimulai dengan pengumpulan data dasar dan diakhiri dengan evaluasi. Akan tetapi, setiap langkah dapat diuraikan lagi menjadi langkah-langkah yang lebih detail dan ini bisa berubah sesuai dengan kebutuhan klien.

Setiap langkah dalam manajemen kebidanan akan dijabarkan, sebagai berikut:

a. Langkah I: pengumpulan data dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya, meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, dan meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi. Dalam tahap ini data/fakta yang dikumpulkan adalah data subjektif dan objektif dari pasien. Bidan dapat mencatat hasil penemuan data dalam catatan harian sebelum didokumentasikan.

1) Data Subjektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (*allo anamnesis*). Anamnesis dilakukan untuk mendapatkan biodata, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas, bio-psiko-sosio-spiritual, serta pengetahuan klien.

2) Data Objektif

Pencatatan dilakukan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan (Inspeksi, palpasi, auskultasi dan perkusi), data penunjang; hasil laboratorium VRDL, HIV, pemeriksaan radiodiagnostik, ataupun USG yang dilakukan sesuai dengan beratnya masalah.

Data yang telah dikumpul diolah, disesuaikan dengan kebutuhan pasien kemudian dilakukan pengolahan data yaitu menggabungkan dan menghubungkan data satu dengan yang lainnya sehingga menunjukkan fakta. Tujuan dari pengolahan data adalah untuk menunjukkan fakta berdasarkan kumpulan data. Data yang telah diolah dianalisis dan hasilnya didokumentasikan.

Untuk lebih jelasnya dapat dilihat pada formulir pengumpulan data kehamilan, persalinan, dan masa nifas.

Dalam manajemen kolaborasi, bila klien mengalami komplikasi yang perlu dikonsultasikan kepada dokter, bidan akan melakukan upaya konsultasi. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang dihadapi akan menentukan benar

tidaknya proses interpretasi pada tahap selanjutnya. Oleh karena itu, pendekatan ini harus komprehensif, mencakup data subjektif, data objektif, dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya serta valid. Kaji ulang data yang sudah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap, dan akurat.

b. Langkah II: interpretasi data dasar

Pada langkah kedua dilakukan identifikasi terhadap diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik. Baik rumusan diagnosis maupun masalah, keduanya harus ditangani. Meskipun masalah tidak dapat diartikan sebagai diagnosis, tetapi tetap membutuhkan penanganan.

Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosis.

Contoh:

Data : ibu hamil 8 bulan, anak pertama, hasil pemeriksaan menunjukkan tinggi fundus uteri 31 cm, BJA (+), puki, presentasi kepala, penurunan 5/5, nafsu makan baik, penambahan BB selama hamil 8 kg, ibu sering buang air kecil pada malam hari.

Diagnosis : G₁P₀A₀, hamil 32 minggu, preskep, anak tunggal hidup intra uterin, ibu mengalami gangguan fisiologis pada kehamilan tua.

Perasaan takut tidak termasuk dalam kategori "nomenklatur standar diagnosis". Tetapi tentu akan menciptakan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan memerlukan suatu perencanaan untuk mengatasinya. Diagnosis kebidanan merupakan diagnosis yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur kebidanan, berikut ini adalah standar nomenklatur diagnosis kebidanan:

- 1) Diakui dan telah disahkan oleh profesi.
- 2) Berhubungan langsung dengan praktik kebidanan.
- 3) Memiliki ciri khas kebidanan.
- 4) Didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan.
- 5) Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

c. Langkah III: mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ketiga kita mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosis potensial berdasarkan diagnosis/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan bersiap-siap mencegah diagnosis/masalah potensial ini menjadi kenyataan. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman bagi klien.

Setelah menentukan masalah dan masalah utama selanjutnya bidan memutuskan dalam suatu pernyataan yang mencakup kondisi, masalah, penyebab, dan prediksi terhadap kondisi tersebut. Prediksi yang dimaksud mencakup masalah potensial dan prognosis hasil dari perumusan masalah yang merupakan keputusan yang ditegakkan oleh bidan yang disebut dengan diagnosis kebidanan. Dalam menentukan diagnosis kebidanan, pengetahuan keprofesian bidan sangat diperlukan. Penentuan diagnosis bidan mencakup hal-hal berikut:

- 1) Kondisi pasien terkait dan masalahnya.
- 2) Masalah utama dan penyebab utamanya terhadap risiko.
- 3) Masalah potensial.
- 4) Prognosis.

