

PENGANTAR DOKUMENTASI KEBIDANAN



Diaz Capriani Randa Kusuma, Zummatul Atika, Cahyaning Setyo Hutomo,
Widi Sagita, Hasmia Naningsi, Sri Wahyuni, Emilia Silvana Sitompul,
Yulia Paramita Rusady, Yayuk Eliyana, Nelly Mariati, Desy Purnamasari,
Fitriyani Bahriyah, Niken Bayu Argaheni, Yuliyani

PENGANTAR DOKUMENTASI KEBIDANAN

**Diaz Capriani Randa Kusuma
Zummatul Atika
Cahyaning Setyo Hutomo
Widi Sagita
Hasmia Naningsi
Sri Wahyuni
Emilia Silvana Sitompul
Yulia Paramita Rusady
Yayuk Eliyana
Nelly Mariati
Desy Purnamasari
Fitriyani Bahriyah
Niken Bayu Argaheni
Yuliyani**



PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

PENGANTAR DOKUMENTASI KEBIDANAN

Penulis :

Diaz Capriani Randa Kusuma
Zummatul Atika
Cahyaning Setyo Hutomo
Widi Sagita
Hasmia Naningsi
Sri Wahyuni
Emilia Silvana Sitompul
Yulia Paramita Rusady
Yayuk Eliyana
Nelly Mariati
Desy Purnamasari
Fitriyani Bahriyah
Niken Bayu Argaheni
Yuliyani

ISBN : 978-623-198-027-4

Editor : Oktavianis, S.ST., M.Biomed
Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes.

Penyunting : Aulia Syaharani, S.Tr.Kes.

Desain Sampul dan Tata Letak : Handri Maika Saputra, S.ST

Penerbit : PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah
Padang Sumatera Barat

Website : www.globaleksekutifteknologi.co.id

Email : globaleksekutifteknologi@gmail.com

Cetakan pertama, 30 Januari 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Pengantar Dokumentasi Kebidanan ini.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, 30 Januari 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR.....	vi
DAFTAR TABEL	vii
BAB 1 KONSEP DOKUMENTASI	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian Dokumentasi.....	1
1.3 Tujuan Dan Fungsi Dokumentasi	4
1.4 Manfaat Dokumentasi Kebidanan.....	9
1.5 Prinsip - Prinsip Dokumentasi	11
1.6 Aspek Legal Dalam Dokumentasi.....	17
DAFTAR PUSTAKA	21
BAB 2 TEKNIK PENDOKUMENTASIAN	23
2.1 Naratif Progress Note	23
2.2 Flow Sheet dan Checklist.....	26
DAFTAR PUSTAKA	33
BAB 3 MODEL DOKUMENTASI KEBIDANAN.....	35
3.1 Pendahuluan.....	35
3.2 Problem Oriented Record (POR).....	35
3.3 Source Oriented Record (SOR).....	39
3.4 Charting By Exception (CBE)	41
3.5 Kardeks.....	43
3.6 Sistem Komputerisasi (<i>Computer Based Patient Record</i> atau CPR)	44
DAFTAR PUSTAKA	47
BAB 4 METODE PENDOKUMENTASIAN	49
4.1 Pendahuluan.....	49
4.2 SOAPIER.....	50
4.3 SOAPIED.....	53
4.4 SOAPIE.....	56
4.5 SOAP	59
DAFTAR PUSTAKA	61

BAB 5 SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM

MEDIK RUMAH SAKIT	63
5.1 Pendahuluan.....	63
5.2 Pengertian	65
5.2.1 Rekam Medis	65
5.2.2 Isi Rekam Medis	65
5.2.3 Jenis Rekam Medis	66
5.3 Rekam Medis Rumah Sakit.....	66
5.4 Sistem Pengumpulan Data Pasien.....	67
5.4.1 Alur Dan Prosedur Pasien	68
5.4.2 Alur Dan Prosedur Rekam Medis	84
DAFTAR PUSTAKA.....	91

BAB 6 SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM

MEDIK PUSKESMAS	93
6.1 Pengertian Puskesmas.....	93
6.2 Pelayanan Puskesmas	93
6.3 Sistem Informasi Puskesmas.....	94
6.4 Rekam Medis Puskesmas.....	94
6.4.1 Rekam medis rawat jalan	94
6.4.2 Rekam medis pasien rawat inap.....	95
6.4.3 Rekam medis pasien gawat darurat.....	95
6.4.4 Rekam Medis pasien dalam Keadaan Bencana.....	96
6.4.5 Rekam Medis pelayanan dokter Spesialis	96
6.4.6 Ringkasan Pulang	96
6.5 Alur Pelayanan Puskesmas	97
6.6 Formulir Pelayanan Puskesmas.....	100
DAFTAR PUSTAKA.....	102

BAB 7 SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM

MEDIK BPS	103
7.1 BPS.....	103
7.2 Pelaporan BPS.....	104
7.2.1 Pelayanan KIA.....	104
7.2.2 Pelayanan Rawat Inap Untuk Persalinan	104

7.2.3 Laporan KB	105
7.2.4 Akseptor Baru.....	105
7.2.5 Laporan Pemberian Imunisasi.....	105
7.2.6 Laporan Jumlah Kunjungan.....	105
7.3 Formulir Pencatatan Pelaporan.....	105
DAFTAR PUSTAKA	116
BAB 8 SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM	
MEDIK DI SISTEM PELAYANAN KESEHATAN.....	117
8.1 Pendahuluan.....	117
8.2 Sistem Pengumpulan Data	119
8.2.1 Alur Dan Prosedur Pasien.....	120
8.2.2 Alur Dan Prosedur Rekam Medis.....	128
DAFTAR PUSTAKA	132
BAB 9 PRINSIP PENDOKUMENTASIAN	
MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN PENDEKATAN	
CATATAN SOAP	133
9.1 Pendahuluan.....	133
9.2 Konsep Manajemen Kebidanan	134
9.2.1 Prinsip Proses Manajemen Kebidanan	
Menurut <i>American College of Nurse</i>	
<i>Midwife (ACNM)</i>	135
9.2.2 Proses Manajemen Kebidanan Menurut	
Helen Varney	137
9.2.3 Standar Asuhan Kebidanan	141
9.3 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan	
dengan Metode SOAP.....	144
DAFTAR PUSTAKA	148
BAB 10 SOAP IBU BERSALIN.....	149
10.1 Pendahuluan.....	149
10.2 Pendokumentasian Ibu Bersalin.....	149
10.3 Format SOAP Ibu Bersalin.....	150
DAFTAR PUSTAKA	161
BAB 11 SOAP IBU NIFAS.....	163
11.1 Pengertian Masa Nifas	163

11.2 Tujuan Masa Nifas.....	163
11.3 Dokumentasi Masa Nifas.....	164
DAFTAR PUSTAKA.....	178
BAB 12 SOAP PADA BBL	179
12.1 Pendahuluan	179
12.2 Tujuan.....	179
12.3 Hasil yang diharapkan.....	179
12.4 Model Pencatatan Asuhan Kebidanan.....	180
12.5 Format SOAP Pendokumentasian pada BBL	182
DAFTAR PUSTAKA.....	187
BAB 13 SOAP PADA TUMBUH KEMBANG	189
13.1 Pendahuluan	189
13.2 Data Perkembangan	198
13.3 Format SOAP Tumbuh Kembang	199
DAFTAR PUSTAKA.....	203
BAB 14 SOAP PADA KESEHATAN REPRODUKSI	205
14.1 Pendahuluan	205
14.2 Macam-macam Gangguan Kesehatan Reproduksi	206
14.3 Contoh SOAP Kesehatan Reproduksi	209
DAFTAR PUSTAKA.....	213
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 5.1 : Alur Pasien Rawat Jalan	69
Gambar 5.2 : Formulir Pendaftaran Pasien Baru	71
Gambar 5.3 : Kartu Asuransi Kesehatan.....	72
Gambar 5.4 : Kartu Berobat.....	72
Gambar 5.5 : Nomor Antrian Klinik.....	72
Gambar 5.6 : Alur Pasien Rawat Inap	77
Gambar 5.7 : Dokter Ruangan Menerima Pasien Baru Masuk Rawat.....	78
Gambar 5.8 : Surat Izin Pulang.....	82
Gambar 5.9 : Contoh <i>Form Informed consent/</i> Persetujuan Tindakan Kedoktera	84
Gambar 5.10 : Alur rekam medis pasien.....	90
Gambar 6.1 : Alur Pelayanan Pasien PUSKESMAS Jatiroyum Kabupaten Pemalang.....	96
Gambar 6.2 : Alur Pelayanan Puskesmas Bantarbolang.....	98
Gambar 6.3 : Alur Pelayanan Rawat Inap UPTD Puskesmas poncol.....	99
Gambar 6.4 : Formulir Pencatatan UPTD Puskesmas Jrengik.....	100
Gambar 6.5 : Formulir poli rawat jalan Puskesmas Sikumana Kupang	101
Gambar 9.1 : Keterkaitan antara Manajemen Kebidanan dan system pendokumentasian	147
Gambar 10.1 : Partograf halaman depan	159
Gambar 10.2 : Partograf halaman belakang.....	160

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 : Contoh Model Pendokumentasian POR.....	38
Tabel 3.2 : Contoh Model Pendokumentasian SOR.....	40
Tabel 14.1 : Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu	210

BAB 1

KONSEP DOKUMENTASI

Oleh Diaz Capriani Randa Kusuma

1.1 Pendahuluan

Mungkin sebagian dari Anda yang sudah pernah memberikan asuhan kebidanan merasakan sedikit kerepotan ketika harus banyak melakukan pencatatan dan pelaporan data klien. Bahkan mungkin ada yang memiliki perasaan bahwa pendokumentasian itu banyak membuang waktu. Tapi pernahkan Anda bayangkan apabila dalam melakukan asuhan kebidanan kepada klien tidak memiliki pendokumentasian sama sekali. Bisakah Anda mempertanggung jawabkan asuhan yang Anda berikan tersebut?

1.2 Pengertian Dokumentasi

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

resmi (*official*) dengan tulisan di atasnya. Dokumentasi adalah suatu proses pencatatan, penyimpanan informasi data atau fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan. Secara umum dokumentasi dapat diartikan sebagai suatu catatan otentik atau semua surat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

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

Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Selain sebagai sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Disamping itu, dokumentasi berperan sebagai pengumpul, penyimpan, dan penyebarluasan informasi

guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian (Fischbach dalam Wildan dan Hidayat, 2009). Dengan kata lain, dokumentasi digunakan sebagai suatu keterangan, baik tertulis maupun terekam, mengenai data subyektif yang diambil dengan anamnesa (wawancara), hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laborat, USG dsb), analisa (diagnosa), perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi, tindakan medis, pengobatan yang diberikan kepada klien baik rawat jalan maupun rawat inap, serta pelayanan gawat darurat.

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

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

- a. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang essensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
- b. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang

diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi.

- c. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
- d. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
- e. Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.

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

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

1.3 Tujuan Dan Fungsi Dokumentasi

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

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

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

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

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

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

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

kebidanan pada pasien.

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

b. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.

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

c. Sebagai informasi statistik.

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

d. Sebagai sarana pendidikan.

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

maupun praktik lapangan.

- e. Sebagai sumber data penelitian.

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

- f. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.

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

- g. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.

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

- h. Untuk menetapkan prosedur dan standar.

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

- i. Untuk mencatat.

Dokumentasi akan diperlukan untuk memonitor kinerja peralatan, sistem, dan sumber daya manusia. Dari dokumentasi ini, manajemen dapat memutuskan atau menilai apakah departemen tersebut memenuhi atau mencapai tujuannya dalam skala waktu dan batasan sumber dayanya. Selain itu manajemen dapat

mengukur kualitas pekerjaan, yaitu apakah outputnya sesuai dengan spesifikasi dan standar yang telah ditetapkan.

j. Untuk memberi instruksi.

Dokumentasi yang baik akan membantu dalam pelatihan untuk tujuan penanganan instalasi baru atau untuk tujuan promosi. Selanjutnya, tujuan dari dilakukannya dokumentasi kebidanan

Menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) meliputi dua hal berikut ini:

- a. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan.
- b. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.
- c. Terkait penelitian, keuangan, hukum, dan etika, dokumentasi memiliki tujuan sebagai berikut :
 - 1) Bukti kualitas asuhan kebidanan.
 - 2) Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien.
 - 3) Informasi terhadap perlindungan individu.
 - 4) Bukti aplikasi standar praktik kebidanan.
 - 5) Sumber informasi statistik untuk standar dan riset kebidanan.
 - 6) Pengurangan biaya informasi.
 - 7) Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
 - 8) Komunikasi konsep risiko tindakan kebidanan.
 - 9) Informasi untuk mahasiswa.
 - 10) Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggungjawab etik.
 - 11) Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
 - 12) Suatu data keuangan yang sesuai.
 - 13) Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

1.4 Manfaat Dokumentasi Kebidanan

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

a. Nilai Hukum

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

b. Jaminan Mutu (*quality control*)

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

c. Alat Komunikasi

Pencatatan merupakan alat “perekam” terhadap kondisi dan masalah yang terkait dengan klien/pasien atau tenaga kesehatan lain. Oleh karena itu, melalui pencatatan dapat dilihat apa yang telah terjadi/dilakukan terhadap pasien/klien, sekaligus melalui pencatatan tenaga kesehatan dapat berkomunikasi dengan timnya, terutama

jika pasien dikelola oleh tim tenaga kesehatan atau pasien memerlukan tindakan rujukan atau konsultasi kepada sarana pelayanan kesehatan rujukan.

d. Nilai Administrasi

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

e. Nilai Pendidikan

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

f. Bahan Penelitian

Pencatatan yang lengkap, jelas dan akurat dapat dipergunakan sebagai sumber data suatu penelitian, sehingga upaya peningkatan pelayanan dapat dilakukan melalui catatan tersebut. Hal ini dapat juga dijadikan masukan atau feed back dalam pengembangan suatu model, metoda, dan tindakan tertentu dalam pelayanan.

g. Akreditasi / audit

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

sepakat bahwa dokumentasi sangat penting karena dapat dipakai sebagai pembela saat ada gugatan dari klien. Dengan kata lain, dokumentasi kebidanan memiliki legalitas tinggi. Agar dokumentasi yang Anda buat itu tetap memiliki nilai legalitas yang tinggi maka dalam mendokumentasikan data harus dibuat atau ditulis dengan prinsip yang benar.

1.5 Prinsip - Prinsip Dokumentasi

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), prinsip-prinsip pendokumentasian harus memenuhi prinsip lengkap, teliti, berdasarkan fakta, logis dan dapat dibaca. Masing-masing prinsip tersebut akan dijelaskan sebagai berikut:

a. Lengkap

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

- 1) Mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan.
- 2) Catatan kebidanan terdiri dari semua tahap proses kebidanan.
- 3) Mencatat tanggapan bidan/perawat.
- 4) Mencatat tanggapan pasien.
- 5) Mencatat alasan pasien dirawat.
- 6) Mencatat kunjungan dokter.

b. Teliti

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

- 1) Mencatat setiap ada perubahan rencana kebidanan.
- 2) Mencatat pelayanan kesehatan.
- 3) Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan.
- 4) Mencantumkan tanda tangan/paraf bidan.
- 5) Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik.
- 6) Catatan hasil pemeriksaan ada kesesuaian

dengan hasil laboratorium/instruksi dokter.

c. Berdasarkan fakta

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip berdasarkan fakta. Prinsip berdasarkan fakta mencakup hal berikut ini:

- 1) Mencatat fakta daripada pendapat.
- 2) Mencatat informasi yang berhubungan dalam bagan/laboratorium.
- 3) Menggunakan bahasa aktif.

d. Logis

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

- 1) Jelas dan logis.
- 2) Catatan secara kronologis.
- 3) Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar.
- 4) Penulisan dimulai dengan huruf besar.
- 5) Setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu (jam, hari, tanggal, bulan dan tahun).

e. Dapat dibaca

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

- 1) Tulisan dapat dibaca.
- 2) Bebas dari catatan dan koreksi.
- 3) Menggunakan tinta.
- 4) Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan.

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

a. Kesederhanaan

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

b. Keakuratan

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

c. Kesabaran

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

d. Ketepatan

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

e. Kelengkapan

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

f. Kejelasan dan keobjektifan

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

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

- a. Dokumentasi secara lengkap tentang suatu masalah penting yang bersifat klinis.

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

- b. Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data

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

- c. Tulislah dengan jelas dan rapi

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

ketidakjelasan tulisan tangan.

- d. Gunakan ejaan dan kata kata baku serta tata bahasa medis yang tepat dan umum.

Pencatatan yang berisi kata kata yang salah dan tata bahasa yang tidak tepat memberi kesan negatif kepada tenaga kesehatan lain. Hal tersebut menunjukkan kecerobohan dalam pendokumentasian. Apabila muncul akan sulit dicari kebenarannya karena tidak adanya bukti yang jelas. Untuk menghindari kesalahan dalam penggunaan kata baku, dapat dilakukan dengan menggunakan kamus kedokteran, kebidanan dan keperawatan, menuliskan daftar kata yang sering salah eja, ataupun menuliskan kalimat yang sering tidak jelas maknanya. Hindari penggunaan kata-kata yang panjang, tidak perlu, dan tidak bermanfaat. Selain itu, identifikasi dengan jelas subjek dari setiap kalimat.

- e. Gunakan alat tulis yang terliha jelas, seperti tinta untuk menghindari terhapusnya catatan.

Dalam pencatatan, penggunaan alat tulis yang baik dengan tinta, baik hitam maupun biru, dapat membantu tidak terhapusnya catatan. Bila menggunakan alat tulis yang bersifat mudah terhapus dan hilang seperti pensil, akan dapat menimbulkan kesalahan-kesalahan interpretasi dalam pencatatan.

- f. Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian.

Sebagian besar rumah sakit atau pelayanan kesehatan mempunyai daftar singkatan yang disepakati. Daftar ini harus tersedia bagi seluruh petugas kesehatan yang membuat dokumentasi dalam rekam medis, baik tenaga medis maupun mahasiswa yang melakukan praktik di institusi pelayanan.

- g. Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital.

Catatan dalam bentuk grafik dapat digunakan sebagai

pengganti penulisan tanda vital dari laporan perkembangan. Hal ini memudahkan pemantauan setiap saat dari pasien terkait dengan perkembangan kesehatannya.

h. Catat nama pasien di setiap halaman.

Pencatatan nama pasien pada setiap halaman bertujuan untuk mencegah terselipnya halaman yang salah ke dalam catatan pasien dengan cara memberi stempel atau label pada setiap halaman dengan menginformasikan identitas pasien.

i. Berhati hati ketika mencatat status pasien dengan HIV/AIDS.

Hal ini berkaitan dengan adanya kerahasiaan pada hasil tes HIV/AIDS di beberapa negara yang dilindungi oleh undang undang. Saat ini banyak tempat pelayanan kesehatan yang tidak mencantumkan informasi tentang status HIV/AIDS positif dalam status pasien atau rekam medis, termasuk di kardeks/catatan rawat jalan, atau catatan lain.

j. Hindari menerima intruksi verbal dari dokter melalui telepon, kecuali dalam kondisi darurat.

Mengingat banyaknya kesalahan dalam pendokumentasian melalui telepon karena ketidakjelasan penyampaian, maka sebaiknya hal ini dihindari kecuali dalam kondisi darurat ketika dokter tidak berada di tempat.

k. Tanyakan apabila ditemukan intruksi yang tidak tepat.

Bidan hendaknya selalu memiliki kemampuan berpikir kritis dan memiliki analisis yang tajam. Apabila muncul ketidakjelasan dalam menerima instruksi atau tugas limpahan dari dokter, bidan sangat dianjurkan untuk bertanya tentang kejelasannya untuk menghindari terjadinya kesalahan persepsi.

- l. Dokumentasi terhadap tindakan atau obat yang tidak diberikan.

Segala bentuk tindakan atau obat yang tidak boleh diberikan harus didokumentasikan secara lengkap disertai dengan alasan yang lengkap, untuk menentukan tindakan selanjutnya.

- m. Catat informasi yang lengkap tentang obat yang diberikan.

Mencatat segala bentuk manajemen obat pada pasien adalah suatu hal yang harus dilakukan dalam proses dokumentasi kebidanan. Diantaranya tentang jenis obat, waktu pemberian obat, dan dosis obat.

- n. Catat keadaan alergi obat atau makanan.

Pencatatan ini sangat penting karena menghindari tindakan yang kontraindikasi dapat memberi informasi yang berguna untuk tindakan antisipasi.

- o. Catat daerah atau tempat pemberian injeksi atau suntikan

Hal ini karena tempat atau area suntikan yang tidak diketahui dapat menimbulkan dampak yang tidak diketahui dapat menimbulkan dampak yang tidak diketahui sebelumnya seperti adanya cedera atau lainnya.

- p. Catat hasil laboratorium yang abnormal.

Hal ini sangat penting karena dapat menentukan tindakan segera.

1.6 Aspek Legal Dalam Dokumentasi

Apakah aspek legal dalam dokumentasi? Bagaimana aspek legal dalam dokumentasi? Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), yang dimaksud dengan aspek legal dalam dokumentasi adalah pembuatan catatan harus berdasarkan standar asuhan kebidanan yang ditetapkan oleh hukum sebagai bentuk perlindungan diri yang sah dari gugatan hukum. Menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010), rekam medis yang

mudah dibaca dan akurat merupakan dokumentasi pelayanan kesehatan yang sangat menentukan yang mengkomunikasikan informasi penting tentang pasien ke berbagai profesional. Dalam kasus hukum, rekam medis dapat menjadi landasan berbagai kasus gugatan atau sebagai alat pembela diri bidan, perawat, dokter atau fasilitas kesehatan.

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

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

- a. Tindakan sipil atau pribadi
- b. Tindakan sipil ini berkaitan dengan isu antar individu.
- c. Tindakan criminal
- d. Tindakan kriminal berkaitan dengan perselisihan antara individu dan masyarakat secara keseluruhan.

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

dokumentasi dapat diterapkan sebagai aspek legal secara hukum adalah sebagai berikut:

- a. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal, meliputi:
 - 1) Catatan kebidanan pasien/ klien diakui secara legal/ hukum.
 - 2) Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan.
 - 3) Informasi yang didokumentasikan harus memberikan catatan ringkas tentang riwayat perawatan pasien.
 - 4) Dokumentasi perlu akurat sehingga sesuai dengan standar kebidanan yang telah ditetapkan.
- b. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal. Berikut ini tiga petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal:
 - 1) Mengetahui tentang malpraktek yang melibatkan bidan
 - a) Klien menjadi tanggung jawab perawat yang bersangkutan.
 - b) Bidan tidak melaksanakan tugas yang diemban.
 - c) Bidan menyebabkan perlukaan atau kecacatan pada klien.
 - 2) Memperhatikan informasi yang memadai mengenai kondisi klien dan perilaku, mendokumentasikan tindakan kebidanan dan medis, follow up, pelaksanaan pengkajian fisik per shift, dan mendokumentasikan komunikasi antara bidan- dokter.
 - 3) Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan.
- c. Panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan. Agar dokumentasi dipercaya secara legal, berikut panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan (Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati, 2009):

- 1) Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah, sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf.
- 2) Jangan menuliskan komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lainnya.
- 3) Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan.
- 4) Pastikan informasi akurat.
- 5) Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta.

DAFTAR PUSTAKA

- Alimul, A.A., 2008. *Dokumentasi kebidanan*. Penerbit Salemba.
- Sab'ngatun, S.S.T. and Ropitasari, S.S.T., 2022. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Deepublish.
- Meikawati, P.R., Setyowati, A. and Artanti, S., 2022. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Penerbit NEM.
- Kartikasari, M.N.D., Suriati, I., Aryani, R., Argaheni, N.B., Kurniawati, E., Fajriana, E., Mona, S., Agussafutri, W.D., Hajar, S. and Hasanah, S., 2022. *Dokumentasi Kebidanan*. Get Press.
- Hatini, E.E., 2019. *Asuhan Kebidanan Kehamilan*. Wineka Media.
- Muyassaroh, Y., Zubaeda, Z., Saragih, H.S., Pulungan, F., Batubara, A., Azizah, N., Argaheni, N.B., Hutomo, C.S., Harahap, N.A., Kumala, T.F. and Astuti, A.D., 2022. *Dokumentasi Kebidanan*. Yayasan Kita Menulis.
- Idaningsih, A., 2022. *Dokumentas Kebidanan*. LovRinz Publishing.

BAB 2

TEKNIK PENDOKUMENTASIAN

Oleh Zumatul Atika

2.1 Naratif Progress Note

Narative Progress Note adalah pencatatan model fleksibel yang bertahan paling lama dan masuk dalam kategori pencatatan tradisional. Informasi data dokumentasi berasal dari petugas kesehatan. Narasumber memberikan informasi dari pengkajian obyektifnya, menggambarkan aktifitas dan evaluasinya.

Dokumentasi Naratif adalah gambaran dokumentasi suatu pasien dalam bentuk paragraf sederhana, perencanaan dan kuratif bagi pasien, serta respon pasien kepada perencanaan teknik naratif ini adalah salah satu teknik yang digunakan dalam pendokumentasian pemberian asuhan sebelum adanya teknik flowsheet dan checklist ini. Catatan naratif progres note ini sering menjadi panjang serta mencantumkan asuhan yang rutin dan hasil pengkajian normal, Tidak ada cara yang jelas dan tepat untuk menemukan informasi penting dalam catatan naratif ini. Dengan berkembangnya lembar alur yang menggambarkan rutinitas asuhan, catatan naratif ini akan dianggap lebih singkat dan bermakna. Meskipun begitu, masih banyak tenaga kesehatan, perawat atau bidan yang masih mendokumentasikan asuhan dengan catatan naratif, padahal informasi tersebut juga sudah dicantumkan dalam lembar alur. Kebanyakan dari mereka adalah karena sudah terbiasa menggunakan teknik naratif ini.

Naratif progres note adalah pencatatan yang digunakan sehari-hari, template alur dokumentasi cerita yang biasa digunakan dalam pendokumentasian masalah asuhan pada

kebidanan kepada pasien yang di amati selama jam kerja. Sumber informasi dokumentasi naratif ini adalah seluruh anggota tenaga kesehatan setempat yang bertanggung jawab dalam memberikan sumber informasi. Masing-masing sumber informasi mendeskripsikan hasil observasi, aktivitas dan evaluasi pelayanan kesehatan

a. Keuntungan

- 1) Pencatatan alur cerita asuhan memudahkan tafsiran secara urut dari kejadian dari dokumentasi.
- 2) Tenaga kesehatan bebas membuat kronologi cerita sesuai gaya bahasa masing-masing
- 3) Format yang sederhana dalam pencatatan
- 4) Teknik yang mudah dikenal dan dipelajari bidan
- 5) Mudah dikombinasi dengan model lain.

b. Kerugian

- 1) Data cenderung tumpang tindih dan terputus-putus
- 2) Informasi sulit dicari karena harus membaca seluruh atau sebagian catatan tersebut
- 3) Harus membaca seluruh catatan untuk mengetahui gambaran klinis pasien.
- 4) Urutan cerita lebih sulit diinterpretasikan karena tidak dilakukan di tempat yang sama.

c. Cara dokumentasi teknik naratif, adalah :

- 1) Menuliskan istilah-istilah medis dan kata-kata yang sesuai standart, seperti pengkajian biodata pasien dan data penunjang lainnya, cara membuat diagnosa , internensi, implementasi, dan evaluasi.
- 2) Mengikuti tahap-tahap yang sesuai dengan pola pikir asuhan kebidanann 7 langkah varney yaitu :pengkajian lengkap biodata dan data-data lain pasien, identifikasi masalah yang ada dan kebutuhan segera pada masalah, intervensi dan pemberian asuhan

kebidana, serta evaluasi. Catatan perkembangan untuk kelengkapan seluruh dokumentasi.

- 3) Menulis kembali dan memperbaiki intervensi asuhan adalah bagian dari laporan.
- 4) Menulis diagnosa berkala, memantau keadaan fisik pasien dan psikis pasien, antara lain menjalankan instruksi dokter, Konseling dan kemajuan kesehatan pasien.
- 5) mengevaluasi setiap saat sesuai waktunya, antara lain pada saat pasien masuk rumah sakit, akan dirujuk, rencana pulang dan saat terjadi perubahan asuhan.
- 6) perlu di perhatikan dalam teknik asuhan ini, tidak boleh ada jarak tulisan yang kosong. tuliskan inisial nama bidan yang melakukan pencatatan.

Contoh penulisan asuhan kebidanan menggunakan teknik naratif:

Tanggal 22 November 2008 Pukul 05.00 : Pasien datang, mengeluh kenceng- kenceng teratur sejak tanggal 21 November 2022 pukul 20.00 WIB.

Pukul 06.00 : Pasien mengatakan sering kenceng-kenceng dan semakin terasa sakit. Pasien yang mengatakan baru merasa keluar cairan ketuban yang banyak dari kemaluannya.

d. Teknik pendokumentasian narrative

- 1) Format awal penerimaan pasien, yaitu format yang berisi data pasien yang baru masuk rumah sakit, identitas biodata pasien, keluhan atau alasan utama masuk rumah sakit.

- 2) Format lembar awal
- 3) Format advis dokter, yaitu lembar format yang ditulis berisi berdasarkan semua yang diadviskan oleh dokter terkait untuk perawatan klien, contohnya tindakan medis advis dokterr.
- 4) Lembar format riwayat penyakit-penyakit yang di derita terdahulu, yaitu format yang berisikan tentang riwayat penyakit sebelumnya yang pernah diderita holeh pasienn dan keluarganya. Riwayat penyakit-penyakit yang di derita sebelumnya dan riwayat penyakit degeneratif. Contohnya yaitu penyakit seperti sakit jantung, diabetes melituss.
- 5) Format Lembar catatan tenaga kesehatan (perawatt/bidan), yaitu lembar catatan yang berisi asuhan keperawatann atau kebidanann yang direncanakan maupun yang sudah diimplementasikan oleh bidan/perawat kepada pasien,
- 6) Lembar catatan lainnya, yaitu lembar hasil laboratorium, fisioterapi dll

2.2 Flow Sheet dan Checklist

Flowsheet dan cheklist ini dipergunakan sebagai alat untuk menulis hasil dari anamnesa kaji data dan penatalaksanaan kebidanan. Jika lembar Flowset ini digunakan dengann baik, akan sangat efektif membantu bidan, untuk menghemat waktu bidan mencatat, di sini tidak perlu menulis lagi ulang data-data didalam lembar alur flowsett ke dalam catatan perkembangan.

Dalam melaksanakann tugas bidan, bidan diharapkan agar memberikan layanan aasuhan kebidanan dan mendokumentasikan dengan baik. Membutuhkan banyak waktu untuk menuliskan hasil semua asuhan kebidanan yang sudah diberikann bidann. Untuk mmengurangi beban bidan

dalam melakukan tugasnya yaitu pencatatan secara narative, dibuat teknikk pendokumentasian dengan flow sheet. Jika flowsheet ini di gunakan dengan baik, maka akaan banyakk membantu mengurangi waktu bidan untuk mencatat dokumentasi hasil asuhan bidan setiap hari dalam tugasya akan menyita banyak waktu bidan. Perlu diperhatikan untuk tidak menulis dokumentasi ulang data di dalam flowseet ke dalam catatann perkembangann, karena hal ini akan mengabaikan tujuan pembuatan flowset dan melakukan pekerjaan sia-sia/tambahan.

Catatann asuhann kebidanan sebaiknya meliputi data-data awal yang lengkap seperti kondisi pasien saat ini, dan terdiri dari asuhan-asuhan dalam jangka waktu tertentu. Jika dalam format asuhan ini dirancang rapi maka akan memberikan gambaran perbandingan kodisi klien dari waktu ke waktu yang lainnya, jadi hal ini bisa membantu memudahkan bidan dalam identifikasi keadaan pada pasien. Sama halnya seperti, flowset adalah model catatan perkembangan yang nyata dirancang untuk memberikan gambaran data khusus klien sesuai dengan ukuran/parameter tertentu. Sering disebut shorthand *proggress notes* atau *abbreviateed progress notes*.

A. Tujuan :

1. efektivitas dan efisiensi data dan/atau asuhan kebidanan,
2. mengumpulkan data-data yang jika data ini tidak dikumpulkan akan tercecer dalam informasi rekam medis pasien-pasien yang lain,
3. Memudahkan untuk keberlangsungan asuhan yang kontinyu, serta dapat meminimalkan dobel catatan dalam dokumentasi,
4. melindungi aspek legal hak pasien serta bidan,
5. Tenaga kesehatan dapat melakukan pengkajian data-data pasien dengan cepat dan mudah

6. Memudahkan dalam perbandingan data-data pasien yang satu dan yang lainnya
7. Menyimpan informasi sebaik mungkin untuk data evaluasi dan sejauh mana keefektifan asuhan.

Lembar Format pendokumentasian dalam FlowShet ini menggunakan grafik dan checklist.

Data-data yang bisa didokumentasikan antara lain:

1. Pola hidup dalam pemenuhan kebutuhan pasien sehari-hari,
2. Yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan,
3. Pemeriksaan tanda-tanda vital,
4. Jumlah yang ditulis dalam keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh,
5. Pemenuhan kebutuhan nutrisi, pengkajian sistem tubuh, kadar reduksi albumin (glukose dalam urine) dan darah.

Flow Sheet juga dapat dipakai untuk mendokumentasikan hasil dari observasi asuhan dan tindakan-tindakan kebidanan sesuai advis, keterkaitannya dengan data-data awal/data dasar, cdokumentasi terapi pengobatan, Konseling Informasi Edukatif dan catatan perkembangannya

B. Keuntungan :

- 1) Membuat peningkatan pada kualitas tulisan
- 2) Lebih gampang dan mudah untuk dibaca
- 3) Memperkokoh standart asuhan kebidanan
- 4) Pencatatan pendokumentasian lebih akurat
- 5) Kerancuan data berkurang
- 6) Didapatkan data yang mudah diakses
- 7) Informasi yang di tulis bermanfaat dan legal,
- 8) Narasi lebih sedikit.

C. Keterbatasan :

- 1) Catatan medis jadi berlebihan, sehingga bisa menimbulkan adanya masalah penyimpanan dan pemakaian data
- 2) Potensi akan adanya dobel penulisan data, yaitu catatan yang sama antara di beberapa ruang yaitu ruang KIA. di ruang ICU, ruang poli dan pendokumentasian dalam farmasi.
- 3) Dalam teknik ini bisa kemungkinan akan terjadi adanya bagian-bagian yang tidak diisi. Dimana akan potensial menimbulkan kesalahan saat melakukan pengambilan diagnosa atau inerpretasi data dan memunculkan tanda tanya,
- 4) keterbatasann ruang lingkup dalam melakukan pendokumentasian secara keseluruhan terhadap KLB atau kejadian luar biasa dan juga adanya penolakann terhadap penggunaann model flow sheet ini.

D. Cara Penulisan dan bagian yang terdapat dalam flowsheets dan checklist, adalah

- 1) Kolom bagian untuk menulis nama tenaga kesehatan yang bekerja
- 2) Hasil identifikasi data, konseling, pemeriksaan observasi, tindakan, dan lain-lain
- 3) Bagian penulisan Hasil observasii dan perencanaan/intervensi khusus.
- 4) Penulisan nama pasienn, waktu (terdiri dari tanggal, bulann dan tahun), nama tenaga kesehatan dan paraf
- 5) judul tindakan dituliskan dalam halaman pertama

Untuk penjelasan selanjutnya akan diuraikan secara narasi.

Contoh : perawatan jahit perineum, perawatan perineum yang bisa dilihat pada catatann perkembangann Menurut Iyer and Camp (2020),

proses dalam merancang floeshet dengan tepat beragam variasinya, saran merancang sebuah flowsheet, adalah:

1. menentukan beberapa halaman yang diperlukan untuk mengisi lembar template
2. merancang template yang mudahh dibacaa dan dipergunakan
3. menentukan dokumentasi digunakan dalaam bentuk vertikal dan/atau horisontal
4. menggunakan huruf/angka yang dicetak tebal(bold) atau miring(underline) untuk menulis bagian judul atau data penting lainnya.
5. Pertimbangan dalam menulis jarak antar sumber data informasi.
6. menentukan apakah lembar template tersebut bisa lebih dari satu lembar halaman.
7. mempertimbangkan apakah data dalam template tersebut akan di informasikan dengan bagian- bagian lainnya.
8. Menyediakan flowset kosongan untuk pasien-pasien yang berbeda agar bisa mendapatkn data pribadi dan pencatatan asuhan pada pasien.
9. Dalam catatan lanjut untuk data perkembangan tidak harus dipergunakan dengan baik , jadi berikan ruang kosong untuk catatan selanjutnya tersebut di halaman sebaliknya lflowset tersebut.
10. memPertahankan struktur format flowset dasar untuk menuliskan standart asuhan-asuhan yang sama yan akan diberikan kepada klien.

11. Berpikir general dalam membuat dan/atau merevisi sebuah template,
12. menghindari membuat format tanpa berkolaborasi dengan profesi/unit lain.
13. melibatkan staf sistem TI (teknik informasi komputer) untuk meninjau ulang konsep flowset tersebut
14. terima masukan dari tenaga kesehatan lain atau staf lain yang akan menggunakan template tersebut.
15. melakukan koreksi awal terhadap format yang telah dibuat bersama secara cermat.
16. perlu diingat bahwa pembuatan dan penerapan format template flowset membutuhkan waktu yang panjang, jadi memerlukan waktu yang lama

E. Syarat lembar alur/flow sheet/checklist adalah :

1. Perhatikan dan ikuti arahan petunjuk penggunaan template khusus.
2. melengkapi template dengan kata-kata kunci tertentu
3. Pada saat mengidentifikasi kasus yang telah diobservasi menggunakan tanda ceklis (√) atau silang (X).
4. jika ada lembar observasi yang tidak terisi, jangan dibiarkan kosong erikan tanda 0
5. Jika perlu data tertulis bisa menuliskan hasil observasi secara jelas
6. Usahakan alur terletak pada lokasi yang tersedia (rekam medis).
7. Pastikan selalu menulis tanda tangan dan nama jelas petugas kesehatan yang bekerja.
8. Selalu menuliskan jam dan tanggal perolehan data masuk.

F. Komponen flow sheet adalah :

- 1) Tulis Inisial petugas yang melakukan pengkajian data, pastikan kolom tersedia
- 2) Kolom tempat tanda tangan petugas yang melakukan pengkajian dokumentasi kebidanan
- 3) Tanda dan waktu saat memasukkan data -data pasien

G. Bentuk flow sheet dalam catatan kebidanan

- 1) Catatan aktivitas sehari-hari pasien
- 2) Catatan kebutuhan terhadap kebutuhan.
- 3) Catatan tanda-tanda vital.
- 4) Catatan keseimbangan cairan yang di berikan.
- 5) format pengkajian nutrisi/gizi pasien
- 6) format pengkajian tubuh/kulit pasien
- 7) format perawatan luka/hasil pengkajian luka
- 8) format pemeriksaan labolatorium dilampirkan

DAFTAR PUSTAKA

- Fisbachtt, FT., 2019, Documenting Care, Communication the Nursing Process dan Documentation Standard, F.A. Daviss Company, Philadelphia.
- Iyerr, WP., Camp, NH, 2015, Nursingg Documentation: a Nursingg Process Approach, Third edition, Alih Bahasa Sarii
- Kurnianingsihh, 2020 Dokumentasi Keperawatann: Suatu Pendekatann Proses Keperawatan, EGC, Jakarta.
- Meikawati. P.R, Setyowati. A, Artanti. S, 2022, Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan, Pekalongan, NEM-Anggota IKAPI
- Mufdlillahh, Nawangsih UH., Sarwinanti, 2021, "Diktat Dokumentasi Kebidanan," Edisi I, AKBID.'Aisyiyah, Yogyakarta.
- Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, 2013, Manajemen Kebidanan Metode SOAP, Jakarta..
- Varney, H, 2017, Varneys Midwifery, Third Edition, UK: Jones & Barlett Publishers International

BAB 3

MODEL DOKUMENTASI KEBIDANAN

Oleh Cahyaning Setyo Hutomo

3.1 Pendahuluan

Seorang bidan profesional harus memberikan pelayanan kebidanan yang komprehensif dan optimal kepada pasien. Pelayanan kebidanan diberikan dengan pendekatan manajemen kebidanan, yang merupakan alur pola pikir bidan. Pendekatan ini dilakukan dengan melalui tahapan yang sistematis sebagai bentuk metode untuk memecahkan masalah ketika memberikan asuhan kebidanan. Rangkaian proses asuhan kebidanan tersebut haruslah tercatat atau terdokumentasikan. Pendokumentasian itu dilakukan sebagai bentuk pertanggungjawaban bidan akan asuhan yang telah diberikannya dan pertanggungjawaban bidan akan profesinya. Pendokumentasian kebidanan dilakukan dengan model-model tertentu. Model ini merupakan cara bidan untuk melakukan dokumentasi setiap asuhan yang telah diberikan kepada pasien. Model dokumentasi ini akan memberikan kemudahan bidan untuk melakukan pencatatan proses asuhan kebidanan sehingga dokumen yang tercatat dapat memuat informasi gambaran keadaan pasien secara tepat. Terdapat enam model pendokumentasian yang akan dijelaskan pada bagian selanjutnya.

3.2 Problem Oriented Record (POR)

Pendekatan yang dikenal mulai dari tahun 1960 ini dipakai oleh tim petugas kesehatan, termasuk perawat dan bidan, untuk mencatat hasil observasi dari daftar masalah

pasien. Pencatatan ini memudahkan tim petugas kesehatan mencatat perkembangan pasien secara terintegritas. Model pendokumentasian ini digunakan untuk mencatat data pasien secara terpusat dan disusun berdasarkan masalah pasien. Model dokumentasi ini memiliki empat komponen yang terdiri dari :

a) Data dasar

Data dasar merupakan keseluruhan data atau informasi yang dikumpulkan oleh bidan, yang kemudian akan digunakan untuk dapat mengidentifikasi permasalahan pasien. Proses mengumpulkan data dilakukan sejak pasien pertama kali datang melakukan pemeriksaan. Data-data ini berupa :

- i) Pengkajian pasien oleh bidan;
- ii) Riwayat kesehatan atau penyakit yang dialami oleh pasien;
- iii) Hasil dari pemeriksaan fisik;
- iv) Pengkajian oleh ahli gizi;
- v) Hasil pemeriksaan penunjang (laboratorium)

b) Daftar masalah

Daftar masalah ini diperoleh dari hasil identifikasi masalah yang didapatkan setelah melakukan pengumpulan data dasar. Daftar masalah dibuat dengan membuat prioritas dari kumpulan masalah yang telah ditemukan. Daftar ini akan mencerminkan keadaan pasien yang membutuhkan penanganan masalah. Kemudian masalah yang telah teratasi selanjutnya akan diberi catatan mengenai kapan dan oleh siapa permasalahan tersebut teratasi. Daftar masalah ini dicatat dengan memperhatikan kronologis tanggal identifikasi masalah oleh bidan yang pertama kali bertemu dengan pasien. Tidak hanya berupa masalah fisiologis, namun masalah lain seperti masalah psikologis, sosiokultural, spiritual, tumbuh kembang, ekonomi dan lingkungan dapat masuk ke dalam daftar masalah pasien.

c) Daftar awal rencana

Daftar yang dibuat sebagai tujuan atau hasil yang akan dicapai ini mengembangkan tindak lanjut dari identifikasi masalah-masalah yang telah ditemukan. Daftar rencana disusun dengan memperhatikan adanya instruksi untuk mendapatkan data tambahan, intervensi yang bersifat terapeutik dan penyuluhan yang diberikan kepada pasien. Dalam daftar masalah ini akan tercantum uraian masalah dan kebutuhan pasien, selain itu juga tercantum siapa pemberi asuhan, berapa kali asuhan dilakukan dan hasil yang diharapkan dalam jangka pendek maupun jangka panjang. Setelah itu akan ditentukan batas waktu asuhan dengan melihat hasil evaluasi, yaitu berupa respon pasien terhadap asuhan yang telah diberikan. Respon dapat berupa kemajuan kondisi pasien atau pengentasan masalah dan pencapaian tujuan dari asuhan oleh bidan.

d) Catatan perkembangan (*Proses Note*)

Catatan ini berisi rekaman rangkaian informasi mengenai perkembangan pengentasan masalah yang telah dilakukan intervensi dan dicatat oleh bidan atau tim petugas kesehatan yang ikut melakukan asuhan. Penyusunan catatan ini dilakukan pada lembar yang sama, yang dirancang dengan format khusus sehingga dapat mengakomodir seluruh masalah dan penanganan yang telah dilakukan. Catatan ini dapat ditulis dalam bentuk flow sheet, catatan bidan selama proses asuhan dan catatan pulang atau *resume* asuhan pada pasien pulang. Menyusun catatan perkembangan dapat menggunakan metode pendokumentasian Subyektif data, Obyektif Data, Assesment, Plan (SOAP), SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi, dan Revisi (SOAPIER) atau Problem, Intervensi Evaluasi (PIE).

Keuntungan melakukan dokumentasi dengan model POR membuat bidan lebih fokus pada permasalahan pasien dan proses untuk menangani masalah tersebut. Hal ini dikarenakan data permasalahan dapat dengan mudah dicari dan dipahami, sehingga bidan dapat memberikan asuhan dengan memperhatikan daftar masalah tersebut. Kontinuitas asuhan oleh bidan juga tergambar dalam dokumentasi dengan model ini. Evaluasi yang dilakukan setelah mengatasi masalah tersaji secara logis dan jelas.

Namun pencatatan model ini dapat pula menimbulkan permasalahan yang baru. Hal ini terjadi apabila masalah-masalah yang sudah tercatat sebelumnya tidak segera mendapatkan penanganan. Dan kondisi ini tentunya menyulitkan bidan untuk dapat melakukan evaluasi dan menentukan tindakan selanjutnya. Daftar masalah yang luas dapat beresiko mengakibatkan proses pengobatan atau intervensi berupa tindakan menjadi lambat. Model ini dapat pula meningkatkan kebingungan pada bidan dikarenakan adanya banyak masalah yang harus dimasukkan kedalam daftar masalah dan adanya ketidakpastian yang dicatat di lembar status pasien mengenai perubahan kondisi pasien diluar daftar masalah yang telah disusun.

Tabel 3.1 : Contoh Model Pendokumentasian POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data subjektif			S
Data objektif			O
			A
			P

3.3 Source Oriented Record (SOR)

Pendokumentasian dengan model ini dilakukan oleh tim kesehatan dengan beorientasi pada sumber informasi yang memiliki disiplin ilmu yang berbeda dan dikelola secara bersama-sama. Pencatatan dilakukan oleh masing-masing anggota tim ketika mengobservasi atau menangani atau melakukan asuhan kepada pasien, yang kemudian masing-masing dari catatan ini akan dikumpulkan menjadi satu. Pendokumentasian model dapat dilakukan oleh dokter, bidan, perawat, ahli gizi, fisioterapi dan lainnya dengan penggunaan pendokumentasian pada masing-masing disiplin ilmu.

Model pendokumentasian SOR memiliki beberapa komponen, yang terdiri dari :

- a) Lembar penerimaan : berupa lembar yang harus diisi dengan biodata pasien untuk indentifikasi awal. Lembar ini memuat pertanyaan mengenai identitas pasien, alasan pasien datang atau masuk atau dirawat di rumah sakit, dan kapan pasien mulai dirawat atau masuk rumah sakit.
- b) Lembar riwayat medis : berupa lembar yang harus diisi dengan riwayat kesehatan pasien yang berhubungan dengan penyakit pasien yang pernah diderita atau penyakit berat dan riwayat penyakit dalam keluarga atau penyakit keturunan.
- c) Catatan bidan : merupakan lembar dimana profesi bidan akan melakukan pendokumentasian mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan asuhan yang diberikan kepada pasien.
- d) Lembar instruksi dokter : berupa lembar yang diisi oleh dokter yang berupa instruksi untuk proses pengobatan dan atau perawatan pasien, baik berupa instruksi pemberian obat, atau instruksi tindakan medis.
- e) Catatan laporan khusus : berupa lembar yang digunakan untuk mencatat kondisi tertentu atau khusus, yang

berhubungan dengan perawatan pasien, misalkan catatan khusus mengenai perawatan pasien secara kolaboratif dengan disiplin ilmu lain (ahli gizi, fisioterapis dan lainnya).

Pendokumentasian yang dilakukan dengan model SOR memberikan kemudahan untuk bidan dalam menyajikan data mengenai pasien secara berurutan, sehingga akan mudah untuk diidentifikasi. Pendokumentasian ini memberikan kemudahan pada bidan karena proses pencatatan dilakukan dengan sederhana.

Disisi lain melakukan pendokumentasian ini akan memberikan kesulitan untuk memahami data sebelumnya, karena adanya ketidakurutan waktu ketika melakukan pengumpulan data, sehingga beresiko terjadi pengulangan. Model pencatatan ini memerlukan beberapa sumber pengkajian untuk dapat menentukan permasalahan dan penanganannya, sehingga menyebabkan pelaksanaan asuhan menjadi lebih lama. Apabila hal tersebut terjadi maka akan membuat tim kesehatan kesulitan untuk memantau perkembangan keadaan pasien.

Tabel 3.2 : Contoh Model Pendokumentasian SOR

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal bulan tahun	Waktu pelaksanaan tindakan	Dokter atau bidan atau fisioterapis	Catatan yang diisi oleh sumber meliputi : pengkajian, identifikasi masalah, rencana tindakan, intervensi, penyelesaian

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
			masalah, evaluasi efektivitas tindakan, dan hasil Dokter atau bidan Nama dan tanda tangan

3.4 Charting By Exception (CBE)

Model pendokumentasian yang dilakukan dengan mencatat hasil atau temuan mengenai keadaan pasien yang tidak normal atau diluar normal, secara naratif. Melakukan pencatatan dengan model ini akan dapat menyajikan data mengenai keadaan pasien menjadi lebih nyata dengan menghemat waktu dan dapat mengakomodir munculnya informasi terbaru. Hal ini menyebabkan model pendokumentasian ini lebih efektif dan efisien karena meminimalisir terjadinya pengulangan data atau duplikasi.

Elemen dari model pendokumentasian CBE antara lain :

- a) *Flow sheet* : digunakan untuk mencatat kesimpulan dari hasil temuan yang penting
- b) Dokumentasi berdasarkan standar praktik : pendokumentasian dilakukan sesuai dengan standar praktik yang secara spesifik menyajikan praktik asuhan yang dilakukan oleh bidan secara rutin pada masing-masing ruang perawatan atau disusun menyesuaikan unit perawatan lain masing-masing.
- c) Formulir dokumentasi : berisikan rekam medis dari pasien yang diletakkan di samping atau di dekat tempat tidur pasien atau dapat juga diletakkan pada bagian pembatas tempat tidur pasien dengan menggantungkannya.