Tiga jenis pedoman dalam mencatat diagnosis kebidanan adalah sebagai berikut:

- 1) Diagnosis kebidanan yang sama dengan diagnosis medis seperti anemia ibu hamil, retensio plasenta, plasenta previa, dan lain-lain.
- 2) Masalah diidentifikasi berdasarkan masalah yang ditemukan dengan didukung oleh data subjektif dan objektif seperti cemas, potensial atonia uteri, dan lain sebagainya.
- 3) Kebutuhan disesuaikan dengan kebutuhan pasien saat itu misalnya penyuluhan gizi pada ibu hamil.

Pada langkah ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial, tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi, tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosis tersebut tidak terjadi. Langkah ini bersifat antisipasi yang rasional/ logis.

Contoh:

Seorang wanita dengan pembesaran uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pembesaran uterus yang berlebihan tersebut (misalnya polihidramnion, besar dari masa kehamilan, ibu dengan diabetes kehamilan, atau kehamilan kembar). Kemudian bidan harus melakukan perencanaan untuk mengantisipasinya dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya perdarahan postpartum tiba-tiba yang disebabkan oleh atonia uteri karena pembesaran uterus yang berlebihan.

Pada persalinan dengan bayi besar, bidan sebaiknya juga mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan terjadinya distorsia bahu dan juga kebutuhan untuk resusitasi.

Bidan juga sebaiknya waspada terhadap kemungkinan perempuan menderita infeksi saluran kencing yang menyebabkan tingginya kemungkinan terjadi peningkatan *partus premature* atau bayi kecil.

Persiapan yang sederhana adalah dengan bertanya dan mengkaji riwayat kehamilan pada setiap kunjungan ulang, pemeriksaan laboratorium terhadap

sintomatik akan adanya bakteri dan segera memberi pengobatan jika infeksi saluran kencing terjadi.

d. Langkah IV: mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Pada tahap ini, bidan mengidentifikasi perlu/tidaknya tindakan segera oleh bidan maupun oleh dokter, dan/atau kondisi yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan proses manajemen kebidanan. Dengan kata lain, manajemen bukan hanya dilakukan selama pemberian asuhan primer berkala atau kunjungan pranatal saja, tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan, misalnya pada waktu persalinan.

Pada tahap ini, bidan dapat mengumpulkan dan mengevaluasi sejumlah data baru. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi gawat yang mengharuskan bidan mengambil tindakan segera untuk kepentingan keselamatan jiwa ibu atau anak (misalnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir, distosia bahu, atau nilai APGAR yang rendah). Dari data yang dikumpulkan, akan terlihat mana situasi yang memerlukan tindakan segera dan yang mana yang harus menunggu intervensi dari dokter (misalnya prolaps tali pusat). Situasi lainnya bisa saja bukan merupakan kondisi kegawatan, tetapi memerlukan konsultasi dan kolaborasi bersama dokter. Demikian juga bila ditemukan tanda-tanda awal pre-eklampsia, kelainan panggul, penyakit jantung, diabetes, atau masalah medik yang serius, bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter.

Dalam kondisi tertentu, seorang wanita mungkin akan memerlukan konsultasi atau kolaborasi bersama dokter atau tim kesehatan lainnya, seperti pekerja sosial, ahli gizi, atau ahli perawatan klinis bayi baru lahir.

Bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan kepada siapa upaya konsultasi dan kolaborasi paling tepat dilakukan dalam manajemen asuhan kebidanan.

Penjelasan di atas menunjukkan bahwa dalam melakukan suatu tindakan harus disesuaikan dengan prioritas masalah/kondisi keseluruhan yang dihadapi klien. Setelah bidan merumuskan hal-hal yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosis/masalah potensial pada langkah sebelumnya, bidan juga harus merumuskan tindakan emergensial darurat yang harus dilakukan untuk menyelamatkan ibu dan bayi. Rumusan ini mencakup tindakan segera yang bisa dilakukan secara mandiri, kolaborasi, atau bersifat rujukan.

e. Langkah V: merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh, yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah-langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini, informasi atau dasar yang tidak lengkap bisa dilengkapi.

Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah yang berkaitan, tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap perempuan tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya; apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi, kultural, atau masalah psikologis.

Dengan kata lain, asuhan terhadap perempuan tersebut sudah mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien, agar dapat dilaksanakan secara efektif karena klien merupakan bagian dari pelaksanaan rencana tersebut. Oleh karena itu, dalam langkah ini tugas bidan adalah merumuskan rencana asuhan sesuai dengan hasil pembahasan rencana bersama klien, kemudian membuat kesepakatan bersama sebelum melaksanakannya.