Bidan yang melakukan pendokumentasian dengan model CBE akan dapat Menyusun standar minimal ketika melakukan pengkajian serta memberikan intervensi. Hal ini dikarenakan temuan data yang tidak normal akan tampak jelas, sehingga akan lebih mudah untuk diberi tanda dan dipahami. Hasil pengkajian yang normal atau data normal dan respon dari pasien yang telah diperoleh tidak akan mengganggu. Pendokumentasian ini dapat memangkas waktu bidan dalam proses mencatat dan kemungkinan terjadi duplikasi dapat dihindari, serta informasi terbaru mengenai keadaan pasien dapat segera dicatat. Pendokumentasian ini membutuhkan lembar atau jumlah halaman yang lebih sedikit dan akan disimpan untuk catatan yang bersifat permanen.

Namun pendokumentasian memiliki ketergantungan pada “ceklist” dan singkatnya narasi yang dicatat. Hal lain yang mungkin terjadi ketika melakukan pendokumentasian dengan model ini adalah resiko adanya kekosongan pada bagian pencatatan yang bisa terjadi karena adanya pengabaian untuk melakukan pencatatan rutin. Model pendokumentasian ini tidak dapat dilakukan oleh disiplin ilmu lain selain bidan. Dan yang perlu diperhatikan, pendokumentasian bisa saja mencatat proses memberikan asuhan atau perawatan pasien tanpa adanya suatu kejadian khusus atau tertentu.

Pedoman dalam melakukan pendokumentasian dengan model CBE terdiri dari :

- a) Data dasar : yang terdiri dari data subjektif dan data objektif pasien yang akan disimpan secara permanen.
- b) Daftar diagnosa : diperoleh atau disusun berdasarkan kesimpulan dari hasil pengkajian, daftar ini sesuai dengan standar daftar isi semua diagnosa kebidanan.
- c) Ringkasan pulang : yang ditulis pada saat pasien diperbolehkan pulang dari tempat perawatan yang berisi keterangan diagnosa perawatan pasien atau informasi lain yang berhubungan dengan pasien yang akan pulang.

- d) SOAP : merupakan metode pendokumentasian dalam melakukan pencatatan respon pasien akan intervensi yang telah diberikan.
- e) Data diagnosa kebidanan dan perencanaan : yang telah ditulis oleh bidan memiliki sifat dapat dikembangkan sesuai dengan keadaan pasien yang paling terbaru.

Format model pendokumentasian CBE ini adalah sebagai berikut :

- a) Data dasar
- b) Intervensi *flow sheet*
- c) Grafik record
- d) Catatan bimbingan pasien
- e) Catatan pasien pulang
- f) Format SOAP untuk mencatat asuhan kebidanan
- g) Daftar diagnosa pasien
- h) Diagnosa kebidanan sesuai standar kebidanan
- i) Profil asuhan kebidanan pada pasien

3.5 Kardeks

Pendokumentasian yang dilakukan dengan model tradisional untuk menyusun informasi mengenai pasien dari berbagai sumber ke dalam suatu buku. Pendokumentasian ini berupa sistem dengan rangkaian kartu informasi yang disimpan ke dalam indeks file sehingga memberikan kemudahan ketika perlu memindahkan informasi yang menunjang pemberian asuhan kepada pasien sehari-hari. Sistem ini lebih dikenal dengan sebutan sistem kartu karena didokumentasikan pada serangkaian kartu yang memuat data penting mengenai pasien termasuk ringkasan masalah pasien dan penanganannya.

Pendokumentasian ini memiliki komponen yang terdiri dari :

- a) Data pasien : yang berisi identitas lengkap pasien
- b) Diagnosa kebidanan : yang berisi daftar urutan daftar masalah sesuai prioritasnya
- c) Penatalaksanaan atau penanganan : yang berisi perawatan atau pengobatan, diet atau nutrisi, konsultasi yang telah dilakukan dan lainnya.
- d) Pemeriksaan penunjang : berisi pemeriksaan diagnostik dengan dilengkapi tanggal pelaksanaan dan hasil pemeriksaan.

Melakukan pendokumentasian dengan model kardeks dapat menunjang bidan dalam melakukan komunikasi dan transfer informasi mengenai kondisi atau keadaan pasien kepada anggota tim bidan yang ikut dalam perawatan pasien secara tepat. Namun hal ini lah yang menjadi kelemahan, karena pendokumentasian ini hanya dapat dilakukan oleh bidan dan tidak dapat mengakomodir disiplin ilmu lain. Selain itu karena bentuknya berupa kartu menyebabkan terbatasnya ruang bidan untuk dapat menuliskan data-data yang sifatnya banyak (pada pasien dengan banyak temuan masalah) dan bisa menyebabkan asuhan yang diberikan tidak bisa sesuai dengan kondisi pasien terbaru.

3.6 Sistem Komputerisasi (*Computer Based Patient Record* atau CPR)

Model pendokumentasian dengan memanfaatkan sistem komputer sebagai alat bantu untuk melakukan pencatatan dan penyimpanan data-data kebidanan. Pencatatan dan penyimpanan mengenai data-data kebidanan ini memiliki program tertentu yang dengan jelas memberikan kemudahan pada bidan untuk membantu menegakkan diagnosis dan meminimalisir dilakukan pencatatan secara tradisional.

Pendokumentasian yang dilakukan dengan model CPR ini memiliki kelebihan dalam penyimpanan data yang banyak sehingga memberikan kemudahan pada bidan atau petugas kesehatan lain untuk dapat menyimpan segala data mengenai kondisi pasien yang dirawat. CPR dapat pula mendorong peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pasien karena data pasien lebih mudah dicari dan diakses oleh seluruh tenaga kesehatan ketika melakukan asuhan terutama apabila asuhan tersebut dilakukan secara kolaboratif. Hal ini tentunya dapat memangkas waktu dalam proses perawatan pasien, karena CPR dapat diakses sewaktu-waktu tanpa menunggu tenaga kesehatan lainnya. Penggunaan program pada model CPR dapat diperbaharui setiap saat sesuai dengan kebutuhan layanan kepada pasien. Hal ini dapat memberikan dampak positif kepada tenaga kesehatan agar meningkatkan keterampilan dalam melakukan pendokumentasian dengan model CPR. Ketika data yang dimasukkan telah sesuai akan menekan resiko terjadinya kesalahan data dan dapat meminimalisir resiko terjadinya mal praktik karena data yang salah, hal ini menunjukkan bahwa tingkat akurasi CPR tinggi. Data-data dengan tingkat akurasi yang tinggi ini akan mudah diakses untuk keperluan penelitian demi mengembangkan kesehatan atau pelayanan kesehatan dan kebidanan pada pasien.

Kelemahan dalam penggunaan model CPR adalah adanya resiko mal fungsi pada komputer atau pada sistem yang digunakan yang bisa diakibatkan dari kerusakan alat ataupun keadaan jaringan. Hal ini pula yang menyebabkan tingginya biaya pengadaan ataupun pemeliharaan alat untuk menerapkan model pendokumentasian CPR. Penyimpanan data pasien dengan model ini dapat menginisiasi terjadinya minimal interaksi antar petugas kesehatan atau bisa disebut *impersonal effect*. Kelemahan selanjutnya adalah ketika terjadi kesalahan dalam memasukkan data pasien maka berefek pada

asuhan yang diberikan kepada pasien. Dan yang terakhir adalah keterbatasan kosakata dalam kemampuan menampilkan data yang dapat memicu kebingungan apabila tidak ada penjelasan atau informasi lebih lanjut.

DAFTAR PUSTAKA

- Bali, A., Bali, D., Iyer, N, & Iyer M. 2011. Management of Medical Records: Facts and Figures for Surgeons. *Journal of Maxillofacial and Oral Surgery*. 10(3). Hal : 199-202.
- Fauziah, A., & Sudarti. 2010. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta : Nuha Medika.
- Handayani, S.R. & Mulyati, T.S. 2017. *Bahan Ajar Kebidanan Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta : BPPSDMK.
- Mogli, G.D., Fhrim, & Fahima. 2009. Medical Records Role in Healthcare Delivery in 21st Century. *Archives of Iranian Medicine*. 12(4). Hal 209-212.
- Muyassarih, Y., Zubaeda, Sriyanti, H.S., , ... , Wijayanti, I., Putri, N.R., & Aswan, Y. 2022. *Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas*. Medan : Get Press.
- Wildan & Hidayat, A.A.A. 2008. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika.

BAB 4

METODE PENDOKUMENTASIAN

Oleh Widi Sagita

4.1 Pendahuluan

Dokumentasi kebidanan merupakan dokumen yang sah dan sangat penting untuk setiap pasien atau klien, pentingnya dokumen ini karena dokumentasi ini dapat melindungi setiap pasien dan bidan, sehingga bidan wajib melakukan pendokumentasian dengan baik dan benar.

Dokumentasi yang dilakukan oleh seorang bidan dapat membantu dirinya demi menjaga informasi secara tertulis yang sangat diperlukan bidan dalam berpraktik, kemudian dalam pendokumentasian yang akurat yang dilakukan di pelayanan kesehatan tidak boleh lepas dari konsep praktik kebidanan yang harus berbasis bukti, objektif dan tidak boleh memihak pada siapapun (Aisa S, 2018)

Pendokumentasian ini dapat digunakan sebagai bukti dalam proses hukum jika terjadi adanya kasus, maka dari itu semua yang kita kerjakan harus didokumentasikan dengan baik, jika tidak terdokumentasikan berarti pihak yang bertanggung jawab atau yang melakukan tindakan tidak mengerjakan sebagaimana mestinya. Hal tersebut diatas bisa dikatakan bahwa tenaga kesehatan tersebut bisa dituntut telah melakukan malpraktik. Pendokumentasian yang dilakukan oleh tenaga kesehatan itu harus dapat dipercaya secara legal. (Ramadanty, y. 2018)

Pada tahun 2016 dilakukan penelitian di kabupaten bantul oleh Palfiana, yang mana didapatkan hasil dari penelitian tersebut bahwa bidan masih melakukan dokumentasi dengan berbagai metode seperti menggunakan 7

langkah varney, SOAP bahkan masih ada juga yang berbentuk dokumentasi narasi. Kemudian dari hasil penelitian ini juga didapatkan P Value 0,24 bahwa pendokumentasian asuhan kebidanan dipengaruhi oleh tingkat pendidikan seorang bidan.

Metode pendokumentasian SOAP memiliki berbagai manfaat dalam pelaksanaannya bagi seorang tenaga kesehatan, salah satu manfaat yang ada yaitu dapat membantu tenaga kesehatan sebagai alur pikir atau kerangka berfikir seorang tenaga kesehatan dalam memberikan asuhan kepada kliennya sehingga keputusan yang diambil lebih tepat. (Aisa S, 2018). Dengan adanya pengawasan dari organisasi profesi dalam penggunaan dokumentasi ini dapat diterapkan dengan baik dan pelayanan yang diberikan juga akan lebih berkualitas (Puspita,2019).

Berikut ini adalah metode – metode pendokumentasian:

4.2 SOAPIER

Dalam metode pendokumentasian SOAPIER ini dikenal bahwa S: Subjektif, O: Objektif, A: Analisis, P: Penatalaksanaan, I: Intervensi dan R: *Revised/Reassessment*

1. Data Subjektif

Data ini sangat erat hubungannya dengan apa yang disampaikan oleh pasien atau klien, Karena data subjektif ini diperoleh dari hasil wawancara anata tenaga kesehatan dengan pasiennya atau kliennya. Semua data yang diperoleh dari pasien atau klien wajib kita catat, kemudian ekspresi wajah klien saat kita wawancara misalkan menahan rasa sakit atau mngernyitkan dahi, itu semua kita catat. Perlu diketahui bahwa pada klien dengan tuna wicara, maka perlu ada tanda dibelakang huruf s atau subjektif yaitu tanda “O” atau “X”. data – data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan klien ini akan menunjang diagnosis yang ditegakkan.

2. Data Objektif

Data ini merupakan data dari hasil pemeriksaan yang dilakukan langsung oleh tenaga kesehatan terhadap kliennya. Data ini merupakan data penting yang akan digunakan untuk menegakkan diagnose. Dalam data objektif ini selain hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan, ada data penunjang lain yaitu data dari riwayat kesehatan keluarga, dan dari hasil pemeriksaan laboratorium.

3. Data Analisis

Data ini adalah data yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif (kesimpulan) sehingga diagnosa dapat ditegakkan dengan benar.

Data analisis merupakan data yang mengharuskan bidan untuk dapat melakukan analisis data yang dinamis karena dalam data ini tenaga kesehatan harus mengikuti perkembangan kliennya. Perubahan yang cepat terjadi pada klien ini dapat diketahui karena adanya analisis yang tepat dan akurat serta keputusan atau tindakan yang tepat yang telah diambil oleh seorang tenaga kesehatan.

Data yang telah dikumpulkan dan diinterpretasikan merupakan maksud dari Analisis data, yang didalamnya mencakup diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan atau diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. *Planning*

Data planning merupakan data yang didalamnya terdapat perencanaan asuhan yang akan dilakukan sekarang dan asuhan yang akan datang. Rencana asuhan yang diberikan oleh seorang klien merupakan rencana yang telah disusun berdasarkan data analisis yang didapat dan data ininterpretasi data dari seorang tenaga kesehatan. Asuhan atau tindakan yang direncanakan ini bertujuan untuk mengoptimalkan kondisi klien dan mempertahankan

kesejahteraan klien. Dalam planning ini harus tercapai karena ada tujuan – tujuan yang kita inginkan sebagai tenaga kesehatan dengan batas waktu tertentu. Asuhan yang diberikan oleh seorang tenaga kesehatan harus dapat menolong klien mencapai kesehatan yang baik dan tentunya dengan adanya kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain (dokter) maka kesehatan klien akan semakin baik.

5. *Implementation/*implementasi

Didalam memberikan pelayanan kesehatan terutama dalam pelayanan kebidanan, asuhan yang diberikan harus sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan klien untuk mengatasi masalah – masalah yang ada pada klien tersebut. Yang tidak kalah penting bahwa sebelum memberikan asuhan harus ada persetujuan dari klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Dalam implementasi ini harus banyak melibatkan klien sebanyak mungkin. Tenaga kesehatan juga harus memahami bahwa kondisi klien itu akan berubah dari waktu ke waktu sehingga jika kondisi klien berubah, maka analisa juga berubah. maka rencana asuhan dan implementasinya juga harus disesuaikan.

6. *Evaluation/*evaluasi

Pada langkah ini yang dimaksud adalah tafsiran dari dampak atau efek tindakan – tindakan yang sudah dilakukan demi melihat atau menilai efektivitas dari tindakan atau asuhan yang sudah kita berikan. Didalam evaluasi ini yang dibahas adalah hasil analisis yang sudah di capai dan ketepatan tindakan atau atau asuhan. Didalam evaluasi ini apabila terdapat tujuan yang kiti inginkan tidak terc apai, maka hal tersebut dapat menjadi dasar atau acuan kedepannya untuk mengembangkan alternatif

tindakan yang lain, sehingga tujuan yang kita harapkan dapat diraih secara maksimal atau terbaik.

7. *Reassessment Revised*/revisi

Didalam langkah ini terlihat bahwa rencana dalam asuhan atau tindakan dapat berubah secara cepat, hasil evaluasi yang harus di perhatikan serta implementasi apa saja yang sudah dilakukan. Pada langkah evaluasi itu merupakan petunjuk bagi seorang tenaga kesehatan bahwa asuhan atau tindakan yang kita berikan apakah perlu ada perubahan atau tidak, atau perlu berkolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain atau rujukan. Seorang tenaga kesehatan harus sangat memperhatikan dan memprioritaskan kebutuhan kliennya, kenapa? Karena hal tersebut akan mempengaruhi apa yang menjadi tujuan kita dalam menghadapi klien kita, sehingga tujuan kita akan tercapai dengan baik. Pencapaian target dalam waktu yang singkat dalam memberikan asuhan kepada klien merupakan hal yang harus diperhatikan dalam revisi ini.

4.3 SOAPIED

1. Data Subjektif

Data ini sangat erat hubungannya dengan apa yang disampaikan oleh pasien atau klien, Karena data subjektif ini diperoleh dari hasil wawancara antara tenaga kesehatan dengan pasiennya atau kliennya. Semua data yang diperoleh dari pasien atau klien wajib kita catat, kemudian ekspresi wajah klien saat kita wawancara misalkan menahan rasa sakit atau mngernyitkan dahi, itu semua kita catat. Perlu diketahui bahwa pada klien dengan tuna wicara, maka perlu ada tanda dibelakang huruf s atau subjektif yaitu tanda "O" atau "X". data – data yang

diperoleh dari hasil wawancara dengan klien ini akan menunjang diagnosis yang ditegakkan.

2. Data Objektif

Data ini merupakan data dari hasil pemeriksaan yang dilakukan langsung oleh tenaga kesehatan terhadap kliennya. Data ini merupakan data penting yang akan digunakan untuk menegakkan diagnose. Dalam data objektif ini selain hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan, ada data penunjang lain yaitu data dari riwayat kesehatan keluarga, dan dari hasil pemeriksaan laboratorium.

3. Data Analisis

Data ini adalah data yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif (kesimpulan) sehingga diagnosa dapat ditegakkan dengan benar.

Data analisis merupakan data yang mengharuskan bidan untuk dapat melakukan analisis data yang dinamis karena dalam data ini tenaga kesehatan harus mengikuti perkembangan kliennya. Perubahan yang cepat terjadi pada klien ini dapat diketahui karena adanya analisis yang tepat dan akurat serta keputusan atau tindakan yang tepat yang telah diambil oleh seorang tenaga kesehatan.

Data yang telah dikumpulkan dan diinterpretasikan merupakan maksud dari Analisis data, yang didalamnya mencakup diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan atau diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. *Planning*

Data planning merupakan data yang didalamnya terdapat perencanaan asuhan yang akan dilakukan sekarang dan asuhan yang akan datang. Rencana asuhan yang diberikan oleh seorang klien merupakan rencana yang telah disusun berdasarkan data analisis yang didapat dan data

ininterpretasi data dari seorang tenaga kesehatan. Asuhan atau tindakan yang direncanakan ini bertujuan untuk mengoptimalkan kondisi klien dan mempertahankan kesejahteraan klien. Dalam planning ini harus tercapai karena ada tujuan – tujuan yang kita inginkan sebagai tenaga kesehatan dengan batas waktu tertentu. Asuhan yang diberikan oleh seorang tenaga kesehatan harus dapat menolong klien mencapai kesehatan yang baik dan tentunya dengan adanya kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain (dokter) maka kesehatan klien akan semakin baik.

5. *Implementation/implementasi*

Didalam memberikan pelayanan kesehatan terutama dalam pelayanan kebidanan, asuhan yang diberikan harus sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan klien untuk mengatasi masalah – masalah yang ada pada klien tersebut. Yang tidak kalah penting bahwa sebelum memberikan asuhan harus ada persetujuan dari klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Dalam implementasi ini harus banyak melibatkan klien sebanyak mungkin. Tenaga kesehatan juga harus memahami bahwa kondisi klien itu akan berubah dari waktu ke waktu sehingga jika kondisi klien berubah, maka analisa juga berubah. maka rencana asuhan dan implementasinya juga harus disesuaikan.

6. *Evaluation/evaluasi*

Pada langkah ini yang dimaksud adalah tafsiran dari dampak atau efek tindakan – tindakan yang sudah dilakukan demi melihat atau menilai efektivitas dari tindakan atau asuhan yang sudah kita berikan. Didalam evaluasi ini yang dibahas adalah hasil analisis yang sudah di capai dan ketepatan tindakan atau atau asuhan. Didalam

evaluasi ini apabila terdapat tujuan yang kita inginkan tidak tercapai, maka hal tersebut dapat menjadi dasar atau acuan kedepannya untuk mengembangkan alternatif tindakan yang lain, sehingga tujuan yang kita harapkan dapat diraih secara maksimal atau terbaik.

7. *Documentation*/Dokumentasi

Didalam pendokumentasian SOAPIER, SOAPIED dan SOAP semua didokumentasikan tindakan – tindakan yang sudah diberikan kepada klien atau asuhan yang sudah kita lakukan, namun didalam SOAPIED dokumentasi ini lebih diperlihatkan. Dokumentasi ini diperlihatkan karena agar terlihat secara jelas urutan – urutan kejadian asuhan yang sudah diberikan kepada klien kita. Adapun urutan yang dimaksud adalah dimulai dari klien datang ke fasilitas kesehatan sampai dengan klien pulang, baik dalam keadaan sembuh, pulang atas permintaan sendiri atau pulang paksa, yang kemudian akan didokumentasikan secara utuh atau lengkap.

4.4 SOAPIE

1. Data Subjektif

Data ini sangat erat hubungannya dengan apa yang disampaikan oleh pasien atau klien, Karena data subjektif ini diperoleh dari hasil wawancara antara tenaga kesehatan dengan pasiennya atau kliennya. Semua data yang diperoleh dari pasien atau klien wajib kita catat, kemudian ekspresi wajah klien saat kita wawancara misalkan menahan rasa sakit atau mngernyitkan dahi, itu semua kita catat. Perlu diketahui bahwa pada klien dengan tuna wicara, maka perlu ada tanda dibelakang huruf s atau subjektif yaitu tanda “O” atau “X”. data – data yang

diperoleh dari hasil wawancara dengan klien ini akan menunjang diagnosis yang ditegakkan.

2. Data Objektif

Data ini merupakan data dari hasil pemeriksaan yang dilakukan langsung oleh tenaga kesehatan terhadap kliennya. Data ini merupakan data penting yang akan digunakan untuk menegakkan diagnose. Dalam data objektif ini selain hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan, ada data penunjang lain yaitu data dari riwayat kesehatan keluarga, dan dari hasil pemeriksaan laboratorium.

3. Data Analisis

Data ini adalah data yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif (kesimpulan) sehingga diagnosa dapat ditegakkan dengan benar.

Data analisis merupakan data yang mengharuskan bidan untuk dapat melakukan analisis data yang dinamis karena dalam data ini tenaga kesehatan harus mengikuti perkembangan kliennya. Perubahan yang cepat terjadi pada klien ini dapat diketahui karena adanya analisis yang tepat dan akurat serta keputusan atau tindakan yang tepat yang telah diambil oleh seorang tenaga kesehatan.

Data yang telah dikumpulkan dan diinterpretasikan merupakan maksud dari Analisis data, yang didalamnya mencakup diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan atau diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. *Planning*

Data *planning* merupakan data yang didalamnya terdapat perencanaan asuhan yang akan dilakukan sekarang dan asuhan yang akan datang. Rencana asuhan yang diberikan oleh seorang klien merupakan rencana yang telah disusun berdasarkan data analisis yang didapat dan data

ininterpretasi data dari seorang tenaga kesehatan. Asuhan atau tindakan yang direncanakan ini bertujuan untuk mengoptimalkan kondisi klien dan mempertahankan kesejahteraan klien. Dalam planning ini harus tercapai karena ada tujuan – tujuan yang kita inginkan sebagai tenaga kesehatan dengan batas waktu tertentu. Asuhan yang diberikan oleh seorang tenaga kesehatan harus dapat menolong klien mencapai kesehatan yang baik dan tentunya dengan adanya kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain (dokter) maka kesehatan klien akan semakin baik.

5. *Implementation Implementation/implementasi*

Didalam memberikan pelayanan kesehatan terutama dalam pelayanan kebidanan, asuhan yang diberikan harus sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan klien untuk mengatasi masalah – masalah yang ada pada klien tersebut. Yang tidak kalah penting bahwa sebelum memberikan asuhan harus ada persetujuan dari klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Dalam implementasi ini harus banyak melibatkan klien sebanyak mungkin. Tenaga kesehatan juga harus memahami bahwa kondisi klien itu akan berubah dari waktu ke waktu sehingga jika kondisi klien berubah, maka analisa juga berubah. maka rencana asuhan dan implementasinya juga harus disesuaikan.

6. *Evaluation/evaluasi*

Pada langkah ini yang dimaksud adalah tafsiran dari dampak atau efek tindakan – tindakan yang sudah dilakukan demi melihat atau menilai efektivitas dari tindakan atau asuhan yang sudah kita berikan. Didalam evaluasi ini yang dibahas adalah hasil analisis yang sudah di capai dan ketepatan tindakan atau atau asuhan. Didalam

evaluasi ini apabila terdapat tujuan yang kiti inginkan tidak tercapai, maka hal tersebut dapat menjadi dasar atau acuan kedepannya untuk mengembangkan alternatif tindakan yang lain, sehingga tujuan yang kita harapkan dapat diraih secara maksimal atau terbaik.

4.5 SOAP

1. Data Subjektif

Data ini sangat erat hubungannya dengan apa yang disampaikan oleh pasien atau klien, Karena data subjektif ini diperoleh dari hasil wawancara antara tenaga kesehatan dengan pasiennya atau kliennya. Semua data yang diperoleh dari pasien atau klien wajib kita catat, kemudian ekspresi wajah klien saat kita wawancara misalkan menahan rasa sakit atau mengernyitkan dahi, itu semua kita catat. Perlu diketahui bahwa pada klien dengan tuna wicara, maka perlu ada tanda dibelakang huruf s atau subjektif yaitu tanda "O" atau "X". data - data yang diperoleh dari hasil wawancara dengan klien ini akan menunjang diagnosis yang ditegakkan.

2. Data Objektif

Data ini merupakan data dari hasil pemeriksaan yang dilakukan langsung oleh tenaga kesehatan terhadap kliennya. Data ini merupakan data penting yang akan digunakan untuk menegakkan diagnose. Dalam data objektif ini selain hasil pemeriksaan oleh tenaga kesehatan, ada data penunjang lain yaitu data dari riwayat kesehatan keluarga, dan dari hasil pemeriksaan laboratorium.

3. Data Analisis

Data ini adalah data yang ditegakkan berdasarkan data subjektif dan data objektif (kesimpulan) sehingga diagnosa dapat ditegakkan dengan benar.

Data analisis merupakan data yang mengharuskan bidan untuk dapat melakukan analisis data yang dinamis karena dalam data ini tenaga kesehatan harus mengikuti perkembangan kliennya. Perubahan yang cepat terjadi pada klien ini dapat diketahui karena adanya analisis yang tepat dan akurat serta keputusan atau tindakan yang tepat yang telah diambil oleh seorang tenaga kesehatan.

Data yang telah dikumpulkan dan diinterpretasikan merupakan maksud dari Analisis data, yang didalamnya mencakup diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan atau diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. *Planning*

Data *planning* merupakan data yang didalamnya terdapat perencanaan asuhan yang akan dilakukan sekarang dan asuhan yang akan datang. Rencana asuhan yang diberikan oleh seorang klien merupakan rencana yang telah disusun berdasarkan data analisis yang didapat dan data ininterpretasi data dari seorang tenaga kesehatan. Asuhan atau tindakan yang direncanakan ini bertujuan untuk mengoptimalkan kondisi klien dan mempertahankan kesejahteraan klien. Dalam *planning* ini harus tercapai karena ada tujuan - tujuan yang kita inginkan sebagai tenaga kesehatan dengan batas waktu tertentu. Asuhan yang diberikan oleh seorang tenaga kesehatan harus dapat menolong klien mencapai kesehatan yang baik dan tentunya dengan adanya kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain (dokter) maka kesehatan klien akan semakin baik.

DAFTAR PUSTAKA

- Aisa S, dkk. 2018. Panduan Penulisan Catatan SOAP dalam Pendokumentasian Kebidanan. Nuha Medika
- Ramadanty, y. 2018. Gambaran tentang penyimpanan dokumen pelayanan kebidanan sebagai akuntabilitas bidan di praktik mandiri bidan wilayah kabupaten bandung 2018
- PUSPITASARI, D. 2019. Pelaksanaan Dokumentasi Asuhan Kebidanan Terhadap Perlindungan Hukum Pasien pada Bidan Praktik Mandiri (Studi di Kabupaten Cilacap). Jurnal Idea Hukum, 5(1)
- Palifiana, D. A. 2016. Hubungan pendidikan Bidan dengan penerapan pendokumentasian asuhan kebidanan pada Bidan Praktik Mandiri di Kabupaten Bantul. 412-415
- Muslihatun, dkk. 2009. Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta:---
----- Fitramaya. Pelayanan Kesehatan Keluarga. Yogyakarta : Nuha Medika ; 2009. h. 52
- Winda & Hidayat. 2019. Dokumentasi kebidanan. Jakarta: selemba medika

BAB 5

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK RUMAH SAKIT

Oleh Hasmia Naningsi

5.1 Pendahuluan

Rumah sakit adalah salah satu bentuk fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan pelayanan kesehatan perorangan secara paripurna yang menyediakan berbagai macam pelayanan, antara lain pelayanan rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat. Rumah sakit, sebagai suatu pelayanan publik memiliki tugas untuk menyelenggarakan kegiatan dalam rangka memenuhi hak dasar manusia untuk memperoleh pelayanan kesehatan (Pemerintah Republik Indonesia, 2009)

Rumah sakit sebagai suatu institusi pelayanan kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berkualitas, sehingga dapat memberikan kepuasan kepada konsumen. Pelayanan yang diberikan oleh Rumah Sakit bukan hanya sebatas pelayanan medis, namun Rumah Sakit diharapkan mampu memberikan pelayanan penunjang yang baik. Salah satu pelayanan penunjang yang penting diperhatikan adalah rekam medis. (Wirajaya and Nuraini, 2019)

Dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan Rumah Sakit, penyelenggaraan rekam medis merupakan faktor yang menentukan dan mencerminkan baik atau buruknya pelayanan tersebut. Rekam medis sangat mendukung bukan hanya untuk menyelenggarakan proses instrumen yang penting dalam menangani masalah mediko-legal yang mungkin terjadi di

rumah sakit kurang berhasil dalam upaya meningkatkan mutu pelayanan sebagaimana yang di harapkan. (Barito and La, 2019)

Rekam medis pada dasarnya merupakan kumpulan informasi dan dokumen medis seorang pasien yang di catat dan direkam oleh tenaga kesehatan di rumah sakit berdasarkan rentetan aktiitas selama pasien mendapatkan pelayanan kesehatan mengunjungi atau dirawat di rumah sakit. Informasi tersebut akan di jadikan dasar di dalam menentukan tindakan lebih lanjut dalam upaya pelayanan kesehatan maupun tindakan medis lain yang di berikan kepada seorang pasien yang datang ke rumah sakit. (Barito and La, 2019). Rekam medis merupakan suatu dokumen atau catatan berisikan fakta yang berkaitan dengan keadaan pasien, riwayat penyakit, dan pengobatan masa lalu yang diiisi oleh tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan kepada pasien tersebut.(Mathar and Igayanti, 2020)

Rekam medis memiliki fungsi untuk menyediakan informasi kesehatan bagi semua tenaga kesehatan yang terlibat dalam memberikan pelayanan kesehatan kepada seorang pasien.2 Indikator pelayanan rekam medis yang bermutu meliputi kelengkapan, kecepatan dan ketepatan, dalam memberikan informasi untuk kebutuhan pelayanan kesehatan. (Sampurna and Hatta, 2008)

Unit Rekam Medik mempunyai tugas melaksanakan penyiapan seluruh sumber daya dan fasilitas rekam medik, melaksanakan bimbingan pelaksanaan pelayanan, penyusunan, pengolahan catatan medis, pengkodean, penyimpanan serta pemantauan pelaksanaan rekam medis. Revisi dilakukan dengan mengikuti perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang rekam medis. (Barito and La, 2019)

5.2 Pengertian

5.2.1 Rekam Medis

Dalam penjelasan Pasal 46 ayat (1) UU Praktik Kedokteran, yang dimaksud dengan rekam medis adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

Dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989 tentang Rekam Medis dijelaskan bahwa rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain kepada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.

Kedua pengertian rekam medis diatas menunjukkan perbedaan yaitu Permenkes hanya menekankan pada sarana pelayanan kesehatan, sedangkan dalam UU Praktik Kedokteran tidak. Ini menunjukkan pengaturan rekam medis pada UU Praktik Kedokteran lebih luas, berlaku baik untuk sarana kesehatan maupun di luar sarana kesehatan.(Irdjiati et al., 2006)

5.2.2 Isi Rekam Medis

1. Catatan, merupakan uraian tentang identitas pasien, pemeriksaan pasien, diagnosis, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain baik dilakukan oleh dokter dan dokter gigi maupun tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kompetensinya.
2. Dokumen, merupakan kelengkapan dari catatan tersebut, antara lain foto rontgen, hasil laboratorium dan keterangan lain sesuai dengan kompetensi keilmuannya.(Irdjiati *et al.*, 2006)

5.2.3 Jenis Rekam Medis

1. Rekam medis konvensional
2. Rekam medis elektronik (Irdjati *et al.*, 2006)

5.3 Rekam Medis Rumah Sakit

Rekam medis rumah sakit adalah rekam medis yang lengkap, terkini yang memuat riwayat pasien, kondisi terapi dan hasil perawatan. Rekam medis digunakan untuk mendokumentasikan secara kronologis terapi yang diberikan kepada pasien. Rekam Medis juga digunakan untuk merencanakan evaluasi terapi pasien dan sebagai alat komunikasi antar dokter dan penyedia pelayanan kesehatan lainnya di rumah sakit. Pengawas medis dan perawatan melakukan audit kualitas pelayanan kesehatan dengan mengevaluasi terapi yang dituliskan dalam rekam medis, yang kemudian dibandingkan dengan standar prosedur yang berlaku. (Dr. H. Mukhsen Sarake, 2019)

Rekam medis rumah sakit adalah bukti hukum penting yang dapat digunakan dalam berbagai perkara hukum, rekam medis yang baik dapat membantu rumah sakit atau dokter merekonstruksi kembali urutan terapi dan menunjukkan bahwa pelayanan kesehatan yang diberikan dapat diterima dalam kondisi yang ada pada saat itu. (Dr. H. Mukhsen Sarake, 2019)

Rekam medis juga bisa menjadi bukti yang dapat memberatkan rumah sakit maupun dokter. Untuk itu format dan pengisian harus dibuat secara hati-hati dan harus relevan dengan keadaan pasien. Semua perubahan yang ada dibuat secara kronologis dengan dilengkapi penjelasan tentang alasan perubahan. Sekali rekam medis selesai dibuat komponen-komponen yang ada tidak boleh diubah, dihilangkan dan ditambahkan. Segala usaha untuk mengubah rekam medis biasanya dilakukan untuk kepentingan pribadi semata. JCAHO menetapkan bahwa rekam medis dari rumah sakit yang

terakreditasi memuat informasi yang cukup untuk menetapkan diagnosis, terapi dan hasil terapi secara akurat. (Dr. H. Mukhsen Sarake, 2019)

Rekam medis tiap-tiap rumah sakit sangat bervariasi, tergantung dari karakteristik dari tiap rumah sakit. Tetapi pada umumnya rekam medis rumah sakit terdiri dari dua bagian, Bagian informasi umum dan informasi klinis. Informasi yang minimal harus ada ditetapkan oleh pewawas rumah sakit wilayah atau standar akreditasi, dan peraturan-peraturan yang ditetapkan untuk rumah sakit dan para staf medis.

Untuk memenuhi ketentuan federal sebuah rumah sakit harus memasukkan informasi pasien pada rekam medis yang terdiri dari data identifikasi, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang, riwayat sebelumnya, riwayat keluarga, pemeriksaan fisik, diagnosis kerja, pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan foto rontgen, hasil konsultasi spesialis, prosedur terapan, ringkasan saat pulang dan temuan pada atopsi (Dr. H. Mukhsen Sarake, 2019)

5.4 Sistem Pengumpulan Data Pasien

Tata cara melayani pasien dinilai baik ketika pasien dilayani oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan tanggung jawab sesuai dengan asuhan pelayanan yang dibutuhkan pasien. Petugas pendaftaran harus dapat mengidentifikasi kebutuhan pasien sebelum mendaftarkan ke pelayanan kesehatan yang dituju. Identifikasi pasien yang tepat sesuai kebutuhan pelayanan kesehatan pasien, misi serta sumber daya yang ada di rumah sakit/puskesmas, akan meningkatkan mutu asuhan pasien dan efisiensi penggunaan sumber daya yang tersedia di rumah sakit. (Wijaya, 2017)

5.4.1 Alur Dan Prosedur Pasien

1. Jenis Pasien

Pasien dapat dikategorikan sebagai pasien rawat jalan (pasien poliklinik dan pasien gawat darurat) dan pasien rawat inap.

- a. Dari segi pelayanan, pasien yang datang dapat dibedakan menjadi :
 - 1) Pasien yang dapat menunggu.
 - a) Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian.
 - b) Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat.
 - 2) Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat).
- b. Menurut jenis kedatangan, dapat dibedakan menjadi :
 - a) Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
 - b) Pasien lama adalah pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan.
- c. Kedatangan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan, dapat disebabkan :
 - 1) Dikirim oleh praktek dokter atau bidan diluar fasilitas pelayanan kesehatan.
 - 2) Dikirim oleh rumah sakit lain/Puskesmas/Rumah Bersalin/jenis pelayanan kesehatan lainnya.
 - 3) Datang atas kemauan sendiri. (Wijaya, 2017)

2. Alur dan Prosedur Pasien

Pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit! puskesmas) akan diterima oleh petugas pendaftaran. Pasien dilayani berdasarkan kebutuhan pelayanan kesehatan yang telah diidentifikasi sesuai

dengan sumberdaya di rumah sakit! puskesmas. Berikut ini adalah penjelasan mengenai alur dan prosedur menurut jenis kedatangan pasien.

a. *Alur dan Prosedur Pasien Rawat Jalan*

1) Pasien Baru Rawat Jalan

Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang untuk keperluan berobat baik ke poliklinik, gawat darurat maupun rawat inap. Gambar dibawah ini menjelaskan alur dan prosedur pasien yang akan melakukan rawat jalan, dimulai dari pendaftaran hingga hasil pemeriksaan dokter. (Wijaya, 2017)



Gambar 5.1 : Alur Pasien Rawat Jalan(Wijaya, 2017)

Alur pasien rawat jalan seperti yang dijelaskan pada gambar di atas, sebagai berikut :

- (a) Pasien menuju petugas untuk mendapatkan nomor antrian. Pasien yang datang bisa disebabkan oleh kemauan sendiri, rujukan rumah sakit, rujukan dokter praktek, rujukan puskesmas atau instansi

kesehatan lain.

- (b) Pasien menuju mesin antrian dan mengambil antrian pendaftaran.
- (c) Pasien melaksanakan pendaftaran dengan identifikasi petugas mengenai data pasien, apakah pasien tersebut pasien baru atau pasien lama. Bagi pasien baru, petugas akan meminta pasien atau keluarga untuk mengisi formulir pendaftaran (Gambar 5.2 Formulir Pendaftaran Pasien). Formulir pasien baru akan dicek petugas dengan identitas lain (KTP/SIM/PASPOR/Lainnya). Selanjutnya petugas melakukan pengecekan pada dokumen lainnya jika pasien menggunakan asuransi kesehatan (Gambar 5.3 Kartu Asuransi Kesehatan) kemudian registrasi sesuai klinik yang dituju. Pasien baru akan mendapatkan nomor rekam medis dan kartu berobat (Gambar 5.4 Kartu Berobat).
- (d) Pasien menuju klinik yang sesuai dengan pendaftaran dan menunggu panggilan antrian sesuai nomor antrian klinik (gambar 5.5 Nomor Antrian Klinik).
- (e) Dokter melakukan pemeriksaan dan berkonsultasi dengan pasien.
- (f) Setelah pasien diperiksa dan berkonsultasi oleh dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa :
 - (1) Sembuh, pasien menyelesaikan pembayaran dan kasir dan mengambil obat di apotik.
 - (2) Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter.
 - (3) Jika pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan.

- (4) Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Untuk pendaftaran di klinik spesialis lainnya bisa dilakukan dihari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.
- (5) Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.
- (g) Pasien menyelesaikan pembayaran di kasir, mengambil obat di apotik, dan pulang.

FORMULIR PENDAFTARAN PASIEN BARU

No. RM - -
(Dik. oleh petugas)

Nama Lengkap: (Sesuai KTP)

Tempat, Tanggal Lahir: , - -

Jenis Kelamin: Laki-laki Perempuan

Alamat Lengkap: RT RW

Desa/Kelurahan: Kecamatan:

Kabupaten/Kota: No. Telp/HP:

Agama: Islam Kristen Katholik Hindu Buddha Lain-lain

Status Perkawinan: Kawin Belum Kawin Janda Duda

Pendidikan Terakhir: SD SMP SMA Diploma/Serjana Lain-lain

Pekerjaan: PNS Wiraswasta TNI/Polri Pelajar/Mahasiswa Lain-lain

Kewarganegaraan: WNI WNA

Cara Pembayaran: Asuransi/Jaminan Kesehatan Umum/Mandiri

Nama Penanggung Jawab:

No. Telp/HP:

Klinik yang Dituju: Anak Obgyn Peny. Dalam Spinal Mata Kulit & Kelamin Bedah Umum
 Bedah Orthopedi Gigi & Mulut THT Jwa Urum: Lain-lain

Dengan ini saya menyatakan setuju untuk dilakukan pemeriksaan dan tindakan yang diperlukan dalam upaya kesehatan/keselamatan jiwa saya/pasien tersebut di atas.

Yogyakarta, _____

*Harap diisi dengan huruf kapital
 *Berilah tanda centang (v) pada kotak pilihan
 *Harap semua data diisi selengkap-melengkapya

Gambar 5.2 : Formulir Pendaftaran Pasien Baru
(Wijaya, 2017)



Gambar 5.3 : Kartu Asuransi Kesehatan (Wijaya, 2017)



Gambar 5.4 :
Kartu Berobat
(Wijaya, 2017)



Gambar 5.5 :
Nomor Antrian Klinik
(Wijaya, 2017)

2) Pasien Lama Rawat Jalan

Pasien lama rawat jalan adalah pasien yang sudah pernah berkunjung ke rumah sakit/puskesmas untuk berobat ke poliklinik, gawat darurat maupun rawat inap yang sudah terdata identitas dirinya pada Master Indeks Utama Pasien (MIUP) dan sudah memiliki kartu berobat. Pasien lama dapat dibedakan menjadi pasien yang datang dengan perjanjian dan pasien yang datang tidak dengan perjanjian (atas kemauan sendiri). Berikut ini adalah alur pasien lama rawat jalan :

a) Pasien Perjanjian

Pasien perjanjian adalah pasien yang sudah melakukan registrasi awal ke klinik yang dituju dengan surat kontrol atau via telepon.

- (1) Pasien datang ke petugas pendaftaran membawa kartu berobat dan menyebutkan sudah melakukan registrasi awal dengan perjanjian.
- (2) Petugas akan mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan.
- (3) Petugas akan mencetak registrasi dan memberikan nomor antrian klinik yang dituju pasien.
- (4) Pasien akan mendapatkan nomor antrian klinik dan diarahkan menunggu di klinik yang dituju.
- (5) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa:
 - (a) Sembuh.
 - (b) Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter.
 - (c) Jika pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan.
 - (d) Jika pasien dikonsultasikan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Untuk pendaftaran di spesialis lainnya bisa dilakukan di hari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis.
 - (e) Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.

(6) Pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.

b) Pasien Tanpa Perjanjian

Pasien tanpa perjanjian adalah pasien yang datang langsung ke instansi pelayanan kesehatan.

(1) Pasien datang ke petugas pendaftaran untuk melakukan registrasi ke klinik yang dituju dengan menyerahkan kartu berobat, dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan dan surat rujukan (bila ada).

(2) Petugas akan mencetak registrasi dan memberikan nomor antrian klinik yang dituju pasien.

(3) Pasien akan mendapatkan nomor antrian klinik dan diarahkan menunggu di klinik yang dituju.

(4) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa:

(a) Sembuh.

(b) Jika pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter.

(c) Jika pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan.

(d) Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi. Pendaftaran di spesialis lain bisa dilakukan di hari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.

(e) Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.

(5) Pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.

- b. Alur dan Prosedur Pasien Gawat Darurat (Wijaya, 2017)
- Ada perbedaan pasien yang datang ke pelayanan gawat darurat dengan pasien yang datang ke poliklinik. Disini pasien akan ditolong terlebih dahulu, kemudian baru menyelesaikan administrasi. Setelah mendapatkan pelayanan yang cukup, kelanjutan penanganan pasien antara lain :
- 1) Pasien pulang/ kontrol rawat jalan.
 - 2) Pasien dirujuk ke rumah sakit lain dengan alasan tidak ada fasilitas/ kamar penuh.
 - 3) Pasien dirawat mengikuti prosedur masuk rawat inap.

Alur pasien gawat darurat, sebagai berikut :

- 1) Setelah pasien ditolong, keluarga/pasien datang ke petugas pendaftaran.
- 2) Pasien akan diidentifikasi petugas pendaftaran apakah pasien baru atau pasien lama. Untuk pasien baru, petugas akan meminta pasien/keluarga mengisi formulir pendaftaran pasien baru (Gambar 1.3 Formulir Pendaftaran Pasien).
- 3) Formulir pasien baru akan dicek petugas dengan identitas lain (KTP/SIM/PASPOR/Lainnya). Untuk pasien asuransi kesehatan, petugas akan mengecek dokumen yang berhubungan dengan asuransi atau penjamin pasien tersebut. Setelah itu, pasien melakukan registrasi dan mendapatkan kartu berobat.
- 4) Untuk pasien lama, petugas akan menanyakan kartu berobat pasien, bila pasien tidak membawa, petugas akan mencarikan nomor rekam medis pasien pada MIUP.
- 5) Petugas akan melakukan validasi data pasien yang lama dan mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan kemudian melakukan registrasi.

- 6) Pasien/ keluarga diarahkan kembali ke pelayanan gawat darurat. Kemudian, setelah pasien selesai mendapat layanan kesehatan di gawat darurat, tindak lanjut berikutnya dapat berupa:
 - (a) Boleh pulang/kontrol rawat jalan, pasien /keluarga menyelesaikan pembayaran dikasir dan mengambil obat di apotik.
 - (b) Jika Pasien dirujuk keluar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan, pasien menyelesaikan pembayarandi kasir dan mengambil obat di apotik.
 - (c) Jika pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi, pasien menyelesaikan pembayarandi kasir dan mengambil obat di apotik, untuk pendaftaran di spesialis lainnya bisa dilakukan dihari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.
 - (d) Jika pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.

c. Alur dan Prosedur Pasien Rawat Inap

Pasien yang memerlukan perawatan, dibagi menjadi 3, yaitu :

- 1) Pasien yang tidak urgen, artinya penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan mempengaruhi penyakitnya.
- 2) Pasien yang urgen, tetapi tidak darurat gawat, dapat dimasukkan kedalam daftar tunggu.
- 3) Pasien gawat darurat (*emergency*), maka harus langsung dirawat.



Gambar 5.6 : Alur Pasien Rawat Inap (Wijaya, 2017)

Alur pasien rawat inap, sebagai berikut :

- 1) Pasien membawa surat pengantar rawat dari klinik rawat jalan/ gawat darurat/ kamar bersalin ke pendaftaran rawat inap.
- 2) Pasien memesan kamar perawatan sesuai dengan jenis pembayaran (jika pasien asuransi kesehatan akan dicek dengan pelayanan dan kamar perawatan sesuai dengan plafon pasien) dan melakukan registrasi pendaftaran rawat inap.
- 3) Petugas menghubungi kamar perawatan untuk memesan kamar dan menyampaikan hal-hal yang diperlukan dalam perawatan pasien berdasarkan catatan dalam surat pengantar rawat.
- 4) Pasien diberi penjelasan *general consent*/persetujuan umum dan membubuhkan

- nama, tanda tangan pada formulir tersebut
- 5) Pasien kembali ke klinik/ ruang gawat darurat untuk dipasang infus dan diberi gelang pasien. Kemudian perawat menghubungi ruang perawatan sebelum membawa pasien ke ruang perawatan. Perawat akan serahterima pasien dan rekam medis serta dokumen penunjang lainnya untuk tindaklanjut perawatan pasien.
 - 6) Pasien masuk ruang perawatan diterima dokter ruangan/ perawat ruangan.



Gambar 5.7 : Dokter Ruangan Menerima Pasien Baru Masuk Rawat (Wijaya, 2017)

d. Alur dan Prosedur Pasien Pulang

Setelah mendaftarkan diri dan mendapatkan perawatan sesuai dengan kebutuhan maka pasien akan dibolehkan untuk pulang. Bagi pasien yang melakukan rawat inap di rumah sakit, terdapat beberapa alasan atau cara pasien untuk pulang dari rumah sakit diantaranya:

- Pasien pulang sembuh, yaitu pasien yang diperbolehkan pulang perawatan atas persetujuan dokter penanggung jawab pasien.
- Pasien dirujuk, yaitu pasien yang diberikan surat rujukan untuk pindah ke rumah sakit dengan fasilitas atau sumber daya yang lebih lengkap dari tipe rumah sakit saat pasien dirawat.
- Pasien pindah rumah sakit karena alasan pribadi, yaitu pasien yang pulang karena alasan atau permintaan khusus, misalnya memilih rumah sakit yang lokasinya dekat dengan rumah pribadi, memilih rumah sakit yang terdapat dokter keluarga, dan sebagainya.
- Pasien pulang paksa, yaitu pasien yang pulang perawatan tanpa adanya persetujuan dokter. Untuk menghindari resiko, maka setiap pasien pulang paksa harus membuat surat pernyataan yang menyatakan pelayanan kesehatan tidak bertanggung jawab bila terjadi sesuatu kepada pasien akibat perawatan yang tidak tuntas, dan resiko ditanggung oleh keluarga.

1) Alur pasien pulang sembuh, sebagai berikut:

- a) Setelah visit, dokter penanggung jawab pasien (DPJP) akan mengkaji asuhan perawatan. Jika pasien sudah sembuh, dokter akan memberikan surat izin pulang dan memberi ceklis kolom diizinkan pulang oleh dokter untuk diproses dipendaftaran rawat inap.
- b) Pasien menyelesaikan administrasi dan

- pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
- c) Pasien menyerahkan surat izin pulang yang sudah diketahui bagian pendaftaran dan kasir.
 - d) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resum medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan.
- 2) Alur pasien dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi, sebagai berikut:
- a) Setelah visit, DPJP akan mengkaji asuhan perawatan jika pasien memerlukan perawatan lebih lanjut karena keterbatasan fasilitas/ sumber daya yang ada di rumah sakit, maka pasien dapat dirujuk ke rumah sakit yang lebih tinggi tipenya dari rumah sakit tersebut. DPJP akan membuat surat rujukan, surat izin pulang dengan memberi ceklis kolom lain-lain diisi dirujuk ke rumah sakit (sebutkan nama rumah sakitnya) dan keluarga pasien akan membawa surat tersebut ke pendaftaran rawat inap dan bagian kasir untuk memproses pembayaran.
 - b) Perawat ruangan akan melaksanakan prosedur pasien dirujuk.
 - c) Saat merujuk pasien/ keluarga didampingi dokter ruangan/ perawat ruangan sesuai ketentuan yang berlaku dengan membawa surat rujukan dan *copy* hasilhasil pemeriksaan selama perawatan di rumah sakit.
- 3) Alur pasien pindah ke rumah sakit lain, sebagai berikut:

- a) Setelah visit, DPJP akan mengkaji asuhan perawatan jika pasien ingin pindah rumah sakit dengan alasan yang dapat diterima. Selanjutnya dokter akan memberikan surat izin pulang dan memberi ceklis kolom pindah RS, untuk diproses dipendaftaran rawat inap.
 - b) Pasien menyelesaikan administrasi dan pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
 - c) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resum medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan.
- 4) Alur pasien pulang paksa, sebagai berikut:
- a) Jika pasien ingin pulang paksa, dokter ruangan akan menghubungi DPJP, pasien/keluarga pasien akan membuat surat pernyataan pulang paksa, dokter ruangan akan memberikan surat izin pulang dan memberi ceklis kolom pulang paksa, untuk diproses dipendaftaran rawat inap.
 - b) Pasien menyelesaikan administrasi dan pembayaran di pendaftaran rawat inap dan kasir rawat inap.
 - c) Pasien diberikan surat lepas perawatan dan resum medis dan juga penjelasan tentang cara menggunakan obat, diet, waktu dan tempat kontrol oleh perawat ruangan.