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang *up to date* serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan oleh klien.

Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, namun sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar serta memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap, dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

f. Langkah VI: pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam, rencana asuhan menyeluruh dilakukan dengan efisien dan aman. Pelaksanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian dikerjakan oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melakukannya sendiri, namun ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya dengan memastikan bahwa langkah tersebut benar-benar terlaksana).

Dalam situasi ketika bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, bidan tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana bersama yang menyeluruh tersebut. Penatalaksanaan yang efisien dan berkualitas akan berpengaruh pada waktu serta biaya.

g. Langkah VII: evaluasi

Evaluasi dilakukan secara siklus dan dengan mengkaji ulang aspek asuhan yang tidak efektif untuk mengetahui faktor mana yang menguntungkan atau menghambat keberhasilan asuhan yang diberikan.

Pada langkah terakhir, dilakukan evaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini meliputi evaluasi pemenuhan kebutuhan akan bantuan: apakah benar-benar telah terpenuhi sebagaimana diidentifikasi didalam diagnosis dan masalah.

Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut efektif, sedang sebagian lagi belum efektif. Mengingat bahwa proses manajemen asuhan merupakan suatu kegiatan yang bersinambungan, maka bidan perlu mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa rencana asuhan tidak berjalan efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.



RANGKUMAN

Manajemen kebidanan dengan langkah Vamey terdiri dari tujuh langkah, yaitu:

1. Pengumpulan data dasar
 - a) Data Subjektif
 - b) Data Objektif
2. Interpretasi data dasar
3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial
4. Mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh
6. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman
7. Evaluasi.

Metode pendokumentasian Asuhan Kebidanan SOAP, SOAPIE, SOAPIED dan SOAPIER terdiri dari:

1. Komponen "S" merupakan data subjektif.
2. Komponen "O" merupakan data objektif.
3. Komponen "A" merupakan *assessment*/diagnosa.
4. Komponen "P" merupakan perencanaan tindakan.
5. Komponen "I" merupakan pelaksanaan tindakan.
6. Komponen "E" merupakan evaluasi dari tindakan.
7. Komponen "R" merupakan revisi berdasarkan evaluasi.



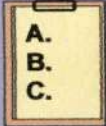
TES FORMATIF

PILIHAN GANDA

1. Komponen Komponen "P" merupakan...
 - a. Diagnosa
 - b. Perencanaan tindakan
 - c. Pelaksanaan tindakan
 - d. Evaluasi dari tindakan
2. Metode pendokumentasian yang dibuat lebih tereksplisit sehingga dapat benar-benar menggambarkan runtut kejadian dari pasien mulai masuk RS dengan keluhan saat dia datang sampai dengan pasien pulang dengan kondisi yang sudah pulih adalah...
 - a. SOAP
 - b. SOAPIE
 - c. SOAPIED
 - d. SOAPIER
3. Metode pendokumentasian yang memiliki komponen yang sama dengan SOAPIER, namun tidak ada komponen R atau revisi adalah...
 - a. SOAP
 - b. SOAPIE
 - c. SOAPIED
 - d. SOAPIER
4. Pada metode pendokumentasian SOAP untuk implementasi dan evaluasi dimasukkan dalam...
 - a. S
 - b. O
 - c. A
 - d. P
5. Pada metode pendokumentasian SOAPIER, bagian yang mendokumentasikan mengenai pelaksanaan tindakan untuk mengatasi masalah, keluhan atau mencapai tujuan pasien (persalinan) adalah...
 - a. A
 - b. P
 - c. I
 - d. E

Kunci Jawaban:

- PILIHAN GANDA
- 1.B. Perencanaan tindakan
 - 2.C.SOAPIED
 - 3.B.SOAPIE
 - 4.D.P
 - 5.C.I



GLOSARIUM

- ❖ SOAPIED :Subjektif,obyektif,assesment,planning,implementasi,evaluasi ,dokumentasi
- ❖ SOAPIER : Subjektif,obyektif,assesment,planning,implementasi,evaluasi,revisi
- ❖ SOAPIE : Subjektif,obyektif,assesment,planning,implementasi,evaluasi
- ❖ SOAP : Subjektif,obyektif,assesment,planning
- ❖ Assasment :Suatu proses penelusuran bukti
- ❖ Planning :Perencanaan
- ❖ Implementasi :Penerapan



DAFTAR PUSTAKA

Asrinah; Putri, Shinta Siswoyo; Sulistyorini, Dewie; dkk. 2010. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Handayani Desi, S.ST .2012. "*Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*". Jakarta: CV.Trans Info Media.