Selama pasien dalam perawatan, bila diperlukan adanya tindakan yang mempunyai resiko tinggi, maka perawat akan menyiapkan formulir persetujuan tindakan kedokteran sebelum dokter menjelaskan tindakan

kedokteran, resiko dari tindakan, manfaat, komplikasi yang potensial terjadi serta alternatif tindakan (Gambar 5.9 *Form Informed consent/ Persetujuan Tindakan Kedokteran*).


RM 10 /RI/VIII/2017

SURAT IZIN PULANG

Dipulangkan dari RS Esa Unggul :

Nama Pasien :

Umur : (L / P)*

Ruang Perawatan :

Dipulangkan Tanggal :

Karena (beri tanda √) :

<input type="checkbox"/> Diizinkan pulang oleh dokter <input type="checkbox"/> Pulang Paksa <input type="checkbox"/> Pindah RS	<input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Lain-lain
--	--

Jakarta,/...../...../ Pkl

Jakarta,/...../...../ Pkl

Petugas Pendaftaran	Perawat Ruangan	DPJP
(.....)	(.....)	(dr.....)

*coret yang tidak perlu

Gambar 5.8 : Surat Izin Pulang
(Wijaya, 2017)

Nama : _____
 Nama : _____
 Jenis Kelamin : _____
 Tanggal Lahir : _____
 (jika ada) atau tempelan foto (jika ada)

FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara <input type="checkbox"/> Tipe sedasi/medikasi <input type="checkbox"/> Urutan singkat prosedur dan tahapan yang penting		
6	Tujuan		
7	Risiko & Komplikasi		
8	Prognosis Prognosis awal, prognosis jangka panjang, prognosis keulanan		
9	Alternatif & Risiko <input type="checkbox"/> Pilihan pengganti/jarum/bahan		
10	Hal lain yang akan dilakukan untuk menyelaraskan pasien <input type="checkbox"/> Perawatan tindakan <input type="checkbox"/> Konsultasi selama tindakan <input type="checkbox"/> Resusitasi		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			landatangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter sebagaimana di atas kemudian yang saya beri landatangan di kolom kanannya, dan telah memahaminya			landatangan
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang berlandatangan di bawah ini, saya, nama _____, tanggal lahir _____ laki-laki/perempuan _____, alamat _____, dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ pada tanggal _____ terhadap saya/ _____ saya/benama _____, tanggal lahir _____ laki-laki/perempuan _____, alamat _____.			
Saya memahami pentingnya dan manfaat tindakan sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.			
Saya juga menyadari bahwa dokter melakukan suatu upaya dan usaha karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah kepastiaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
_____ tanggal _____ pukul _____	Yang menyatakan*	Dokter	Saksi 1 Saksi 2
(_____)	(_____)	(_____)	(_____)

Nama _____
 Nomor _____
 Jenis Kelamin _____
 Tanggal Lahir _____
Isilah data-data yang tertera pada formulir ini (P. 8, 9, 10)

FORMULIR PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PENERIMA INFORMASI			
Dokter Penerima Tindakan			
Pendidik Informasi			
Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan *			
No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosa (R/O & I/O)		
2	Desain Diagnosis		
3	Tindakan Kesehatan		
4	Risiko Tindakan		
5	Tela Cara <small>Tipe tindakan/obat Akan ingatkan prosedur dan tindakan yang penting.</small>		
6	Tujuan		
7	Risiko dan Keuntungan		
8	Prognosis <small>Prognosis vital, prognosis jangka- panjang, kemungkinan</small>		
9	Alternatif & Risiko: <small>Walaupun pengobatan/penyakit/keadaan</small>		
10	Hal lain yang akan dilakukan untuk menyulung/menakuti pasien <small>Perawatan tindakan pemeriksaan selama tindakan Pasca-tindakan</small>		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menandatangani hak-hak di atas secara benar dan jelas dan siap dibuktikan kesempurnaan untuk berfungsinya dan tidak berakibat			terdapat
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah memahami informasi dan dokter sebagaimana di atas dan bersedia yang saya beri tanda perseri di kolom kesediaan, dan tidak memahaminya			terdapat
* Jika pasien tidak kompeten atau tidak bisa menyetujui informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya, nama _____ tanggal lahir _____ laki-laki/perempuan, umur _____ dengan ini menyatakan penolakan untuk dilakukannya tindakan _____ tanggal lahir _____ tanda saya/ _____ saya terima _____ tanggal lahir _____ laki-laki/perempuan, umur _____ Saya memahami artinya dan membuat tindakan tersebut sebagaimana telah dijabarkan seperti di atas apabila saya termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan. Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat dari dilakukannya tindakan kedokteran yang dilaksanakan oleh dokter.			
Yang menyatakan* _____ tanggal _____ Duka _____		Dokter _____ Sahat 1 _____ Sahat 2 _____	

Gambar 5.9 : Contoh Form Informed consent/ Persetujuan Tindakan Kedoktera (Wijaya, 2017)

5.4.2 Alur Dan Prosedur Rekam Medis

1. Alur dan Prosedur Rekam Medis Rawat Jalan

a. Pasien Baru

- 1) Pasien mengisi formulir pendaftaran pasien baru yang telah disediakan.
- 2) Petugas pendaftaran akan mengumpulkan data sosial pasien dari formulir pendaftaran pasien

- baru sesuai identitas pasien (KTP/PASPOR/SIM/ Identitas lainnya) baik manual maupun elektronik.
- 3) Petugas pendaftaran melakukan registrasi dengan memasukkan data NORM, nama pasien, poliklinik yang dituju sesuai kebutuhan pasien (lihat surat rujukan bila ada).
 - 4) Petugas pendaftaran membuat kartu berobat pasien dan diberikan kepada pasien untuk dibawa apabila pasien tersebut berobat ulang.
 - 5) Petugas rekam medis menyiapkan rekam medis pasien baru.

b. Pasien lama

- 1) Pasien menyerahkan kartu berobat (bila pasien lupa membawa kartu berobat atau hilang, maka berkas rekam medis pasien lama dapat ditemukan melalui KIUP atau MIUP).
- 2) Petugas pendaftaran akan melakukan registrasi memasukkan data NORM, nama pasien, poliklinik yang dituju sesuai kebutuhan pasien (lihat surat rujukan bila ada) dan mencetak trecer ke Instalasi Rekam Medis khususnya di bagian penyimpanan.
- 3) Petugas Penyimpanan akan mencari rekam medis pasien sesuai sistem penjajaran yang berlaku.
- 4) Berkas rekam medis pasien dikirim oleh petugas rekam medis yang telah diberikewenangan untuk membawa rekam medis pasien ke poliklinik yang dituju.
- 5) Petugas poliklinik akan mencatat pada buku registrasi pelayanan yang terdiri dari nomor urut, tanggal/ bulan, NORM, nama pasien, alamat lengkap, umur sesuai jenis kelamin, pekerjaan, cara kunjungan ke rumah sakit, jenis kunjungan,

tindak lanjut pelayanan, bila pasien meninggal sebelum dirawat, bila pasien saat datang sudah meninggal, diagnosa, kasus, penyebab luar/kecelakaan, morfologi, neoplasm, terapi obat,oral,perianal dan cara pembayaran.

- 6) Dokter pemeriksa akan melakukan asesmen awal yang terdiri dari mencatat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, diagnosis/ masalah, rencana asuhan, alergi, asesmen psikologis, sosial ekonomi, asesmen nyeri, resiko jatuh dan asesmen fungsional, risiko nutrisi, kebutuhan edukasi, *discharge/ planning/* perencanaan pulang pasien.
- 7) Petugas poliklinik (perawat/ bidan) akan membuat rekapitulasi harian pasien rawat jalan sesuai dengan kebutuhan data di pelayanan kesehatan tersebut.
- 8) Setelah pemberian pelayanan kesehatan di poliklinik selesai dilaksanakan, petugas poliklinik mengirimkan seluruh berkas rekam medis pasien rawat jalan dan rekapitulasi pasien rawat jalan ke Instalasi Rekam Medis paling lambat 1 jam sebelum berakhir jam kerja.
- 9) Petugas rekam medis memeriksa kelengkapan pengisian rekam medis dan untuk yang belum lengkap segera diupayakan kelengkapannya.
- 10) Petugas rekam medis mengolah rekam medis yang sudah lengkap, assembling dan *coding*, kemudian data tersebut dimasukkan ke dalam indeks penyakit, indeks operasi, indeks dokter, indeks kematian sesuai dengan diagnosa/ kode penyakit.
- 11) Petugas rekam medis akan membuat rekapitulasi setiap akhir bulan untuk membuat laporan dan

statistik rumah sakit.

12) Setelah selesai diolah, rekam medis disimpan berdasarkan sistem penjajaran dan penyimpanan yang berlaku di pelayanan kesehatan tersebut.

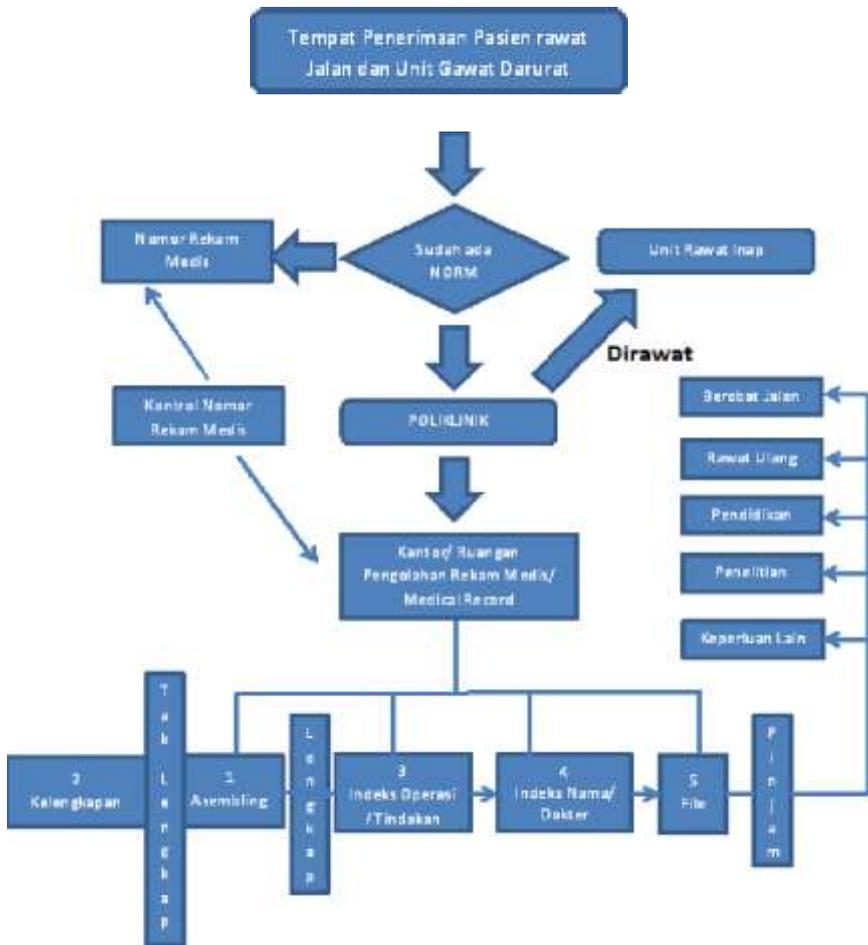
2. Alur dan Prosedur Rekam Medis Rawat Inap

Pasien masuk rawat inap dapat melalui rawat jalan/ gawat darurat/ kamar bersalin. Adapun alur rekam medis rawat inap sebagai berikut :

- a. Pasien yang perlu perawatan akan diberikan surat pengantar rawat dari dokter gawat darurat/ poliklinik/ kamar bersalin.
- b. Untuk pasien yang membawa rujukan terlebih dahulu akan diperiksa oleh dokter baik dokter gawat darurat/ dokter spesialis yang ada di rumah sakit.
- c. Apabila tempat tidur diruang rawat inap tersebut penuh, maka dokter akan membuat surat rujukan ke rumah sakit terdekat. Bila tempat tidur tersebut tersedia maka petugas pendaftaran rawat inap akan melakukan registrasi rawat inap yang berisi tanggal dan bulan, nomor urut, nomor rekam medis, nama pasien, alamat lengkap, umur sesuai jenis kelamin, cara penerimaan pasien, asal pasien, nama ruang rawat, kelas perawatan, keterangan pindah *intern* pelayanan/ kelas rumah sakit, keterangan dipindahkan *intern* rumah sakit, tanggal dan jam keluar (h+m) dan cara pembayaran, baik secara manual maupun komputerisasi.
- d. Apabila berlaku sistem uang muka, khusus pasien non PNS dan dianggap mampu, pihak keluarga pasien diminta menghubungi bagian keuangan/ kasir rawat inap untuk membayar uang muka sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

- e. Petugas pendaftaran menyiapkan rekam medis pasien dan gelang pasien dipasangkan sebelum pasien ke ruang perawatan.
- f. Perawat poklinik/ gawat darurat/ kamar bersalin menghubungi ruang perawatan, mengirimkan pasien ke ruang perawatan bersama rekam medis dan dokumen lainnya yang diperlukan dalam lanjutan perawatan pasien.
- g. Pasien diterima dokter ruangan dan perawat ruang mencatat ke dalam buku register pelayanan rawat inap.
- h. Dokter ruangan dan perawat akan mencatat asesmen awal pasien rawat inap dan keperawatan. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebagai Clinical Leader bertugas untuk melakukan pencatatan asesmen asuhanpasien, pelaksanaan pelayanan, perkembangan pasien dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) baik dokter, keperawatan, dietisien, apoteker, dan profesional pemberi asuhan lainnya, serta menandatangani pencatatan CPPT dengan menggunakan metode Subjective Objective Assesment Planning (SOAP).
- i. Selama diruang perawatan, perawat atau bidan menambah lembaran-lembaran rekam medis sesuai dengan layanan yang dibutuhkan.
- j. Perawat/ bidan berkewajiban membuat sensus harian rawat inap yang memberikan gambaran mutasi pasien mulai dari jam 00.00 sampai dengan jam
- k. 24.00. Sensus harian dibuat rangkap tiga, untuk ruang perawatan, pendaftaran, dan instalasi rekam medis. Pengiriman sensus jam 08.00 hari berikutnya. Sensus harian ini dapat berupa manual maupun elektronik.
- l. Petugas ruangan (perawat/ bidan) memeriksa kelengkapan rekam medis sebelum diserahkan ke Instalasi Rekam Medis.

- m. Setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis pasien segera dikembalikan dalam waktu 24 jam setelah pasien keluar secara lengkap dan benar bersamaan dengan sensus harian rawat inap.
- n. Petugas rekam medis akan mengolah berkas rekam medis yang sudah lengkap, melewati proses *assembling* (perakitan), *coding* (pemberian kode penyakit berdasarkan ICD 10 dan kode tindakan berdasarkan ICD9CM), membuat indeks penyakit, indeks tindakan, indeks dokter, indeks kematian, analisis kuantitatif rekam medis, hingga penyimpanan rekam medis sesuai sistem penjajaran yang berlaku.
- o. Data yang diterima diolah untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit.
- p. Petugas rekam medis akan mengeluarkan berkas rekam medis untuk keperluan pasien berobat ulang atau keperluan lain. Dari setiap permintaan pasien tersebut harus menggunakan formulir peminjaman rekam medis pasien, serta lama peminjaman harus diatur dalam kebijakan rekam medis. (Wijaya, 2017)



Gambar 5.10 : Alur rekam medis pasien (Wijaya, 2017)

Alur pasien dan rekam medis di atas belum menjadi standar baku untuk pelaksanaan rekam medis di rumah sakit, untuk itu kemungkinan beberapa rumah sakit di Indonesia akan memiliki kebijakan masing-masing dalam hal tersebut. (Wijaya, 2017)

DAFTAR PUSTAKA

- Barito, K. and La, K.U.A. 2019. 'Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medik 2019', pp. 1–48. Available at: <http://repository.stikeshb.ac.id/9/1/5>. Pedoman Penyelenggaraan Rekam Medis %28RSUD H.Abdul Aziz Marabahan%29.pdf.
- Dr. H. Mukhsen Sarake, M.. 2019. *Buku Ajar Rekam Medis, Buku Ajar Rekam Medis*. Available at: <https://repository.stikeshb.ac.id/1/>.
- Irdjiati, A.R.A.R.E.I. *et al.* 2006. 'Manual Rekam Medis'. Available at: http://www.kki.go.id/assets/data/menu/Manual_Rekam_Medis.pdf.
- Mathar, I. and Igayanti, I.B. 2020. *Manajemen Informasi Kesehatan (Pengelolaan Dokumen Rekam Medis)*. Revisi, *Desain Formulir*. Revisi. Madiun: Grup Penerbitan CV BUDI UTAMA. Available at: [http://repository.stikes-bhm.ac.id/1016/1/Manajemen Informasi Kesehatan_v.3.3_A5_Irmawati Mathar%281%29.pdf](http://repository.stikes-bhm.ac.id/1016/1/Manajemen_Informasi_Kesehatan_v.3.3_A5_Irmawati_Mathar%281%29.pdf).
- Pemerintah Republik Indonesia. 2009. 'Undang-undang Republik Indonesia Nomor 44 Tahun 2009 Tentang Rumah Sakit. Jakarta: Pemerintah RI; 2009.', *Undang-Undang Republik Indonesia*, 1, p. 41. Available at: <https://peraturan.go.id/common/dokumen/ln/2009/uu0442009.pdf>.
- Sampurna, B. and Hatta, G.R. 2008. *Pedoman manajemen informasi kesehatan di sarana pelayanan kesehatan*. Revisi. Edited by G.R. Hatta. Jakarta: Jakarta : Penerbit Universitas Indonesia (UI-Press), 2008. Available at: <https://opac.perpusnas.go.id/DetailOpac.aspx?id=676087>.

- Wijaya, L.& D.R. 2017. 'Manajemen Informasi Kesehatan II : SISTEM DAN SUB SISTEM PELAYANAN RMIK', *Permenkes Ri No 269/Menkes/Per/111/2008*, 2008, p. 332. Available at: http://www.pdpersi.co.id/kanalpersi/manajemen_mutu/data/snars_edisi1.pdf%0Ahttps://docplayer.info/57670877-Modul-praktikum-audit-dokumentasi-klinis-2.html.
- Wirajaya, M.K. and Nuraini, N. 2019. 'Faktor Faktor yang Mempengaruhi Ketidaklengkapan Rekam Medis Pasien pada Rumah Sakit di Indonesia', *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan Indonesia*, 7(2), p. 165. Available at: <https://doi.org/10.33560/jmiki.v7i2.225>.

BAB 6

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK PUSKESMAS

Oleh Sri Wahyuni

6.1 Pengertian Puskesmas

Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama, dengan mengupayakan upaya promotif dan preventif di wilayah kerjanya. Adapun pelayanan di puskesmas terdiri dari ; perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, pencatatan dan pelaporan yang dituangkan dalam suatu sistem. (Kesehatan, 2019)

6.2 Pelayanan Puskesmas

Berdasarkan kemampuan pelayanannya Puskesmas dibagi menjadi :

- a. Puskesmas nonrawat inap
- b. Puskesmas rawat inap

Puskesmas non rawat inap melayani pasien rawat jalan, perawatan rumah (*home care*), dan juga pelayanan gawat darurat

Selain itu, Puskesmas non rawat inap dapat menyelenggarakan rawat inap pelayanan persalinan normal.

Puskesmas rawat inap adalah Puskesmas yang diberi tambahan sumber daya sesuai pertimbangan kebutuhan pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan rawat inap pada pelayanan persalinan normal dan rawat inap pelayanan kesehatan lainnya. (Kesehatan, 2019)

6.3 Sistem Informasi Puskesmas

Sebagai suatu unit pelayanan, puskesmas menyediakan informasi untuk membantu proses pengambilan keputusan dalam menjalankan manajemen agar tercapai sasaran kegiatan yang ada di Puskesmas. Dua kegiatan kegiatan yang menjadi bagian dari sistem informasi, dan sebagai bentuk pendokumentasian, yaitu pencatatan dan pelaporan.

Pencatatan merupakan serangkaian kegiatan untuk mendokumentasikan hasil pengamatan, pengukuran, dan/atau penghitungan pada setiap langkah upaya kesehatan yang dilaksanakan Puskesmas. Sementara itu, pelaporan adalah penyampaian data terpilah dari hasil pencatatan kepada pihak terkait sesuai dengan tujuan dan kebutuhan yang telah ditentukan. (Kesehatan, JDIH BPK RI (DATABASE PERATURAN), 2019)

6.4 Rekam Medis Puskesmas

Berdasarkan Permenkes no. 269 tahun 2008 tentang rekam medis, dimana rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien. Isi rekam medis harus dibuat secara tertulis, lengkap dan jelas atau secara elektronik. (Ninta, Abudi, & Arsad, 2022)

Rekam medis puskesmas, umumnya hampir sama dengan rekam medis rumah sakit, Adapun isi dari rekam medis terdiri dari :

6.4.1 Rekam medis rawat jalan

Rekam medis rawat jalan minimal berisi tentang :

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, sekurang kurangnya terdapat keluhan pasien dan riwayat penyakitnya.

- d. Hasi pemeriksaan fisik dan penunjang medic
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien
- i. Untuk pasien kasus gigi dilengkapi odontogram klinik
- j. Persetujuan tindakan bila diperlukan

6.4.2 Rekam medis pasien rawat inap

Rekam medis pasien rawat jalan minimal terdiri dari :

- a. Identitas pasien
- b. Tanggal dan waktu
- c. Hasil anamnesis, minimal keluhan dan riwayat penyakit
- d. Hasil Pemeriksaan fisik dan penunjang medic
- e. Diagnosis
- f. Rencana penatalaksanaan
- g. Pengobatan dan/atau tindakan
- h. Persetujuan tindakan bila diperlukan
- i. Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan
- j. Ringkasan pulang (*discharge summery*)
- k. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, aau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- l. Pelayanan lain yang dilakukan oleh tenaga kesehatan tertentu.
- m. Untuk pasien kasus gigi menyertakan odontogram klinik.

6.4.3 Rekam medis pasien gawat darurat

Adapun isinya mencakup sekurang-kurangnya :

- a. Identitas pasien
- b. Kondisi saat pasien tiba disarana pelayanan kesehatan
- c. Identitas pengantar pasien
- d. Tanggal dan waktu
- e. Hasil anamnesisa, minimal keluhan dan riwayat penyakit.

- f. Hasil pemeriksaan fisik penunjang medic
- g. Diagnosis
- h. Pengobatan dan/atau tindakan
- i. Ringkasan kondisi pasien sebelum meninggalkan pelayanan unit gawat darurat dan rencana tindak lanjut.
- j. Nama dan tanda tangan dokter, dokter gigi, atau tenaga kesehatan tertentu yang memberikan pelayanan kesehatan.
- k. Saranan taransportasi yang digunakan bagi pasien yang akan dipindahkan esaran pelayanan kesehatan lain.
- l. Pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.

6.4.4 Rekam Medis pasien dalam Keadaan Bencana

Isi rekam medi bencana minimal mencakup unsur rekam medis gawat darurat diatas, ditambah dengan :

- a. Jenis bencana dan lokasi dimana pasien ditemukan.
- b. Kategori kegawatan dan nomor pasien bencana masal.
- c. Identitas yang menemukan.

6.4.5 Rekam Medis pelayanan doter Spesialis

Isi rekam medis dapat disesuaikan dengan kebutuhan.

6.4.6 Ringkasan Pulang

Ringkasan pulang pasien rawat inap ditulis oleh dokter atau dokter gigi yang melakukan perawatan pasien.

Adapun isi ringkasan pulang minimal mencakup :

- a. Identitas pasien
- b. Diagnosis masuk dan indikasi pasien dirawat
- c. Ringkasan hasil pemeriksaan fisik dan penunjang, diagnosis akhir, pengobatan dan tindak lanjut.
- d. Nama dan tanda tangan dokter atau dokter gigi yang memberikan pelayanan.

(Kesehatan, Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis, 2008)

6.5 Alur Pelayanan Puskesmas

Setiap Puskesmas memiliki alur pelayanan yang berbeda-beda, disesuaikan dengan jenis pelayanan yang diadakan di setiap Puskesmas, berikut beberapa contoh alur Puskesmas yang ada di beberapa wilayah di Indonesia :



Gambar 6.1 : Alur Pelayanan Pasien PUSKESMAS Jatiroyom Kabupaten Pemalang

(Sumber : Puskesmas Jatiroyom Kabupaten Pemalang
<https://pkmjatiroyom.pemalangkab.go.id/alur-pelayanan/>)



Gambar 6.2 : Alur Pelayanan Puskesmas Bantarbolang

(Sumber : Puskesmas Bantarbolang

<https://pkmbantarbolang.pemalangkab.go.id/2021/06/16/alur-pelayanan-puskesmas-bantarbolang/>)



Gambar 6.3 : Alur Pelayanan Rawat Inap UPTD Puskesmas poncol

(Sumber : Puskesmas Poncol <https://sippn.menpan.go.id/pelayanan-publik/jawa-timur/kabupaten-magetan/uptd-puskesmas-poncol/pelayanan-rawat-inap>)

6.6 Formulir Pelayanan Puskesmas

Untuk masa sekarang ini formulir pencatatan yang ada dipuskesmas, memiliki keragaman bentuk dan cara mengaplikasikannya, bias secara tertulis ataupun menggunakan system computer. Berikut ini bebrapa formulir pencatatan yang ada dipuskesmas.



PEMERINTAH KABUPATEN SAMPANG
DINAS KESEHATAN
UPTD PUSKESMAS JRENGIK
Jl. Raya Jrengik Kecamatan Jrengik Kabupaten Sampang

RM 1

REKAM MEDIS RAWAT JALAN

No. Rekam Medis : - -

Nama : (Tn/Ny/In/An)

Tempat/Tgl Lahir :

Umur : Thn/Bln (L/P)

Tanggal masuk :

Alamat :

No. BPJS/Jamkesmas :

TGL	POLI	ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN FISIK	DIAGNOSA	THERAPY	KODE ICD 10	TTD DOKTER

Gambar 6.4 : Formulir Pencatatan UPTD Puskesmas Jrengik
 (Sumber : <https://pkm-jrengik.sampangkab.go.id/>)

POLI RAWAT JALAN

--	--	--	--

NO. KEG/INDEKS

Nama Penderita :
.....

NO	TANGGAL	ANAMNESIS DAN PEMERIKSAAN	DIAGNOSA	TERAPI	KET.

Gambar 6.5 : Formulir poli rawat jalan Puskesmas Sikumana Kupang

(Sumber : <https://www.pusksmn.dinkes-kotakupang.web.id/>)

DAFTAR PUSTAKA

- Kesehatan, K. 2008. *Permenkes 269 Tahun 2008 Tentang Rekam Medis*. Indonesia: Kementrian Kesehatan.
- Kesehatan, K. 2019. *JDIH BPK RI (DATABASE PERATURAN)*. Retrieved 9 10, 2022, from Pusat Kesehatan Masyarakat: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/138635/permenkes-no-43-tahun-2019>
- Kesehatan, K. 2019. *JDIH BPK RI (DATABASE PERATURAN)*. Retrieved OKTOBER 15, 2022, from SISTEM INFORMASI PUSKESMAS: <https://peraturan.bpk.go.id/Home/Details/138622/permenkes-no-31-tahun-2019>
- Ninta, S. F., Abudi, R., & Arsad, N. 2022. Sistem Pengelolaan Rekam Medis PUSKESMAS. *Jambura Health and Sport Journal*, 119-126.

BAB 7

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK BPS

Oleh Emilia Silvana Sitompul

7.1 BPS

Bidan Praktik Swasta (BPS) adalah Bidan yang memiliki Surat Ijin Praktek Bidan (SIPB) sesuai dengan persyaratan yang berlaku, dicatat (register) diberi izin secara sah dan legal untuk menjalankan praktek kebidanan mandiri (IBI). Bidan yang memberikan rangkaian kegiatan pelayanan kebidanan secara perorangan. BPS memberikan pelayanan yang meliputi : penyuluhan kesehatan, konseling, Antenatal Care, asuhan persalinan, perawatan ibu nifas, perawatan bayi, pelayanan imunisasi untuk ibu, bayi, balita, pelayanan KB, dan lain-lain (Handayani, 2012). Pelayanan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh seorang bidan dimasyarakat sangat rawan terhadap permasalahan yang akan datang dari bentuk pelayanan yang diberikan kepada pasien. Bidan Praktik Swasta (BPS) memberikan pelayanan asuhan kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, dan bayi baru lahir dan akseptor KB serta kesehatan reproduksi (Sih Rini Handayani, 2017). Pencatatan pendokumentasian menjadi keharusan perhatian khusus untuk menghindari serta melindungi diri dari gugatan hukum. Data rekam medik menjadi bukti tanggung gugat seorang bidan dalam melaksanakan tanggungjawabnya, sehingga Bidan dalam melaksanakan tugasnya dapat berjalan dengan baik (Moh. Wildan, 2011).

Rekam medik di Bidan Praktik Swasta (BPS) merupakan salah satu sumber data penting yang kemudian diolah menjadi

informasi. Data rekam medik adalah catatan atau dokumen yang menjadi dasar dalam melaksanakan asuhan dan menjadi bukti dari pelaksanaan asuhan yang sudah diberikan (Yusari Asih, 2016). Seorang Bidan praktik swasta melaporkan kegiatan asuhan yang diberikan kepada pasien sehari-harinya secara berkala yaitu setiap bulan. Pencatatan dan pengumpulan data di BPS dicatat dalam bentuk formulir dan buku rekam medik yaitu kartu Ibu / status ibu, informed consent, buku KIA, lembar observasi, kartu anak/status anak, kartu status peserta KB, kartu peserta KB (Subiyatin, 2017) .

7.2 Pelaporan BPS

Seperti halnya pencatatan di Puskesmas, pencatatan dan pengumpulan data di Bidan Praktek Swasta (BPS) tercatat dalam beberapa formulir dan buku-buku rekam medis. Pelayanan kesehatan yang diberikan sebuah BPS adalah :

7.2.1 Pelayanan KIA

Pelaporan Pelayanan KIA (Kesehatan Ibu dan anak) yang bertujuan untuk memantapkan dan meningkatkan jangkauan serta mutu pelayanan KIA secara efektif dan efisien. Pelaporan pelayanan KIA meliputi : pelaporan pelayanan antenatal, pertolongan persalinan, deteksi dini resiko tinggi dan komplikasi, penanganan komplikasi, pelayanan neonatal, pelayanan ibu nifas (Sih Rini Handayani, 2017).

7.2.2 Pelayanan Rawat Inap Untuk Persalinan

Pelayanan rawat inap adalah pelayanan kesehatan kepada pasien yang perlu perawatan intensif atau observasi dimana pasien dirawat inap yang meliputi pelayanan observasi, diagnose, pengobatan, perawatan, pemulihan. Laporan pelayanan rawat inap untuk persalinan harus dilaporkan BPS setiap bulannya.

7.2.3 Laporan KB

BPS melakukan pencatatan dan pelaporan pelayanan KB yaitu dengan merekam dan menyajikan laporan yang berkaitan dengan pelayanan kontrasepsi. Jenis pelayanan KB yang diberikan adalah pil, kondom, suntik, IUD, dan implant.

7.2.4 Akseptor Baru

Pencatatan dan pelaporan akseptor baru atau peserta KB baru yaitu PUS (Pasangan Usia Subur) yang pertamakali menggunakan kontrasepsi setelah mengalami kehamilan dan berakhir dengan keguguran atau setelah persalinan dengan tujuan mencegah kehamilan.

7.2.5 Laporan Pemberian Imunisasi

Pencatatan dan pelaporan pemberian imunisasi. Pelayanan imunisasi pada bayi, catin (Calon Pengantin), Ibu hamil, anak usia sekolah. Pencatatan meliputi identitas/nama lengkap, alamat, tanggal pelayanan imunisasi, jenis imunisasi yang diberikan, jumlah vaksin, No. Batch Vaksin, Expire date vaksin.

7.2.6 Laporan Jumlah Kunjungan

Pencatatan dan pelaporan jumlah kunjungan setiap bulan yaitu laporan kunjungan informasi tertulis tentang kunjungan pasien dan pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien.

7.3 Formulir Pencatatan Pelaporan

Formulir adalah lembaran kartu atau kertas dengan ukuran tertentu yang didalamnya terdapat data atau informasi yang bersifat tetap dan juga bagian lain yang diisi dengan bagian yang tidak tetap. Formulir kertas berisi pertanyaan yang bersifat formal atau informasi.

- 1) Formulir terdiri dari :
 - ✓ Kartu Ibu atau status Ibu,
 - ✓ Informed Consent, Buku KIA,
 - ✓ Lembar Observasi,
 - ✓ Laporan pemberian imunisasi,
 - ✓ Persetujuan Tindakan Medis,
 - ✓ Kartu anak atau status anak,
 - ✓ Kartu status peserta KB,
 - ✓ Kartu Peserta KB dan
 - ✓ Persetujuan KB dan
- 2) Blanko yang disiapkan :
 - ✓ Surat Keterangan Cuti Bersalin,
 - ✓ Surat Kelahiran,
 - ✓ Rujukan,
 - ✓ Surat Keterangan Sakit
 - ✓ Surat Kematian
- 3) Buku Pencatatan Pelaporan
 - ✓ Buku Ibu Asuh
 - ✓ Buku Inventaris
 - ✓ Buku Rujukan
 - ✓ Buku Kas Bulanan
 - ✓ Buku Stok Obat
 - ✓ Buku BBLR
 - ✓ Buku Pelayanan KB
 - ✓ Buku Catatan Kelahiran
 - ✓ Buku Catatan Kematian
 - ✓ Buku Rencana Kerja Tahunan

Lampiran

1. Kartu Ibu atau status Ibu

ANTE NATAL CARE

No.	Keadaan				Keperawatan										Pemeriksaan			Laboratorium						Surgical Preplan						
	Tanggal	kehamilan	usia ibu	usia kehamilan	kehamilan	2nd Trimester	3rd Trimester	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan								
1.																														
2.																														
3.																														
4.																														
5.																														
6.																														
7.																														
8.																														
9.																														
10.																														

1. - 1000 cc
 2. - 1000 cc
 3. - 1000 cc
 4. - 1000 cc
 5. - 1000 cc
 6. - 1000 cc
 7. - 1000 cc
 8. - 1000 cc
 9. - 1000 cc
 10. - 1000 cc

2) Cara Masak :
 1) - 1000 cc
 2) - 1000 cc
 3) - 1000 cc
 4) - 1000 cc
 5) - 1000 cc
 6) - 1000 cc
 7) - 1000 cc
 8) - 1000 cc
 9) - 1000 cc
 10) - 1000 cc

3) Status Ibu :
 1) - 1000 cc
 2) - 1000 cc
 3) - 1000 cc
 4) - 1000 cc
 5) - 1000 cc
 6) - 1000 cc
 7) - 1000 cc
 8) - 1000 cc
 9) - 1000 cc
 10) - 1000 cc

No.	Tanggal	Status Kesehatan Selama Kehamilan										Pemeriksaan			Laboratorium						Surgical Preplan										
		kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	kehamilan	
1.																															
2.																															
3.																															
4.																															
5.																															
6.																															
7.																															
8.																															
9.																															
10.																															

2. Informed Consent

Persetujuan Tindakan medis

No : _____

Saya yang bertanda tangan di bawah ini

Nama : _____

Umur / Jenis Kelamin : _____ tahun (LK / PR)

Alamat : _____

No. KTP/ SIM : _____

Dengan ini menyatakan **persetujuan** untuk diberikan tindakan medis berupa _____ terhadap: _____

Saya sendiri / Istri / Suami / Anak / Ayah / Ibu saya dengan

Nama : _____

Umur / Kelamin : _____ tahun (LK / PR)

Alamat : _____

No. KTP/ SIM : _____

No. Dental Record : _____

Yang tujuan, sifat, biaya, & resiko yang dapat ditimbulkan dari tindakan medis tersebut telah cukup dijelaskan oleh dokter gigi & saya mengerti sepenuhnya.
Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran & tanpa paksaan.

Dokter _____

Yang Membuat Pernyataan _____

(_____) (_____)

Saksi 1 Saksi 2

3. Buku KIA



4. Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

No. Pendaftaran No. :
:
: Th.
: Kg

SUK KAMAR BERSALIN Tgl : Jam :

NAMENISE

1. No. Medis : Tgl : / /
2. Kaitan Henti : Tahun : Ya (Berayah/Sebelum)
3. Kaitan Lantai : Tahun : Ya
4. Kaitan : Berayah/Sebelum (J / M / D / R.)
5. Kaitan Lain :

KEADAAN UMUM

1. Berat : kg
2. Suhu / Radf : °C /
3. Gigitan :
4. Jantung : g/m²
- Persepsi normal / abnormal / normal ()
5. Lainnya :

PEMERIKSAAN OBSTETRI

1. Pelvis : EFD : Cm
- Lantai : Karp / S / L
2. DJJ :
3. Situasi / SPP :
4. Uterus :
5. Insersi / Insersi :
6. Serviks :
7. Lokasi Insersi :
8. Presentasi :
9. Ejanse :
- VVIP / VIP / KLAS I / KLAS II / KLAS III

LEMBAR OBSERVASI



BPM / KLINIK :

5. Laporan Pemberian Imunisasi

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	24	
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas													
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:														
BCG No Batch:														
Polio tetes 1 No Batch:														
DPT-HB-Hib 1 No Batch:														
Polio tetes 2 No Batch:														
DPT-HB-Hib 2 No Batch:														
Polio tetes 3 No Batch:														
DPT-HB-Hib 3 No Batch:														
Polio tetes 4 No Batch:														
Polio suntik (IPV) No Batch:														
Campak – Rubella (MR) No Batch:														
DPT-Hib-HB lanjutan No Batch:														
Campak – Rubella (MR) lanjutan No Batch:														

Keterangan:

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar



6. Surat Keterangan Lahir

KETERANGAN LAHIR

No :

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;
Pada hari ini, tanggal, Pukul
telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan
Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya
Anak ke : Usia gestasi:
Berat lahir : gr, Panjang Badan : cm, Lingkar Kepala: cm
di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di

Alamat :

Diberi nama :

.....

Dari Orang Tua;

Nama Ibu : Umur : tahun
NIK :
Nama Ayah :
NIK :
Pekerjaan :
Alamat :
Kecamatan :
Kab/Kota :

..... Tanggal,

Saksi I Saksi II Penolong persalinan

(.....) (.....) (.....)

 • Untuk pengurusan ke Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil setempat

7. Surat Rujukan

RUJUKAN	
Tanggal/bulan/tahun	: ____ / ____ / ____ Jam: _____
Dirujuk ke	: _____
Sebab dirujuk	: _____
Diagnosis sementara	: _____
Tindakan sementara	: _____
Yang merujuk	

UMPAN BALIK RUJUKAN	
Diagnosis	: _____
Tindakan	: _____
Anjuran	: _____
Tanggal	: _____
Penerima Rujukan	

RUJUKAN	
Tanggal/bulan/tahun	: ____ / ____ / ____ Jam: _____
Dirujuk ke	: _____
Sebab dirujuk	: _____
Diagnosis sementara	: _____
Tindakan sementara	: _____
Yang merujuk	

UMPAN BALIK RUJUKAN	
Diagnosis	: _____
Tindakan	: _____
Anjuran	: _____
Tanggal	: _____
Penerima Rujukan	

31

8. Surat Cuti Hamil

 **IKATAN BIDAN INDONESIA**
BPM / RB :

SURAT KETERANGAN CUTI HAMIL

Yang bertanda tangan dibawah ini BIDAN PRAKTEK SWASTA menerangkan bahawa :

Nama :
Umur :
Pekerjaan :
Alamat :
.....

Sesuai dengan hasil pemeriksaan tanggal :
telah **HAMIL** bulan, maka perlu mendapatkan
ijin cuti bersalin mulai tanggal s/d
..... (selama Bulan).

Demikian untuk dapat dipergunakan seperlunya

..... 20

Bidan

(.....)

DIAMINOTEH
BUSSTOP

9. Kartu KB

KARTU KB (KELUARGA BERENCANA)

KARTU Peserta KB		K/I/KB/04
Nama Peserta KB :		
Nama Suami :		
Tgl.Lahir/Umum Istri :		
Alamat Peserta KB :		
Nomor Seri Kartu :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> Tahun
Nama Klinik KB :		
Nomor Kode Klinik KB:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Pezanggung jawab Penderita		
(.....)		

Metode Kontrasepsi :
Tgl/Bln/Thn Mulai di Pakai :
Tgl/Bln/Thn Dicaput / Dilepas :
(Khusus Implan/IUD)

Dipesan Kembali	KETERANGAN

KARTU KB (KELUARGA BERENCANA)

DAFTAR PUSTAKA

- Handayani, D. 2012. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Trans Info Media.
- IBI. (n.d.). *ibi.go.id*. Retrieved 11 3, 2022, from Ikatan Bidan Indonesia:
https://www.ibi.or.id/id/article_view/a20150115001/bidan-delima.html
- Moh. Wildan, A. A. 2011. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Penerbit Salemba Medika.
- Sih Rini Handayani, T. S. 2017. *Bahan Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Subiyatin, A. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.
- Yusari Asih, R. 2016. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: CV Trans Info Media.

BAB 8

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIK DI SISTEM PELAYANAN KESEHATAN

Oleh Yulia Paramita Rusady

8.1 Pendahuluan

Berdasarkan UU No. 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran, pasal 46 ayat 1, rekam medik adalah berkas yang berisi catatan dan dokumentasi mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien (Idaningsih, 2022).

Adapun tujuan diselenggarakannya rekam medik adalah : mewujudkan tertib administrasi dalam rangka peningkatan upaya pelayanan kesehatan di berbagai institusi pelayanan kesehatan, seperti rumah sakit, puskesmas maupun klinik swasta. Aspek yang harus diperhatikan dalam rekam medik, yakni : aspek administrasi, aspek legal, aspek finansial, aspek riset, aspek edukasi dan aspek dokumentasi.

Pada aspek administrasi, dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan, rekam medik harus berisi tindakan kesehatan yang dilakukan berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedis. Untuk memenuhi aspek legal dalam rangka penegakan hukum serta penyediaan bahan dan tanda bukti untuk menegakkan keadilan, rekam medik harus bertanggung jawab dalam jaminan kepastian hukum atas dasar keadilan. Pada aspek finansial rekam medik harus dapat dipergunakan dalam menilai berapa nominal biaya yang dikeluarkan.

Untuk memenuhi aspek riset informasi dalam rekam medik dapat dipergunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan iptek dibidang kesehatan. Untuk memenuhi aspek edukasi, informasi dalam rekam medik berisi perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medis yang diberikan pada pasien. Informasi tersebut dapat digunakan sebagai bahan atau referensi beberapa profesi kesehatan.

Untuk memenuhi aspek dokumentasi, informasi dalam rekam medik merupakan sumber ingatan yang harus didokumentasikan sebagai bahan pertanggung jawaban dan laporan. Seperti halnya manfaat dokumentasi, rekam medik pasien ini juga mempunyai beberapa manfaat, antara lain:

1. Pengobatan pasien

Rekam medik bermanfaat sebagai dasar dan petunjuk untuk merencanakan dan menganalisis penyakit. Selain itu, rekam medik juga memuat perencanaan pengobatan, perawatan dan tindakan medis yang harus dilakukan pada pasien.

2. Peningkatan kualitas pelayanan

Rekam medik yang dibuat jelas dan lengkap akan meningkatkan kualitas pelayanan. Tenaga medis akan mendapatkan perlindungan dan akan mendukung pencapaian kesehatan masyarakat yang optimal.

3. Pendidikan dan penelitian

Rekam medik merupakan informasi perkembangan kronologis penyakit, pelayanan medis, pengobatan dan tindakan medis. Rekam medis bermanfaat untuk memberikan informasi bagi perkembangan pengajaran dan penelitian di dunia kesehatan.

4. Pembiayaan

Berkas rekam medik dapat dijadikan petunjuk dan bahan untuk menetapkan pembiayaan dan pelayanan kesehatan di suatu institusi kesehatan, catatan tersebut dapat dipakai sebagai pembuktian pembiayaan kepada pasien.

5. Statistik kesehatan

Rekam medik dapat digunakan sebagai bahan statistik kesehatan, melalui data rekam medis dapat mempelajari perkembangan kesehatan masyarakat dan menentukan jumlah penderita penyakit-penyakit tertentu.

6. Pembuktian masalah hukum, disiplin dan etik

Rekam medik merupakan alat bukti tertulis utama dalam kasus hukum kesehatan. Rekam medik sangat bermanfaat dalam menyelesaikan masalah hukum, disiplin dan etik pelayanan kesehatan. Rekam medik berisi beberapa informasi yang mengandung nilai kerahasiaan dan informasi yang tidak mengandung nilai kerahasiaan. Beberapa informasi dalam rekam medis yang mengandung nilai kerahasiaan antara lain: hasil wawancara, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan medis, dan catatan perkembangan. Identitas merupakan informasi dalam rekam medis yang tidak mengandung nilai kerahasiaan, tetapi harus tetap waspada. (Mathar, 2018)

8.2 Sistem Pengumpulan Data

Proses pengumpulan data di tingkat pelayanan kesehatan, dimulai dari prosedur penerimaan pasien dan rekam medisnya (Hidayat, 2020). Tata kelola penerimaan pasien menjadi kesan pertama baik pasien terhadap pelayanan kesehatan ditempat tersebut. Pelayanan pasien dinilai baik apabila pasien dilayani oleh petugas dengan sikap yang ramah, sopan, tertib dan tanggung jawab sesuai dengan asuhan pelayanan yang dibutuhkan pasien.

Data pribadi dan penggunaannya yang tak terbatas membentuk salah satu masalah paling mendasar di zaman kita, yang bermuara pada hubungan antara individu dan kekuasaan, baik yang dilakukan oleh pemerintah atau organisasi swasta. (Uslu and Stausberg, 2021)

8.2.1 Alur Dan Prosedur Pasien

a. Jenis Pasien

Pasien dapat dikategorikan sebagai pasien rawat jalan (pasien poliklinik dan pasien gawat darurat) dan pasien rawat inap. Dari segi pelayanan, pasien datang dapat dibedakan menjadi :

- 1) Pasien yang dapat menunggu
 - a) Pasien berobat jalan yang datang dengan perjanjian
 - b) Pasien yang datang tidak dalam keadaan gawat
- 2) Pasien yang segera ditolong (pasien gawat darurat)
Menurut jenis kedatangan, dapat dibedakan menjadi :
 - a) Pasien Baru adalah Pasien yang baru pertama kali datang ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
 - b) Pasien Lama adalah Pasien yang pernah datang sebelumnya untuk keperluan mendapatkan pelayanan kesehatan. (Kurniyati, 2022)
- 3) Kedatangan pasien ke fasilitas pelayanan kesehatan, dapat karena
 - a) Dikirim oleh praktek dokter/ bidan diluar Fasilitas pelayanan kesehatan
 - b) Dikirim oleh rumah sakit lain/ Puskesmas/ Rumah Bersalin/ jenis pelayanan kesehatan lainnya
 - c) Datang atas kemauan sendiri

b. Alur dan Prosedur Pasien

Pasien yang datang ke fasilitas pelayanan kesehatan (rumah sakit/ puskesmas) akan diterima oleh petugas pendaftaran berdasarkan kebutuhan pelayanan kesehatan pasien yang telah diidentifikasi sesuai dengan sumberdaya di rumah sakit/ puskesmas. (Sabran, 2021)

1) Alur dan Prosedur Pasien Rawat Jalan

a) Pasien Baru Rawat Jalan

Pasien baru adalah pasien yang baru pertama kali datang untuk keperluan berobat baik ke poliklinik, gawat darurat maupun rawat inap. Pasien baru akan mendapatkan nomor rekam medis, dibuatkan rekam medis dan mendapatkan kartu berobat. Alur Pasien Baru Rawat Jalan, sebagai berikut :

- (1) Pasien datang bisa dengan kemauan sendiri, rujukan rumah sakit rujukan dokter praktek, rujukan puskesmas atau instansi kesehatan lain.
- (2) Pengidentifikasian oleh petugas pendaftaran tentang kategori pasien, apakah pasien baru atau lama.
- (3) Pencocokan formular pasien dengan identitas data diri pasien yang masih berlaku. Serta pencocokan dengan data asuransi Kesehatan yang masih berlaku.
- (4) Setelah itu pasien akan mendapatkan nomor antrian klinik dan diarahkan menunggu di klinik yang dituju.
- (5) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa :
 - Sembuh, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Apabila pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter. Setelah itu ke kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Apabila Pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan, pasien

menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik

- Apabila pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi, kepada dokter spesialis tersebut
- Apabila pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.

b) Pasien Lama Rawat Jalan

Pasien yang sudah pernah berkunjung ke rumah sakit/ puskesmas untuk berobat ke poliklinik, gawat darurat maupun rawat inap yang sudah terdata identitas dirinya pada Master Indeks Utama Pasien/ MIUP dan sudah memiliki kartu berobat. Pasien lama dapat dibedakan menjadi pasien yang datang dengan perjanjian dan pasien yang datang tidak dengan perjanjian (atas kemauan sendiri). Alur pasien lama rawat jalan, sebagai berikut :

(1) Pasien Perjanjian

Pasien perjanjian adalah pasien yang sudah melakukan registrasi awal ke klinik yang dituju dengan surat kontrol atau via telephone dengan syarat :

- (a) Pasien datang ke petugas pendaftaran membawa kartu berobat dan menyebutkan sudah melakukan registrasi awal dengan perjanjian.
- (b) Petugas akan mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan
- (c) Petugas akan mencetak registrasi dan memberikan nomor antrian klinik yang dituju pasien
- (d) Setelah itu pasien akan mendapatkan nomor antrian klinik dan diarahkan menunggu di klinik yang dituju

(e) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa :

- Sembuh, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.
- Apabila pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter. Setelah itu ke kasir dan mengambil obat di apotik.
- Apabila Pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik
- Apabila pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik, untuk pendaftaran di spesialis lainnya bisa dilakukan dihari tersebut atau sesuai jadwal dokter spesialis tersebut.
- Apabila pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat.

(2) Pasien Tanpa Perjanjian

Pasien tanpa perjanjian adalah pasien yang datang langsung ke instansi pelayanan kesehatan.