Hidayat Alimul Aziz.A., Moh.Wildan .2010. "*Dokumentasi Kebidanan*". Surabaya: Salemba Medika.

Manuaba, Ida Ayu Chandranita et all. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: ECG.

Saminem, Hajjah. 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: EGC.

BAB 6

AKSES UNTUK MEMPEROLEH REKAM MEDIK

100 MENIT



TUJUAN

Tujuan Umum:

Pada akhir Kegiatan Belajar 6 ini, diharapkan anda mampu untuk memahami dan mengerti akses untuk memperoleh rekam medik baik itu di Rumah Sakit, Puskesmas, dan Bidan Praktek Swasta.

Tujuan Khusus:

Secara khusus anda diharapkan dapat:

1. Menganalisis tentang sistem pengumpulan data di RS
2. Menganalisis tentang sistem pengumpulan data di Puskesmas
3. Menganalisis tentang sistem pengumpulan data di BPS



URAIAN MATERI

AKSES DALAM MEMPEROLEH REKAM MEDIS

A. Rekam Medis Rumah Sakit

Rekam medis merupakan catatan tentang pasien sudah ada sejak lama, bahkan sebelum hippocrates. Pada zaman dahulu justru perkembangan ilmu kedokteran yang masih berkisar pada kedokteran klinik (orang sakit) berkembang atas jasa rekam medik tersebut. Rekam medis disini diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnosa segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapat pelayanan yang darurat, kalau diartikan secara sederhana rekam medis seakan hanya merupakan catatan dan dokumentasi tentang keadaan pasien.

1. Tujuan rekam medis

Adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan dirumah sakit. Tanpa didukung suatu system pengelolaan rekam medis yang baik dan benar, mustahil tertib administrasi rumah sakit akan berhasil sebagaimana diharapkan.

2. Kegunaan rekam medis

Kegunaan rekam medis dapat ditinjau dari beberapa aspek antara lain :

- Aspek Administrasi
- Aspek Hukum
- Aspek Keuangan
- Aspek Penelitian
- Aspek Pendidikan
- Aspek Dokumentasi

Dibagian kebidanan hal yang penting harus disimpan adalah catatan, tentang asuhan ibu dan bayi, selama hamil, persalinan dan nifas. Termasuk semua hasil pemeriksaan, resep obat dan pemberian.

Dalam lingkup Rumah Sakit dapat dibuka untuk tujuan :

1. Untuk meningkatkan mutu asuhan/ pelayanan pasien
2. Rencana jaminan sosial/pelayanan kesehatan
3. Keperluan administrasi/ tagihan tanggungan asuransi/rekening
4. Quality assurance
5. Penelitian

Sistem pengumpulan rekam medis dimulai dari :

1. Pengumpulan data yang dilakukan pada saat penerimaan pasien.
2. Data didistribusikan menurut jenis pelayanan yang dibutuhkan pasien (unit pelaksana pelayanan)
3. Setiap unit pelaksana pelayanan akan mendokumentasikan semua hasil pemeriksaan dan pengobatan pasien dengan menggunakan alat perekam tertentu baik secara manual ataupun komputer.

Pada pelaksanaan sistem rekam medis data dikumpulkan dengan wawancara yang diawali pada saat :

1. Penerimaan pasien
 - a. Rawat jalan
 - ❖ Pasien baru
 - ❖ Pasien lama
 - ❖ Pasien gawat darurat
 - b. Rawat Inap

Pasien yang memerlukan perawatan dibagi dalam 3 kelompok :

 - Pasien yang tidak urgen, penundaan perawatan pasien tidak akan menambah gawat penyakitnya.
 - Pasien yang urgen, tetapi tidak gawat darurat dapat dimasukkan ke dalam daftar tunggu.
 - Pasien gawat darurat langsung dirawat.
 - c. Penerimaan pasien Gawat Darurat

Pasien yang sudah diseleksi pemeriksaan kegawatannya dapat dirawat pada ruangan khusus sebelum dikirim keruangan.