- (a) Pasien datang ke petugas pendaftaran untuk melakukan registrasi ke klinik yang dituju dengan menyerahkan kartu berobat, dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan dan surat rujukan (bila ada).

- (b) Petugas akan mencetak registrasi dan memberikan nomor antrian klinik yang dituju pasien
- (c) Setelah itu pasien akan mendapatkan nomor antrian klinik dan diarahkan menunggu di klinik yang dituju
- (d) Setelah pasien selesai berkonsultasi dengan dokter, lanjutan pelayanan dapat berupa :
 - Sembuh, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Apabila pasien mendapat pengantar untuk pemeriksaan penunjang, pasien menuju ke instalasi pemeriksaan penunjang dengan membawa surat pengantar dari dokter. Setelah itu ke kasir dan mengambil obat di apotik.
 - Apabila Pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik
 - Apabila pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi kepada dokter spesialis tersebut.
 - Apabila pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat. (Sab'ngatun and Ropitasari, 2022)

2) Alur dan Prosedur Pasien Gawat Darurat

Pada pasien dengan keadaan gawat darurat, akan mendapatkan perlakuan yang berbeda dengan pasien umum. Setelahnya bisa menyelesaikan administrasi.

Setelah mendapatkan pelayanan yang cukup, tindak lanjutnya adalah sebagai berikut :

- Pasien bisa pulang/ rawat jalan
- Pasien di rujuk ke rumah sakit faskes tertinggi di atasnya sesuai dengan hasil diagnose.
- Pasien di rawat inap

Alur pasien gawat darurat, sebagai berikut :

- a) Setelah pasien mendapatkan perlakuan Tindakan medis, maka keluarga pasien bisa melakukan pendaftaran di ruang pendaftaran.
- b) Petugas rekam medis akan melakukan kroscek terhadap pasien (pasien lama/baru). Jika baru maka keluarga akan diminta mengisi formulir pendaftaran.01
- c) Formulir pasien baru akan dicek petugas dengan identitas lain (KTP/SIM/PASPOR/Lainnya), petugas juga mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan kemudian melakukan registrasi. Pasien baru akan mendapatkan kartu berobat.
- d) Untuk pasien lama, petugas akan menanyakan kartu berobat pasien, bila tidak membawa petugas akan mencari nomor rekam medis pasien pada Master Indeks Utama Pasien/ MIUP.
- e) Setelah itu, petugas akan memvalidasi data pasien yang lama dan mengecek dokumen lainnya untuk pasien asuransi kesehatan kemudian melakukan registrasi
- f) Setelah itu pasien/ keluarga diarahkan kembali ke Gawat Darurat.
- g) Setelah pasien selesai mendapat layanan kesehatan di gawat darurat, tindak lanjut berikutnya, dapat berupa :

- Boleh pulang/ kontrol rawat jalan, pasien/ keluarga menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik.
- Apabila Pasien dirujuk ke luar, dokter akan membuat surat pengantar rujukan, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik
- Apabila pasien dikonsulkan ke spesialis lain, dokter akan membuat surat konsultasi, pasien menyelesaikan pembayaran di kasir dan mengambil obat di apotik,
- Apabila pasien dirawat, maka mengikuti alur pasien masuk rawat. (Yani, Ristya Widi Endah, 2021)

3) Alur dan Prosedur Pasien Rawat Inap

Pasien yang memerlukan perawatan, dibagi menjadi

3, yaitu :

- a) Pasien yang tidak urgen, penundaan perawatan pasien tersebut tidak akan mempengaruhi penyakitnya
- b) Pasien yang urgen, tetapi tidak darurat gawat, dapat dimasukkan kedalam daftar tunggu
- c) Pasien gawat darurat (*emergency*), langsung dirawat

Alur Pasien rawat inap sebagai berikut :

- a) Pasien membawa surat pengantar rawat dari klinik rawat jalan/ gawat darurat/ kamar bersalin ke pendaftaran rawat inap
- b) Pasien memesan kamar perawatan sesuai dengan jenis pembayaran (Apabila pasien asuransi kesehatan akan dicek dengan pelayanan dan kamar perawatan sesuai dengan plafon pasien) dan melakukan registrasi pendaftaran rawat inap.
- c) Petugas menghubungi kamar perawatan untuk memesan kamar dan menyampaikan hal-hal yang

diperlukan dalam perawatan pasien berdasarkan catatan dalam surat pengantar rawat

- d) Pasien diberi penjelasan general consent / persetujuan umum dan membubuhkan nama, tanda tangan pada formulir tersebut.
- e) Pasien kembali ke klinik/ ruang gawat darurat untuk dipasang infus dan diberi gelang pasien, perawat menghubungi ruang perawatan sebelum membawa pasien ke ruang perawatan. Perawat akan serahterima pasien dan rekam medis serta dokumen penunjang lainnya untuk tindaklanjut perawatan pasien.
- f) Pasien masuk ruang perawatan diterima dokter ruangan/ perawat ruangan.

Untuk Alur dan Prosedur Pasien Pulang Sembuh atau Pulang Atas Permintaan Sendiri, yakni Pasien diperbolehkan pulang perawatan atas persetujuan dokter penanggung jawab pasien.

Pasien pulang paksa adalah pasien yang pulang perawatan tanpa persetujuan dokter. Setiap pasien pulang paksa harus mengisi formulir pernyataan yang menyatakan bahwa pelayanan kesehatan tidak bertanggung jawab bila terjadi sesuatu hal kepada pasien dan segala sesuatunya akan ditanggung oleh pihak keluarga pasien.

Adapun alur pasien pulang sembuh atau pulang atas permintaan sendiri, :

- a) Setelah visit, dokter penanggung jawab akan melakukan pengkajian terhadap asuhan yang diberikan. Apabila pasien sudah sembuh dokter akan memberikan surat pulang rawat.
- b) Keluarga pasien dapat mengurus administrasi, *billing* di loket administrasi.
- c) Pasien menyerahkan surat pulang yang sudah di ketahui pendaftaran dan kasir

- d) Pasien dibantu keluarga pasien diberikan surat control serta tata cara penggunaan obat serta Pendidikan Kesehatan yang lain sesuai diagnose masalahnya.

8.2.2 Alur Dan Prosedur Rekam Medis

a. Alur dan prosedur rekam medis rawat jalan

1) Pasien Baru

- a) Pasien mengisi formulir pendaftaran pasien baru yang telah disediakan
- b) Petugas pendaftaran akan mengumpulkan data sosial pasien dari formulir pendaftaran pasien baru sesuai identitas pasien (KTP/PASPOR/SIM/ Identitas lainnya) baik manual maupun elektronik
- c) Petugas pendaftaran melakukan registrasi dengan memasukkan data NORM, nama pasien, poliklinik yang dituju sesuai kebutuhan pasien (lihat surat rujukan bila ada)
- d) Petugas pendaftaran membuat kartu berobat pasien dan diberikan kepada pasien untuk dibawa apabila pasien tersebut berobat ulang.
- e) Petugas rekam medis menyiapkan rekam medis pasien baru

2) Pasien lama

- a) Pasien menyerahkan kartu berobat (bila pasien lupa membawa kartu berobat atau hilang, maka berkas rekam medis pasien lama dapat ditemukan melalui KIUP atau MIUP)
- b) Petugas pendaftaran akan melakukan registrasi memasukkan data NORM, nama pasien, poliklinik yang dituju sesuai kebutuhan pasien (lihat surat rujukan bila ada) dan mencetak trecer ke Instalasi Rekam Medis khususnya di bagian penyimpanan
- c) Petugas Penyimpanan akan mencari rekam medis pasien sesuai sistem penjajaran yang berlaku

- 3) Berkas rekam medis pasien dikirim oleh petugas rekam medis yang telah diberi kewenangan untuk membawa rekam medis pasien ke poliklinik yang dituju
- 4) Petugas poliklinik akan mencatat pada buku registrasi pelayanan yang terdiri dari No Urut, Tgl/ Bulan, NORM, Nama pasien, Alamat Lengkap, umur sesuai jenis kelamin, Pekerjaan, Cara kunjungan ke rumah sakit, Jenis Kunjungan, Tindak lanjut Pelayanan, serta diagnose yang sesuai
- 5) Dokter pemeriksa akan melakukan asesmen awal yang terdiri dari mencatat riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, diagnosis/masalah, rencana asuhan, alergi, asesmen psikologis, sosial ekonomi, asesmen nyeri, resiko jatuh dan asesmen fungsional, risiko nutrisional, kebutuhan edukasi, discharge/ planing/ perencanaan pulang pasien.
- 6) Petugas poliklinik (perawat/ bidan) akan membuat rekapitulasi harian pasien rawat jalan sesuai dengan kebutuhan data di pelayanan kesehatan tersebut
- 7) Setelah pemberian pelayanan kesehatan dipoliklinik selesai dilaksanakan, petugas poliklinik mengirimkan seluruh berkas rekam medis pasien rawat jalan dan rekapitulasi pasien rawat jalan ke Instalasi Rekam Medis paling lambat 1 jam sebelum berakhir jam kerja.
- 8) Petugas Rekam Medis memeriksa kelengkapan pengisian rekam medis dan untuk yang belum lengkap segera diupayakan kelengkapannya
- 9) Petugas rekam medis mengolah rekam medis yang sudah lengkap, dikoding, dimasukkan data kedalam indeks penyakit, indeks operasi, indeks dokter, indeks kematian sesuai dengan diagnosa/ kode penyakit
- 10) Petugas rekam medis akan membuat rekapitulasi setiap akhir bulan untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit

11) Setelah selesai diolah rekam medis disimpan berdasarkan sistem penjajaran dan penyimpanan yang berlaku di pelayanan kesehatan tersebut. (Handayani, 2020)

b. Alur dan prosedur rekam medis rawat inap

Pasien masuk rawat inap dapat melalui Rawat Jalan/ Gawat darurat/ Kamar Bersalin. Adapun alur rekam medis rawat inap sebagai berikut :

- 1) Pasien yang perlu perawatan akan diberikan surat pengantar rawat dari dokter Gawat darurat/ poliklinik/ kamar bersalin
- 2) Untuk pasien yang membawa rujukan terlebih dahulu akan diperiksa oleh dokter baik dokter gawat darurat/ dokter spesialis yang ada di rumah sakit
- 3) Apabila tempat tidur diruang rawat inap tersebut penuh, maka dokter akan membuat surat rujukan ke rumah sakit terdekat. Bila tempat tidur tersebut tersedia maka petugas pendaftaran rawat inap akan melakukan registrasi rawat inap
- 4) Apabila berlaku sistem uang muka, khusus pasien non PNS dan dianggap mampu pihak keluarga pasien diminta menghubungi bagian keuangan/ kasir rawat inap untuk membayar uang muka sesuai dengan ketentuan yang berlaku
- 5) Petugas pendaftaran menyiapkan rekam medis pasien dan gelang pasien dipasangkan sebelum pasien ke ruang perawatan.
- 6) Perawat poklinik/ gawat darurat / kamar bersalin menghubungi ruang perawatan, mengirimkan pasien ke ruang perawatan bersama rekam medis dan dokumen lainnya yang diperlukan dalam lanjutan perawatan pasien
- 7) Pasien diterima dokter ruangan dan perawat ruang mencatat ke dalam buku register pelayanan rawat inap

- 8) Dokter ruangan dan perawat akan mencatat asesmen awal pasien rawat inap dan keperawatan. Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP) sebagai Clinical Leader atau “motor” integrasi asuhan pasien mencatat asesmen, pelaksanaan pelayanan, perkembangan pasien dalam Catatan Perkembangan Pasien Terintegrasi (CPPT) baik dokter, keperawatan, dietisien, apoteker dan profesional pemberi asuhan lainnya. Selain itu juga menandatangani, pencatatan CPPT dengan menggunakan metoda SOAP.
- 9) Selama diruang perawatan, perawat atau bidan menambah lembar-lembaran rekam medis sesuai dengan layanan yang dibutuhkan.
- 10) Perawat/ bidan berkewajiban membuat sensus harian rawat inap yang memberikan gambaran mutasi pasien selama 1 x 24 jam.
- 11) Petugas ruangan (perawat/bidan) memeriksa kelengkapan rekam medis sebelum diserahkan ke Instalasi rekam Medis
- 12) Setelah pasien keluar dari rumah sakit, berkas rekam medis pasien segera dikembalikan dalam waktu 24 jam setelah pasien keluar secara lengkap dan benar. Bersamaan dengan sensus harian rawat inap.
- 13) Petugas Rekam Medis akan mengolah berkas rekam medis yang sudah lengkap. (Ismainar, 2018)
- 14) Data diolah untuk membuat laporan dan statistik rumah sakit
- 15) Petugas rekam medis akan mengeluarkan berkas rekam medis untuk keperluan pasien berobat ulang atau keperluan lain
- 16) Setiap permintaan pasien harus menggunakan formulir peminjaman pasien, dan lama peminjaman diatur dalam kebijakan rekam medis.

DAFTAR PUSTAKA

- Handayani, P.W. 2020. *Konsep dan Implementasi Sistem Informasi Kesehatan - Rajawali Pers - Google Books, Rajawali Pers.*
- Hidayat, F. 2020. *Konsep Dasar Sistem Informasi Kesehatan - Google Books, Deepublish.*
- Idaningsih, A. 2022. *Dokumentas Kebidanan - Google Books, LovRinz Publishing.*
- Ismainar, H. 2018. *Manajemen Unit Kerja untuk Perekam Medis dan Informatika Kesehatan.* Deepublish CV Budi Utama.
- Kurniyati. 2022. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan - Google Books, NEM.*
- Mathar, I. 2018. *Manajemen Informasi Kesehatan: Pengelolaan Dokumen Rekam Medis - Google Books, Deepublish.*
- Sab'ngatun and Ropitasari. 2022. 'Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan', *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan.* Edited by Sekaringtyas, pp. 2–5.
- Sabran, D.A. 2021. *Buku Ajar Praktik Klinis Rekam Medis (Pengantar Awal Turun Lapang) - Google Books, Pelita Medika.*
- Uslu, A. and Stausberg, J. 2021. 'Value of the Electronic Medical Record for Hospital Care: Update From the Literature', *J Med Internet Res 2021;23(12):e26323*
- Yani, Ristya Widi Endah, D. 2021. *Buku Ajar Praktek Kerja Lapang Manajemen Pelayanan Kesehatan (PKL MPK) - Google Books, UPT Penerbitan Universitas Jember.*

BAB 9

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN PENDEKATAN CATATAN SOAP

Oleh Yayuk Eliyana

9.1 Pendahuluan

Pendokumentasian adalah suatu bukti pelayanan kesehatan yang meliputi kegiatan pencatatan, pelaporan yang otentik dan penyimpanan semua kegiatan yang berkaitan dengan pengelolaan klien yang bisa dimanfaatkan untuk mengungkapkan suatu fakta aktual yang bisa dipertanggungjawabkan. Pencatatan klinis menjadi dokumen yang sangat penting bagi bidan dan sekaligus bagi klien yang menerima pelayanan. Pendokumentasian bisa membantu bidan untuk menjaga informasi dasar secara tertulis yang diperlukan dalam lingkungan praktik dengan konsep praktik yang berbasis bukti, objektif dan tidak memihak (Pitriani and Andriyani, 2021).

Seorang bidan diharuskan bisa mengaplikasikan kompetensinya dan sumber daya fikirnya untuk berpikir kritis sehingga dapat menegakkan diagnosa kebidanan dan mengambil keputusan secara tepat dengan tujuan bidan dapat memberikan asuhan yang bermutu. Berpikir kritis merupakan gambaran sikap yang diperlukan oleh seorang bidan dalam menganalisis dan mengevaluasi apa yang ia lihat, mengklarifikasi yang di dengar, metode pengetahuan untuk berpikir logis dalam berargumen serta mengaplikasikan ilmu yang difahami untuk membuat suatu keputusan. Setelah

keputusan diambil maka bidan dapat berjalan ke tahap tindakan dalam manajemen asuhan kebidanan. Dalam melaksanakan setiap tindakan, seorang bidan harus selalu berpikir kritis dan menjelaskan tujuan dari setiap tindakan tersebut (Insani *et al.*, 2016). Berikut akan dipaparkan tentang dasar – dasar bidan dalam mengaplikasikan manajemen kebidanan dalam memberikan pelayanan kebidanan.

9.2 Konsep Manajemen Kebidanan

Pengertian bidan menurut *Internasional Confederation of Midwives* (ICM) merupakan seseorang yang sudah menyelesaikan pendidikan yang di akui di negara tersebut, serta memiliki kualifikasi dan izin untuk menjalankan praktik kebidanan. Bidan harus memberikan asuhan sejak masa hamil, persalinan dan nifas. Asuhan yang diberikan meliputi tindakan preventif, pendeteksian keadaan abnormal pada ibu dan bayi, mengupayakan bantuan medis serta melakukan tindakan kegawatdaruratan pada saat tidak ada tenaga medis lainnya. Bidanpun mempunyai tugas penting dalam memberikan pendidikan kesehatan dan konsultasi kepada ibu dan keluarga (Jonani, 2019).

Bidan harus memahami beberapa istilah dalam praktik kebidanan yang meliputi (Muslihatun, Mufdlilah and Setiyawati, 2009):

1. *Pelayanan kebidanan* merupakan keseluruhan tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan yang diberikan sesuai wewenang bidan, yang dibedakan menjadi layanan kebidanan primer, layanan kebidanan kolaborasi dan layanan kebidanan rujukan.

2. *Praktik kebidanan* merupakan penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan kepada klien melalui pendekatan manajemen kebidanan.
3. *Manajemen kebidanan* merupakan pendekatan yang diaplikasikan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.
4. *Asuhan kebidanan* merupakan penerapan fungsi serta kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang memiliki masalah/ kebutuhan di bidan kesehatan ibu mulai masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir serta keluarga berencana.

9.2.1 Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut American College of Nurse Midwife (ACNM)

Menurut *American College of Nurse Midwife* prinsip proses manajemen kebidanan meliputi:

1. Pengkajian yang dilakukan secara komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, termasuk pengumpulan data riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik pada klien. Pengkajian yang dilakukan harus dilakukan secara sistematis, lengkap dan relevan baik pada proses pengumpulan data awal ataupun pada saat perbaharuan data. Bidan mengumpulkan data dasar awal secara lengkap dan jika ditemukan klien mengalami komplikasi yang mengharuskan bidan berkonsultasi dengan dokter maka hal tersebut merupakan bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.
2. Mengidentifikasi masalah, diagnosis atau kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan interpretasi data dasar yang benar. Kata masalah dan diagnosa merupakan hal berbeda karena ada beberapa masalah yang

tidak dapat diartikan sebagai suatu diagnosa, namun tetap harus dipertimbangkan untuk memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif. Masalah biasanya dikaitkan dengan bagaimana ibu merespon menghadapi kenyataan tentang diagnosisnya dan masalah klien ini bisa diidentifikasi oleh bidan berdasarkan pengalaman bidan selama memberikan pelayanan kebidanan.

3. Mengantisipasi masalah, diagnosis serta kebutuhan yang mungkin terjadi lainnya. Langkah ini merupakan tahapan yang sangat penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang aman. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi konsultasi dokter atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya yang perlu dilakukan dengan segera sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh klien.
4. Memberikan informasi dan support sehingga klien dapat membuat keputusan dan bertanggungjawab terhadap kesehatannya. Langkah ini mencerminkan sifat berkesinambungan, yang tidak hanya dilakukan selama asuhan awal saja, melainkan dilakukan saat bidan memberikan asuhan secara berkelanjutan. Data baru yang diperoleh dari klien terus dikaji dan kemudian dievaluasi.
5. Membuat rencana asuhan yang komprehensif didukung oleh penjelasan rasional yang valid. Rencana asuhan yang komprehensif tidak hanya melibatkan kondisi yang terlihat, namun juga masalah lain yang berhubungan serta menggambarkan petunjuk antisipasi pada klien tentang kemungkinan yang terjadi selanjutnya. Petunjuk antisipasi ini mencakup pendidikan kesehatan, konseling serta rujukan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah sosial, agama, keluarga, ekonomi, budaya serta psikologis klien.
6. Memegang tanggung jawab terhadap implementasi rencana asuhan yang efisien dan aman. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan, tenaga kesehatan lainnya atau dapat dilakukan oleh klien/ keluarga. Apabila

klien tidak bisa melakukan secara mandiri, maka bidan harus memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan.

7. Mengevaluasi keefektifan asuhan kebidanan yang diberikan, mengolah kembali setiap asuhan kebidanan yang belum efektif melalui proses penatalaksanaan diatas. Langkah ini merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dikerjakan benar-benar telah mencapai tujuan yang memenuhi kebutuhan ibu.

9.2.2 Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney

Proses manajemen kebidanan harus mengikuti urutan yang logis yang dilakukan secara berurutan dan setiap langkah disempurnakan secara periodik. Proses manajemen kebidanan terdiri dari tujuh langkah, dimana ketujuh langkah tersebut membentuk suatu kerangka lengkap yang dapat digunakan dalam situasi apapun. Ketujuh langkah tersebut dimulai dari pengumpulan data dasar dan diakhiri dengan evaluasi dimana setiap langkah bisa diuraikan kembali lebih rinci dan dapat berubah sesuai dengan kebutuhan klien. Langkah-langkah tersebut meliputi (Handayani and Mulyati, 2017):

1. Langkah I: pengumpulan data dasar

Pengkajian dilakukan dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi kondisi klien secara lengkap. Semua informasi yang dikumpulkan harus akurat dan dari sumber yang berkaitan dengan keadaan klien. Informasi yang perlu dikaji meliputi riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhannya, meninjau catatan terbaru dan catatan sebelumnya, meninjau data laboratorium serta membandingkannya dengan hasil studi.

2. Langkah II: interpretasi data dasar

Identifikasi dilakukan secara tepat terhadap masalah, diagnosa serta kebutuhan klien berdasar interpretasi yang benar atas data yang telah dikumpulkan. Diagnosa

kebidanan merupakan diagnosa yang ditegakkan oleh seorang bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Standar nomenklatur diagnosa kebidanan harus diakui dan disyahkan oleh profesi, berhubungan langsung dengan praktik kebidanan, memiliki ciri khas kebidanan, didukung oleh *clinical judgement* dalam praktik kebidanan, bisa diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Berikut ini daftar diagnosis kebidanan yang telah memenuhi standar nomenklatur, antara lain: kehamilan normal, partus normal, syok, DJJ tidak normal, abortus, solusio plasenta, pyelonephritis akut, amnionitis, anemia berat, apendiksitis, atonia uteri, infeksi mammae, pembengkakan mammae, presentasi bokong, asma bronchiale, presentasi dagu, disproporsi sevalo pelvik, hipertensi kronik, koagilopati, presentasi ganda, cystitis, eklampsia, kelainan ektopik, ensephalitis, epilepsi, hidramnion, presentasi muka, persalinan semu, kematian janin, hemoragik antepartum, hemoragik postpartum, gagal jantung, inertia uteri, infeksi luka, invertio uteri, bayi besar, malaria berat dengan komplikasi, malaria ringan dengan komplikasi, mekonium, meningitis, metritis, migrain, kehamilan mola, kehamilan ganda, partus macet, posisi oksiput posterior, posisi oksiput melintang, kista ovarium, abses pelvik, peritonitis, plasenta previa, pneumonia, preeklampsia ringan/ berat, hipertensi kehamilan, ketuban pecah dini, partus prematurus, prolapsus tali pusat, partus fase laten lama, partus kala II lama, sisa plasenta, retensio plasenta, ruptura uteri, bekas luka uteri, presentasi bahu, distosia bahu, robekan serviks dan vagina, tetanus, letak lintang, sectio caesarea (WHO, UNFPA and World Bank, 2004).

Masalah dan diagnosa keduanya sama-sama digunakan karena ada beberapa masalah yang tidak bisa diselesaikan

seperti diagnosa melainkan membutuhkan penanganan yang digambarkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah dapat menyertai diagnosa. Kebutuhan merupakan bentuk asuhan yang diberikan kepada klien baik klien tahu ataupun tidak tahu. Sebagai contoh, ibu hamil trimester III merasa takut menjelang persalinannya. Berdasarkan kasus tersebut perasaan takut tidak termasuk dalam kategori “nomenklatur standar diagnosis”, tetapi tentu akan menimbulkan suatu masalah yang membutuhkan pengkajian lebih lanjut dan perencanaan yang tepat untuk mengurangi rasa takut pada klien. Sedangkan kebutuhan merupakan sesuatu yang dibutuhkan oleh klien, namun klien tidak mengetahuinya sehingga bidan harus memberikan informasi yang diperlukan oleh klien.

3. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan masalah dan diagnosa yang telah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi dan perlu dilakukan pencegahan untuk menciptakan asuhan yang aman. Bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila masalah/ diagnosis potensial ini benar - benar terjadi. Contoh seorang ibu dengan pembesaran uterus yang berlebihan. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan penyebab pembesaran uterus tersebut misalnya karena polihidramnion, gemelli, diabetes atau besar dari masa kehamilan. Selanjutnya bidan harus mengantisipasi dengan melakukan perencanaan terhadap kemungkinan tiba – tiba terjadi perdarahan post partum yang disebabkan oleh atonia uteri karena terjadinya pembesaran uterus yang berlebihan.