Contoh formulir catatan pelaporan RS

- ❖ RM 1 : Ringkasan masuk dan keluar.
- ❖ RM 2 : Masuk darurat.
- ❖ RM 3 : Anamnesa.
- ❖ RM 4 : Grafik.
- ❖ RM 5 : Perjalanan perkembangan penyakit.
- ❖ RM 6 : Catatan perawatan/bidan.
- ❖ RM 7 : Hasil pemeriksaan lab/radiologi.
- ❖ RM 8 : Ringkasan keluar.
- ❖ RM 9 : Daftar kontrol istimewa.
- ❖ RM 10 : Laporan operasi.
- ❖ RM 11 : Laporan anastesi.
- ❖ RM 12 : Riwayat kehamilan.
- ❖ RM 13 : Catatan persalinan.
- ❖ RM 14 : Laporan persalinan.

- ❖ RM 15 : Identifikasi bayi.
- ❖ RM 15a : Lembar konsultasi.
- ❖ RM 16 : Indeks ringkasan diagnosa.
- ❖ RM 17 : Catatan poliklinik.
- ❖ RM 18 : Hasil laboratorium.
- ❖ RM 19 : Penem alinan resep.pelan
- ❖ RM 20 : Lembar obstetri.

B. Rekam Medis Puskesmas

1. Penerimaan pasien

Pada tahap ini pasien mendaftarkan diri sesuai dengan permasalahan kesehatan yang terjadi pada dirinya, selanjutnya akan didistribusikan sesuai dengan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas.

2. Pencatatan

Setiap unit pelaksanaan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas (poliklinik) akan mendokumentasikan semua hasil anamnesis, pemeriksaan dan pengobatan yang telah dilakukan pada semua pasien..

3. Kegiatan dalam pengolahan data

4. Penyimpanan

Setiap hasil pemeriksaan dan pengumpulan data yang sudah didokumentasikan akan disimpan sesuai dengan kebijakan puskesmas tersebut. Puskesmas biasanya membuat laporan dan pencatatan bulanan untuk dikirim ke tingkat yang lebih tinggi Dinas Kesehatan Kabupaten.

Contoh sistem pencatatan dan pelaporan puskesmas :

- Laporan KIA.
- Laporan KB.
- Pencatatan akseptor baru.
- Laporan jumlah kunjungan.
- Laporan jenis penyakit pada bulan laporan berdasarkan jumlah kunjungan.
- Laporan PWS KIA.
- Laporan penggunaan vaksin.
- Laporan pemberian vitamin A.
- Laporan kegiatan posyandu.
- Laporan kematian dan kelahiran

C. Rekam Medis Bidan Praktik Swasta (BPS)

- Pelayanan BPM, meliputi pelayanan KIA dan Persalinan.
- BPM wajib membuat pencatatan & pelaporan (kartu status ibu, *informed consent*,

buku KIA, lembar observasi, kartu status peserta KB, surat cuti, SKL, rujukan & kematian.

- BPS akan melapor kegiatan sehari-hari secara berkala (bulanan).

Contoh pelaporan BPM :

- Laporan KIA.
- Laporan KB.
- Laporan pemberian imunisasi.
- Laporan jumlah kunjungan.
- Laporan persalinan.

Petunjuk Teknis Pengisian Formulir Proses Perawatan Kesehatan di BPS :

- Nomor : Diisi dengan menggunakan nomor register.
- Pengisian biodata sesuai dengan format.
- Pada kolom hari, tanggal diisi tanggal, bulan dan tahun pada saat pasien berkunjung.
- Pada anamnesa/ pemeriksaan diisi :
 - Alasan pasien datang
 - Keluhan-keluhan yang dirasakan oleh pasien
 - Hasil dari pemeriksaan yang telah dilakukan
 - Perencanaan untuk melakukan kunjungan ulang
- Diagnosa pada kolom ini diisi dengan rumusan diagnosa bidan berdasarkan data yang telah ada (diperoleh).
- Terapi pada kolom ini diisi sesuai dengan pengobatan/perawatan yang telah dilakukan.

D. Sistem dokumentasian Pelayanan

a. Rawat Jalan

- Di bagian rawat jalan akan dibedakan mengenai laporan pelayanan KIA atau pelayanan ginekologi, KB.
- Setiap bagian akan berbeda karena setiap pelayanan memberikan dan membutuhkan data yang berbeda.

Pasien rawat jalan ada 3 kelompok yaitu :

- Pasien baru** : Diwawancarai → oleh petugas pencatatan data ini harus di isi selambat-lambatnya 1x 24 jam setelah pasien diperiksa.
- Pasien Lama** : Pasien yang datang untuk melakukan pemeriksaan atau tindakan ulang.
- Pasien Gawat Darurat** : Pasien yang datang ke tempat penerimaan gawat

darurat yang dibuka selama 24 jam, dimana disini pasien akan lebih dahulu ditolong baru penyelesaian administrasinya.

- Tujuan Pendokumentasian
- Untuk menciptakan komunikasi.
- Sebagai sumber informasi.
- Sebagai bahan bukti, tanggung jawab dan tanggung gugat.
- Sebagai sumber data untuk penelitian dan pendidikan.
- Sebagai dokumentasi yang sah untuk membuktikan bahwa tindakan, obat dan makanan dan sebagainya sudah diberikan sesuai dengan rencana ketetapan.

b. Rawat Inap

Kegiatan pendokumentasian yang dilakukan pada rawat inap hampir sama dengan rawat jalan kecuali beberapa informasi khusus seperti : persetujuan pengobatan/tindakan, catatan konsultasi, catatan perawatan oleh tenaga kesehatan, catatan observasi klinik, hasil pengobatan, evaluasi pengobatan.

Pendokumentasian yang dilakukan pada rawat inap, adalah :

- Mulai dengan nama pasien, latar belakang pasien sebagai informasi dasar.
- Pencatatan laporan secara sistematis menurut hasil kajian dan pemeriksaan sesuai urutan kronologis.
- Semua tindakan medis/prosedur kebidanan yang istimewa, misalkan ketuban yang sudah dipecahkan dengan sengaja ataupun yang pecah secara spontan dengan jam, jumlah dan sifatnya harus di dokumentasikan dengan benar dan hati-hati.
- Kegiatan akhir dari pendokumentasian adalah pelaporan, variasi laporan menurut tingkat kebutuhan, misalnya :
 - Laporan shift/giliran jaga
 - Laporan harian

Biasanya berupa jumlah pasien masuk, persalinan, kebutuhan tenaga dan seterusnya. Laporan mingguan, bulanan, triwulan atau tahunan tergantung kebutuhan, permintaan atau ketentuan dari institusi peraturan pemerintah.

- Menurut kebutuhan lain masih ada pelaporan ketenagaan, logistik, keuangan dan macam-macam laporan statistik dari pelayanan kebidanan (kelahiran, lahir mati, abortus dan macam-macam komplikasi kehamilan persalinan). Semua laporan ada klarifikasinya menurut ICD.
- ICD (International Classification of Disease) : suatu sistem untuk memberi kode yang kompleks berdasarkan pegelompokan diagnosa medik yang berkaitan, misalnya kode ICD 9 untuk kode asuransi yang dipakai di rawat inap.

Cara pelaporannya Pasien rawat inap

Mulai dengan nama pasien dan berikan latar belakang pasien sebagai informasi dasar kemudian beri gambaran umum sesuai dengan data buku interpretasi Bidan

- ❖ Hindarkan ketidakjelasan informasi dengan memberikan data observasi dan data objektif lainnya hanya laporkan data yang jelas dan pasti.
- ❖ Berikan laporan secara sistematis menurut hasil kajian dan urutan kronologis.
- ❖ Berikan tekanan pada tindakan medik / prosedur kebidanan yang istimewa, misalkan ketuban yang sudah dipecahkan dengan sengaja ataupun yang pecah secara spontan dengan jam, jumlah dan sifatnya

Menurut frekwensi pelaporannya, laporan bervariasi menurut kebutuhan, misalnya :

- Laporan shif / giliran jaga
- Laporan harian
- Laporan mingguan, bulanan, triwulan atau tahunan tergantung kebutuhan,
- permintaan atau ketentuan dari institusi peraturan pemerintah

Prosedur penerimaan pasien rawat inap

a. Pasien tidak urgen atau pasien urgen tetapi tidak darurat.

1. Pasien sudah memenuhi syarat atau peraturan untuk dirawat.
2. Setiap saat pasien atau keluarganya dapat menanyakan pada central opname apakah ruangan yang diperlukan sudah tersedia.
3. Apabila ruangan sudah tersedia, maka : pasien bisa segera mendaftar di tempat penerimaan pasien rawat inap (TPPRI)
4. Pada saat mendaftar, pasien akan mendapatkan penjelasan mengenai kapan dapat masuk ruangan, bagaimana cara pembayaran serta tarif-tarifnya dan peraturan pasien rawat inap.
5. Petugas TPPRI akan membuatkan kartu identitas pasien dirawat. Kartu identitas pasien dirawat minimal berisi nama lengkap pasien, jenis kelamin pasien, nomor rekam medis, nama ruangan dan kelas, diagnosis awal (diagnosis kerja), serta nama dokter yang mengirim.
6. Apabila pasien pernah berobat ke poliklinik atau pernah dirawat di TPPRI akan menghubungi bagian rekam medis untuk menerima nomor catatan medis.
7. Petugas TPPRI juga akan segera menghubungi petugas keuangan untuk menyelesaikan keuangan untuk menyelesaikan pembayaran uang muka.
8. Apabila pembayaran uang muka telah selesai, maka pasien diantar ke ruangan petugas.

b. Pasien gawat darurat

- 1) Pasien yang sudah menjalani pemeriksaan dan membawa surat pengantar untuk dirawat dapat langsung dibawa ke ruangan perawatan atau ruangan penampungan sementara
- 2) Jika pasien sudah sadar dan dapat diwawancarai, petugas sentral opname mendatangi pasien/ keluarganya untuk memastikan identitas selengkapnya.
- 3) Sentral opname mengecek data identitas ke bagian rekam medis untuk mengetahui apakah pasien pernah dirawat/ berobat ke rumah sakit.
- 4) Bagi pasien yang pernah berobat atau dirawat maka rekam mediknya segera dikirim ke ruang perawatan yang bersangkutan dan tetap memakai nomor yang telah dimilikinya.
- 5) Bagi pasien yang belum pernah dirawat atau berobat ke rumah sakit maka diberi nomor rekam medis.
- 6) Petugas sentral opname harus selalu memberitahukan ruang penampungan sementara mengenai situasi tempat tidur di ruang perawatan.

E. Prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan dengan pendekatan catatan SOAP

1. Pembuatan grafik metode SOAP merupakan perkembangan informasi yang sistematis yang mengorganisasi penemuan dan konklusi menjadi suatu plan dalam asuhan
2. Metode ini merupakan sari dari proses penatalaksanaan kebidanan untuk tujuan mengadakan pendokumentasian asuhan
3. SOAP merupakan urutan yang dapat membantu mahasiswa dalam mengorganisir pikiran anda dan memberi asuhan yang menyeluruh

S:(Data Subyektif)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa sebagai langkah 1 varney

O:(Data Obyektif)

Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil lab dan hasil diagnostik yang lain yang dirumuskan untuk mendukung asuhan sebagai langkah 1 varney

A:(Assasment)

Menggambarkan hasil analisa dan intepretasi data subyektif dan obyektif dalam suatu identifikasi:

- a) Diagnosa
- b) Antisipasi diagnosa
- c) Perlunya tindakan segera oleh bidan

P:(Planning)

Menggambarkan pendokumentasian dari tindakan (1) dan evaluasi planning berdasarkan assesment sebagai langkah 5,6,7 varney



RANGKUMAN

1. Rekam medis Di rumah sakit diartikan sebagai keterangan baik yang tertulis maupun terekam tentang identitas, anamnesa, penentuan fisik laboratorium, diagnose segala pelayanan dan tindakan medik yang diberikan kepada pasien, dan pengobatan baik yang dirawat inap, rawat jalan maupun yang mendapatkan pelayanan darurat.
2. Tujuan dan kegunaan rekam medis terdapat dua pengertian yang erat kaitannya, yaitu Tujuan rekam medis adalah untuk menunjang tercapainya tertib administrasi dalam rangka upaya peningkatan pelayanan kesehatan di rumah sakit.
 - a) Kegunaan rekam medis
Kegunaan rekam medis dapat ditinjau dari beberapa aspek, antara lain :
 - Aspek Administrasi
 - Aspek Hukum
 - Aspek Keuangan
 - Aspek Penelitian
 - Aspek Pendidikan
 - Aspek Dokumentasi
 - b) Pada pelaksanaan sistem rekam medik data di kumpulkan dengan wawancara yang diawali pada saat:
 - Penerimaan pasien
 - Rawat jalan
 - Pasien baru
 - Pasien lama
 - Pasien gawat darurat
 - Rawat inap
 - c) Pencatatan
Pencatatan adalah pendokumentasian semua informasi medis pasien di unit rekam medik. Pencatatan yang dilakukan dapat bersifat :
 - Kolektif
 - Individual
 - Pengolahan data medik
 - Kegiatan dalam pengolahan data ini adalah :
 - Coding
 - Indexing

d. Penyimpanan Rekam Medis

Terdapat 2 cara penyimpanan :

- Sentralisasi
- Desentralisasi

4. Puskesmas, Sistem pengumpulan data rekam medis pada tingkat Puskesmas pada dasarnya sama dengan rekam medik Rumah Sakit dengan tahapan sebagai berikut :

- a. Penerimaan pasien
- b. Pencatatan
- c. Pengolahan
- d. Data yang telah didokumentasikan :

1) Coding

2) Indexing

3) Penyimpanan: Setiap hasil pemeriksaan dan pengumpulan data yang sudah di dokumentasikan akan di simpan sesuai dengan kebijakan puskesmas tersebut. Puskesmas biasanya membuat laporan dan pencatatan bulanan untuk dikirimkan ke tingkat yang lebih tinggi Dinas Kesehatan Kabupaten.

5. Bidan Praktik Swasta, pelayanan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh seorang bidan di masyarakat sangat rawan terhadap permasalahan yang akan datang dari bentuk pelayanan yang berikan pada pasien, jadi pencatatan atau pendokumentasian harus menjadi perhatian yang khusus untuk menghindari serta melindungi diri dari gugatan hukum. Biasanya seorang bidan praktik mandiri akan melapor kegiatan sehari-harinya secara berkala (bulanan). Dengan sistem yang hampir sama seperti RS atau Puskesmas.



TES FORMATIF

PILIHAN GANDA

1. Membuat kode atas setiap diagnosis penyakit berdasarkan klasifikasi penyakit yang ada, berdasarkan pengelompokan penyakit yang dituangkan dalam bentuk kode merupakan pengertian dari..
 - a. Coding
 - b. Indexing
 - c. Kolektif
 - d. Individual
2. Diwawancarai oleh petugas pencatatan data ini harus di isi selambat-lambatnya 1x 24 jam setelah pasien diperiksa adalah pasien..
 - a. Pasien baru
 - b. Pasien Lama
 - c. Pasien Gawat Darurat
 - d. Pasien rawat inap
3. Pada tahap ini pasien mendaftarkan diri sesuai dengan permasalahan kesehatan yang terjadi pada dirinya, selanjutnya akan didistribusikan sesuai dengan pelayanan kesehatan yang ada di Puskesmas adalah Rekam Medik ..
 - a. Pencatatan
 - b. Penerimaan pasien
 - c. pengolahan data
 - d. Penyimpanan
4. Contoh formulir Anamnesa pada catatan pelaporan Rumah Sakit adalah..
 - a. RM 1
 - b. RM 2
 - c. RM 3
 - d. RM 4
5. Contoh formulir Masuk darurat pada catatan pelaporan Rumah Sakit adalah..
 - a. RM 1
 - b. RM 2
 - c. RM 3
 - d. RM 4

**Kunci Jawaban:
Pilihan Ganda**

- 1.A.Coding
- 2.A,Pasien baru
- 3.B.Penerimaan pasien
- 4.C.RM 3
- 5.B.RM 2

A.
B.
C.

GLOSARIUM

- ❖ RM 1 : Ringkasan masuk dan keluar.
- ❖ RM 2 : Masuk darurat.
- ❖ RM 3 : Anamnesa.
- ❖ RM 4 : Grafik.
- ❖ RM 5 : Perjalanan perkembangan penyakit.
- ❖ RM 6 : Catatan perawatan/bidan.
- ❖ RM 7 : Hasil pemeriksaan lab/radiologi.
- ❖ RM 8 : Ringkasan keluar.
- ❖ RM 9 : Daftar kontrol istimewa.
- ❖ RM 10 : Laporan operasi.
- ❖ RM 11 : Laporan anestesi.
- ❖ RM 12 : Riwayat kehamilan.
- ❖ RM 13 : Catatan persalinan.
- ❖ RM 14 : Laporan persalinan.
- ❖ RM 15 : Identifikasi bayi.
- ❖ RM 15a : Lembar konsultasi.
- ❖ RM 16 : Indeks ringkasan diagnosa.
- ❖ RM 17 : Catatan poliklinik.
- ❖ RM 18 : Hasil laboratorium.
- ❖ RM 19 : Penemuan resep.pelan
- ❖ RM 20 : Lembar obstet



DAFTAR PUSTAKA

Asrinah; Putri, Shinta Siswoyo; Sulistyorini, Dewie; dkk. 2010. *Konsep Kebidanan*. Yogyakarta: Graha Ilmu.

Handayani Desi, S.ST .2012. "*Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*". Jakarta: CV.Trans Info Media.

Hidayat Alimul Aziz.A., Moh.Wildan .2010. "*Dokumentasi Kebidanan*". Surabaya: Salemba Medika.

Manuaba, Ida Ayu Chandranita et all. 2010. *Ilmu Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB*. Jakarta: ECG.

Saminem, Hajjah. 2010. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan: Konsep dan Praktik*. Jakarta: EGC.