4. Langkah IV: mengidentifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan tenaga kesehatan lainnya yang sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya asuhan kunjungan prenatal saja, tetapi juga selama ibu bersama bidan secara terus menerus, misalnya pada saat ibu dalam proses persalinan.
5. Langkah V: merencanakan asuhan yang menyeluruh
Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan berdasarkan langkah – langkah sebelumnya. Rencana asuhan yang menyeluruh meliputi apa saja yang telah diidentifikasi selama pengkajian kepada klien serta dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien tersebut terkait perkiraan yang bisa terjadi berikutnya. Asuhan yang diberikan kepada klien harus mencakup setiap hal yang berkaitan dengan semua aspek asuhan. Setiap asuhan harus disetujui oleh kedua belah pihak baik bidan maupun klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan harus rasional dan benar – benar valid berdasarkan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien.
6. Langkah VI: melaksanakan perencanaan
Rencana asuhan dibuat dilaksanakan secara efisien dan aman. Jika pada saat pelaksanaan bidan tidak melakukan secara mandiri maka bidan tetap memegang tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaan rencana asuhan bersama yang menyeluruh. Manajemen yang efisien akan menyingkat waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dari asuhan pada klien.
7. Langkah VII: evaluasi

Dilakukan evaluasi tingkat efektifitas dari asuhan yang diberikan kepada klien yang meliputi pemenuhan kebutuhan klien apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan yang telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa klien. Mengingat bahwa proses manajemen kebidana merupakan suatu pola pikir bidan yang berkesinambungan, maka perlu mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

9.2.3 Standar Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan kebidanan menurut Kepmenkes Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 adalah sebagai berikut:

Standar I : Pengkajian

Pernyataan Standar :

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

Kriteria Pengkajian:

1. Data tepat, akurat dan lengkap
2. Data subjektif yang meliputi hasil anamnesa (biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
3. Data objektif meliputi hasil pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang.

Standar II : Perumusan diagnosis atau masalah kebidanan

Pernyataan Standar:

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

Kriteria Perumusan Diagnosa dan Masalah Kebidanan :

1. Diagnosis sesuai nomenklatur kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai kondisi klien
3. Bisa diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Standar III : Perencanaan

Pernyataan Standar :

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosis dan masalah yang ditegakkan

Kriteria Perencanaan:

1. Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif
2. Melibatkan klien atau keluarga
3. Mempertimbangkan keadaan psikologi, sosial budaya klien
4. Memilih tindakan yang aman sesuai keadaan dan kebutuhan klien berdasarkan *evidence based* dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien
5. Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada

Standar IV : Implementasi

Pernyataan Standar :

Bidan melaksanakan rencana asuhan secara menyeluruh, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada klien dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi dan rujukan.

Kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan harus memperoleh persetujuan dari klien atau keluarganya

3. Melaksanakan tindakan sesuai *evidence based*
4. Melibatkan klien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privasi klien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

Standar V : Evaluasi

Pernyataan Standar :

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektivan dari asuhan yang sudah diberikan sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

Kriteria:

1. Penilaian dilakukan segera setelah selesai melakukan asuhan sesuai kondisi klien
2. Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien atau keluarga
3. Evaluasi dilakukan sesuai standar
4. Hasil evaluasi ditindaklanjuti sesuai dengan keadaan klien.

Standar VI : Pencatatan asuhan kebidanan

Pernyataan Standar:

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai kondisi yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan

Kriteria:

1. Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia
2. Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP
3. S adalah data subjektif, mencatat hasil anamnesa

4. O adalah data objektif, mencatat hasil pemeriksaan
5. A adalah hasil analisis, mencatat diagnosis dan masalah kebidanan
6. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi *follow up* dan rujukan.

9.3 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan bisa diterapkan dengan metode SOAP, dimana metode ini merupakan metode pencatatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan (Muslihatun, Mufdlilah and Setiyawati, 2009):

S (Data Subjektif)

Data subjektif merupakan pendokumentasian yang diperoleh melalui anamnesa atau berhubungan dengan masalah yang dilihat berdasar sudut pandang klien. Ekspresi klien tentang keluhan dan kekhawatiran klien dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan langsung dengan diagnosa. Data subjektif nantinya digunakan untuk menguatkan diagnosis yang akan ditegakkan. Pada klien yang bisu (temu wicara), di bagian belakang huruf "S" diberi tanda huruf "O" atau "X".

O (Data Objektif)

Data objektif merupakan data hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik pada klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik serta informasi dari keluarga atau orang lain bisa dimasukkan dalam data objektif sebagai data penunjang. Data ini bisa memberikan bukti gejala klinis dan

fakta yang berkaitan dengan diagnosa klien.

A (*Assesment*)

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena kondisi klien yang setiap waktu dapat mengalami perubahan, maka akan ditemukan informasi baru baik data subjektif maupun objektif, hal ini menyebabkan proses pengkajian data akan bersifat dinamis. Kondisi ini menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan kesehatan klien. Analisis yang tepat dan akurat dalam mengikuti perkembangan klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan kondisi klien. Analisis data merupakan kegiatan melakukan interpretasi data yang sudah dikumpulkan meliputi diagnosa, masalah kebidanan dan kebutuhan.

P (*Penatalaksanaan*)

Langkah ini merupakan pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan kondisi klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilakukan bisa membahayakan keselamatan klien. Sebisa mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan dan implementasinya pun kemungkinan besar akan berubah. Tujuan penatalaksanaan ini yaitu untuk mengusahakan tercapainya keadaan klien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya.

Alur fikir bidan 

Pencatatan dari hasil asuhan kebidanan



Proses Manajemen Kebidanan	Pendokumentasian Asuhan Kebidanan
----------------------------	-----------------------------------



7 LANGKAH VARNEY	5 LANGKAH (KOMPETENSI BIDAN)	SOAP NOTES
1. P engumpulan data dasar	Data	Subjektif (hasil anamnesis) Objektif (pemeriksaan)
2. In terpretasi data: diagnosis, masalah, kebutuhan	Assesment/ Diagnosis	Assesment (analisis dan interpretasi data) ❖ Diagnosis dan masalah ❖ Diagnosis atau masalah potensial ❖ Kebutuhan tindakan segera
3. Id entifikasi diagnosis atau masalah potensial		
4. Id entifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan		



segera secara mandiri, konsultasi atau kolaborasi		
5. R encana asuhan: - melengkapi data (tes diagnostik) - pendidikan/konseling - rujukan - follow up	Planning	Planning (dokumentasi implementasi dan evaluasi) - asuhan mandiri - kolaborasi - tes diagnostik atau tes laboratorium - konseling - follow up
6. P elaksanaan	Implementasi	
7. E valuasi	Evaluasi	

Gambar 9.1 : Keterkaitan antara Manajemen Kebidanan dan sistem pendokumentasian
(Sumber: Muslihatun dkk, 2009)

DAFTAR PUSTAKA

- Handayani, S. S. and Mulyati, T. S. 2017. *Dokumentasi Kebidanan*. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Insani, A. A. *et al.* 2016. “Berfikir Kritis” Dasar Bidan dalam Manajemen Asuhan Kebidanan’, pp. 21–30.
- Jonani. 2019. ‘Hak dan Kewajiban Bidan Honororer dengan Pihak Puskesmas’, *Varia Hukum*, XL(XXXI), pp. 1923–1935.
- Muslihatun, W. N., Muftlilah and Setiyawati, N. 2009. *Dokumentasi Kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Pitriani, R. and Andriyani, R. 2021. ‘Penerapan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan Metode S-O-A-P pada Praktik Bidan Mandiri’, *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 7(3), pp. 544–547.
- WHO, UNFPA and WorldBank. 2004. ‘IMPAC (Integrated Management of Pregnancy and Childbirth), Managing Complication in Pregnancy and Childbirth: A Guide for Midwives and Doctors’, *Department of Reproductive Health and Research*.

BAB 10

SOAP IBU BERSALIN

Oleh Nelly Mariati

10.1 Pendahuluan

Data subjektif merupakan masalah-masalah yang terjadi dari sudut pandang klien. Ekspresi klien merupakan kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Data objektif merupakan data-data hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Analisis merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Penatalaksanaan adalah hasil seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

10.2 Pendokumentasian Ibu Bersalin

Metode ini merupakan metode yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data yang diperlukan dalam asuhan kebidanan secara jelas, tegas dan logis. Pendokumentasian ibu bersalin terdiri dari:

- a. Data subjektif yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesa.
- b. Data Objektif yaitu data yang menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien,

laboratorium dan tes diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus yang mendukung assessment.

- c. *Assessment* yaitu menggambarkan pendokumentasian hasil analisa dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identitas atau masalah potensial.
- d. *Planning* yaitu menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan dan evaluasi berdasarkan assessment.

10.3 Format SOAP Ibu Bersalin

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

HARI/ TANGGAL :

JAM :

No. RMK/No.Reg :

A. Data Subjektif

1. Biodata (diisi sesuai identitas)

Nama istri :

Umur :

Suku / Bangsa :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

Nama Suami :

Umur :

Suku / Bangsa :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

2. Keluhan Utama : Ibu mengatakan hamil.....bulan, mengeluh. (yang menyebabkan, gejala yang dirasakan, dimana gejala dirasakan, seberapa parah yang dirasakan, tanggal dan jam gejala terjadi, tiba-tiba atau bertahap)

3. Status Perkawinan

Kawin :
.....
Usia Kawin :
.....
Lamanya :
.....
Berapa kali menikah :
.....
Dengan suami sekarang :
.....
Istri keberapa dari suami sekarang :
.....

4. Riwayat Haid

Menarche :
Siklusnya :
Lamanya :
Banyaknya :
Dismenorrhea :
HPHT :
TP : (sertakan rumus).....
UK :

5. Riwayat Obstetri dan ginekologi

Tabel 10.1 : Riwayat Obstetri

No	Tahun	Umur Kehamilan	Tempat Partus	Jenis Partus	Penolong	Penyulit	Nifas	Anak		Keadaan
								Sex	BB/PB	
1.										
2.										
3.										

Riwayat Ginekologi

.....

6. Riwayat KB

Jenis, lama pemakaian, alasan ganti, alasan berhenti, rencana kontrasepsi berikutnya

7. Riwayat kehamilan sekarang G..... P.... A....

ANC Trimester I

- a. Frekuensi :
.....
- b. Tempat :
.....
- c. Umur Kehamilan :
.....
- d. Immunisasi :
.....

-
- e. Pergerakan anak :
-
- f. Keluhan :
-
- g. g. Nasehat :
-
- h. h. Pengobatan :
-

ANC Trimester II

- a. Frekuensi :
-
- b. Tempat :
-
- c. Umur Kehamilan :
-
- d. Immunisasi :
-
- e. Pergerakan anak :
-
- f. Keluhan :
-
- g. Nasehat :
-
- h. Pengobatan :
-

ANC Trimester III

- a. Frekuensi :
-
- b. Tempat :

-
- c. Umur Kehamilan :
.....
- d. Immunisasi :
.....
- e. Pergerakan anak :
.....
- f. Keluhan :
.....
- g. Nasehat :
.....
- h. Pengobatan :
.....

8. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan ibu

.....

- b. Riwayat kesehatan keluarga

.....

9. Data Biologis

- a. Nutrisi

Terakhir ma/min :

Banyaknya :

- b. Eliminasi

- 1) BAB

Terakhir BAB :

Warna :

Konsistensi :

Masalah :

- 2) BAK

Terakhir BAK :

Warna :

Bau :

Masalah :

- c. Personal hygiene
 - Terakhir mandi :
 - Terakhir gosok gigi :
- d. Aktifitas
 - Apa yang dirasakan ibu sejak merasakan mules.....
- e. Tidur dan Istirahat
 - Berapa jam tidur sejak mules dirasakan

10. Data Psikososial dan Spiritual

- a. Ibadah yang dilaksanakan ibu saat ini :
- b. Perasaan ibu menjelang proses persalinan yang akan dilaluinya :
- c. Apa ibu mengetahui tentang proses persalinan :
- d. Siapa yang diinginkan ibu untuk menjadi pendamping persalinan :
- e. Siapa yang akan mengambil keputusan dalam keluarga :

B. Data Objektif

11. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum :
-
- b. Kesadaran :
-
- c. Tanda – tanda vital
- Tekanan darah :
-
- Nadi :
-

Suhu :
.....

Respirasi :
.....

12. Pemeriksaan Khusus

a. Inspeksi

1) Muka :

Mata :

2) Abdomen :

3) Genetalia :

4) Ekstremitas :

b. Palpasi

1) Dada/payudara :

2) Abdomen

Leopold I :

Leopold II :

Leopold III :

Leopold IV :

TBJ :

(Sertakan rumus).....

His

Frekuensi :

Durasi :

3) Ekstremitas :

c. Auskultasi DJJ

1) Kejelasan :

2) Keteraturan :

3) Frekuensi :

d. Pemeriksaan Dalam

1) Keadaan Vagina :

2) Arah serviks :

3) Pendataran serviks :

4) Pembukaan serviks :

5) Selaput ketuban :

- 6) Presentasi :
- 7) Penurunan presentasi :
- 8) Titik penunjuk :
- 9) Kesan panggul :
- e. Pemeriksaan Penunjang
 - 1) Pemeriksaan Aseton :
..... (atas indikasi)
 - 2) Pemeriksaan Protein Urine :
..... (atas indikasi)
 - 3) Pemeriksaan Lakmus :
.....(atas indikasi)
 - 4) Pemeriksaan HB :
.....(atas indikasi)

C. Analisa

G...P...A ...,minggu Inpartu Kala ... fase ..., janin tunggal/gamely hidup/mati intra uteri fisiologis/ dengan... (kondisi patologis ibu/janin)

Contoh:

G1 P0 A0, 39 minggu Inpartu Kala 1 Fase Aktif Janin Tunggal Hidup Intra uteri fisiologis

G1 P0 A0, 39 minggu Inpartu Kala 1 Fase Aktif Janin Tunggal Hidup Intra uteri dengan Preeklamsia

D. Penatalaksanaan

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan
2. Menjelaskan tentang keluhan dan cara mengatasi keluhan
3. Memberikan tentang pendidikan kesehatan sesuai kebutuhan pasien
4. Mengobservasi kemajuan persalinan dan mengisi partograf

CATATAN PERKEMBANGAN PERSALINAN

Kala II :

S. :
O. :
A. :
P. :

G1 P0 A0, 39 minggu Inpartu Kala II Janin Tunggal Hidup
Intra uteri fisiologis

G1 P0 A0, 39 minggu Inpartu Kala II Janin Tunggal Hidup
Intra uteri dengan Preeklamsia

Kala III :

S. :
O. :
A. :
P. :

P1A0, Inpartu Kala III Fisiologis

P1A0, Inpartu Kala III dengan Retensio Plasenta

Kala IV :

S. :
O. :
A. :
P. :

P1A0, Kala IV Fisiologis

P1A0, Kala IV dengan Atonia uteri

PARTOGRAF

No. Register No. Puskesmas Ketuban pecah	<table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td><td style="width: 20px; height: 15px;"></td></tr> </table>						Nama Ibu Tanggal	Umur Jam	G. _____ P. _____ Alamat : _____	A. _____ _____ _____
Denyut Jantung Janin (/menit)		Sejak jam _____								
200 190 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80										
Air ketuban Pengukuran										
Perubahan amnion (cm) dari band 4 Turunnya kepala dari band 4		10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0								
Waktu (jam)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16								
5 4 3 2 1										
Kematian 3 hari 2 hari 1 hari		< 20 4 20 - 40 3 > 40 2 (dok) 1								
Oklusi UIF letak/menit										
Obat dan Cairan IV • frasi										
180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60										
Tekanan darah										
Suhu °C										
Urin										
Protein Aseton Volume										

Gambar 10.1 : Partograf halaman depan

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tab :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Epistotomi :
 Ya, indikasi :
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosis bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan :
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan :
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontaksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya
 Tidak, alasan :
25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Lakserasi :
 Ya, dimana :
28. Jika lakserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Perjajahan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan :
29. Abasi uteri :
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan :
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan gram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang tali
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Asfiksia ringan/pucat/biru/emas/tindakan :
 mengeringkan, bebaskan jalan napas
 rangsang tali, menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan :
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
40. Pemberian ASI
 Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan :
41. Masalah lain, sebutkan :
42. Hasilnya :

Gambar 10.2 : Partograf halaman belakang

DAFTAR PUSTAKA

- Kurniarum, A. 2016. Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir. Jakarta: Badan Pengembangan dan Pemberdayaan Sumber Daya Manusia Kesehatan
- Yulizawati., Insani, A, A., Sinta, L, E., Andriani, F. 2019. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan. Sidoarjo: Indomedia Pustaka
- JNPK-KR. 2017. Pelatihan Klinik Asuhan Persalinan Normal (Jaringan Nasional Pelatihan Klinik Kesehatan Reproduksi). Jakarta: JNPK-KR.
- Walsh, D., & Downe, S. (Eds.). 2010. Essential midwifery practice: intrapartum care. Wiley-Blackwell.
- Liao, C. C., Lan, S. H., Yen, Y. Y., Hsieh, Y. P., & Lan, S. J. 2021. Aromatherapy intervention on anxiety and pain during first stage labour in nulliparous women: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 41(1), 21-31.
- Medforth, J., Ball, L., Walker, A., Battersby, S., & Stables, S. (Eds.). 2017. *Oxford Handbook of Midwifery* 3e. Oxford University Press.

BAB 11

SOAP IBU NIFAS

Oleh Desy Purnamasari

11.1 Pengertian Masa Nifas

Masa nifas (*puerperium*) adalah dimulai setelah plasenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. masa nifas berlangsung kira-kira 6 minggu, akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti keadaan sebelum hamil dalam waktu 3 bulan (Prawirohardjo, 2009; Saifuddin, 2002).

Masa nifas (*puerperium*) adalah masa pulih kembali, mulai dari persalinan selesai sampai alat-alat kandungan kembali seperti prahamil. Lama masa nifas 6-8 minggu (Mochtar, 2010).

Masa nifas, dapat disimpulkan bahwa masa nifas adalah dimulai setelah persalinan selesai dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil yang berlangsung selama 6 minggu.

11.2 Tujuan Masa Nifas

Pemberian asuhan kebidanan sesuai dengan pendokumentasian SOAP harapannya bidan dapat melakukan tugas dan tanggungjawabnya sehingga pasien dapat merasakan pelayanan yang sesuai dengan memperhatikan SOAP dalam pelayanan. Berikut tujuan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui yaitu:

- a. Menjaga kesehatan ibu dan bayinya baik fisik maupun psikologis dimana dalam asuhan pada masa ini peranan keluarga sangat penting, dengan pemberian nutrisi,

dukungan psikologi maka kesehatan ibu dan bayi selalu terjaga.

- b. Melaksanakan skrining yang komprehensif (menyeluruh) dimana bidan harus melakukan manajemen asuhan kebidanan pada ibu masa nifas secara sistematis yaitu mulai pengkajian, interpretasi data dan analisa masalah, perencanaan, penatalaksanaan dan evaluasi. Sehingga dengan asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui dapat mendeteksi secara dini penyulit maupun komplikasi yang terjadi pada ibu dan bayi.
- c. Melakukan rujukan secara aman dan tepat waktu bila terjadi penyulit atau komplikasi pada ibu dan bayinya, ke fasilitas pelayanan rujukan.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang perawatan kesehatan nifas dan menyusui, kebutuhan nutrisi, perencanaan pengaturan jarak kelahiran, menyusui, pemberian imunisasi kepada bayinya, perawatan bayi sehat serta memberikan pelayanan keluarga berencana, sesuai dengan pilihan ibu (Wahyuningsih, 2018).

11.3 Dokumentasi Masa Nifas

Salah satu komponen dalam standar asuhan kebidanan masa nifas adalah melakukan pendokumentasian terhadap asuhan yang telah di berikan pada pasien yang mengalami masa nifas. Dokumentasi kebidanan sangat penting untuk dibuat setiap kali melakukan asuhan kebidanan kepada klien. Dokumentasi penting secara aspek legal atau hukum, karena merupakan bentuk bukti pertanggungjawaban (*responsibility*) dan pertanggunggugatan (*accountability*) sebagai suatu profesi dalam melaksanakan tugasnya sesuai kewenangan, standar kompetensi dan standar pelayanan yang berlaku (Wahyuningsih, 2018).

Dokumentasi kebidanan masa nifas adalah bentuk

komunikasi menyediakan informasi tentang pelayanan yang kesehatan yang diberikan pada ibu nifas dan mengkonfirmasi asuhan yang diberikan dengan perencanaan asuhan yang ditulis seideal mungkin. Dokumentasi yang akurat, objektif, dan lengkap tentang asuhan ibu nifas diperlukan oleh lembaga-lembaga yang berkepentingan nantinya, seperti sebagai bukti yang kuat ketika masalah legal terjadi.

Manfaat melakukan dokumentasi asuhan masa nifas, antara lain:

- a. Sebagai bahan informasi komunikasi antar petugas, tim sejawat bidan atau kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang lain, tentang penatalaksanaan asuhan ibu nifas terhadap masalah yang dialami.
- b. Menjadi dasar *evidence based* dalam penanganan atau penatalaksanaan kasus pada ibu nifas
- c. Manfaat ilmiah; dapat menjadi sumber data riset, yang bermanfaat untuk pengembangan keilmuan kebidanan pada masa nifas.
- d. Mengevaluasi progres atau perkembangan klien dari suatu kurun waktu pada kasus kebidanan ibu nifas.
- e. Menjadi bahan kajian perbandingan untuk perkembangan suatu kasus kebidanan pada masa nifas, sehingga dapat menjadikan pengalaman klinis empirik dalam kebidanan.
- f. Menjadi bahan data untuk audit maternal perinatal, penyelidikan suatu kejadian kasus.
- g. Mampu mengidentifikasi trend perjalanan suatu penyakit atau kasus yang dialami pada masa nifas
- h. Sebagai bukti hukum apabila diperlukan terkait suatu kasus (Wahyuningsih, 2018).

Sebagai seorang bidan diperlukan mengingat kembali tentang keterkaitan antara pola pikir manajemen kebidanan dengan dokumentasi asuhan kebidanan. Manajemen kebidanan

menjadi dasar pola pikir (*framework*) dalam memberikan asuhan kebidanan khususnya pada ibu nifas. Salah satu standar dalam asuhan kebidanan adalah melakukan pendokumentasian terhadap asuhan kebidanan yang telah diberikan, hal ini disebut dokumentasi asuhan kebidanan. Dalam melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan menggunakan pola pikir manajemen kebidanan. Bentuk dokumentasi asuhan kebidanan menggunakan pola dokumen SOAP (*Subjektif, Objektif, Assessment, dan Plan*) (Wahyuningsih, 2018).

Metode penulisan catatan SOAP berfungsi sebagai panduan untuk memikirkan masalah, menunjukkan akuntabilitas untuk asuhan ibu nifas yang diberikan secara berkualitas, menjamin keabsahan bukti asuhan ketika kasus hukum terjadi, dan mendokumentasikan asuhan kebidanan. berikut contoh format dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan SOAP (Megasari, dkk, 2019).

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

No. Register	
Tempat pengkajian	
Tanggal pengkajian	
Waktu pengkajian	
Pengkaji	

A. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata			
Nama Ibu		Nama Suami	
Umur		Umur	
Agama		Agama	
Pendidikan		Pendidikan	
Pekerjaan		Pekerjaan	
Suku/Bangsa		Suku/Bangsa	
Alamat		Alamat	
Gol. Darah		Gol. Darah	
Pendonor			
No. Telp		No. Telp	

2. Alasan kunjungan/ keluhan utama	
Tuliskan keluhan utama yang dirasakan oleh pasien	
3. Keluhan lain yang berhubungan dengan kesehatan saat ini	
Tuliskan masalah lain yang dirasakan oleh pasien saat ini	
4. Riwayat Menstruasi	
HPHT	
TP	
Menarche	
Siklus	
Lama menstruasi	
Banyaknya ganti pembalut	

Masalah yang pernah Dialami								
5. Riwayat Perkawinan								
Status perkawinan								
Perkawinan ke-								
Menikah sejak usia								
Lama perkawinan								
6. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu								
No.	Tahun partus	UK	Tempat partus	Jenis partus	Penolong	Nifas	Anak JK/BB	Kondisi anak sekarang
7. Riwayat Persalinan saat ini								
Tuliskan yang berhubungan dengan persalinan saat ini seperti: Tanggal bersalin, tempat bersalin, penolong persalinan, lama persalinan, masalah persalinan.								

Tuliskan juga keadaan BBL seperti: Tanggal lahir, jenis kelamin, BB/PB, masalah bayi, IMD.

8. Riwayat imunisasi TT

Tuliskan waktu imunisasi TT 1 – TT 5

9. Riwayat penyakit/ operasi yang lalu

Riwayat penyakit/operasi yang pernah dirasakan pasien

10. Riwayat yang berhubungan dengan masalah kesehatan reproduksi

Tuliskan riwayat pasien dengan masalah kesehatan reproduksi yang

11. Riwayat penyakit keluarga	
Tuliskan jika didalam keluarga ibu dan suami terdapat penyakit menular, menurun dan menahun.	
12. Riwayat KB	
Tuliskan riwayat KB jika ibu pernah menggunakan KB seperti : Jenis KB, lama penggunaan, masalah yg dirasakan, dan alasan berhenti menggunakan KB tersebut	
13. Pemenuhan kebutuhan sehari-hari selama nifas	
Umum	<p>Tuliskan kebutuhan sehari-hari masa nifas dan apakah terjadi masalah atau tidak pada tiap kebutuhannya.</p> <ol style="list-style-type: none"> Nutrisi Eliminasi Istirahat/tidur Pola aktifitas Menyusui Personal hygiene

Data Psikososial	Tuliskan bagaimana tanggapan dan perasaan ibu serta keluarga terhadap keadaan pasien saat ini. Dan adanya bayi yang dilahirkan

B. DATAOBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum		
Keadaan umum		
TTV	TD	..... mmHg
	N	..... x/menit
	P	..... x/menit
	S	..... °C
BB terakhir		..... kg

TB	..... cm
Lila	..... cm
IMT	
2. Pemeriksaan fisik Tuliskan hasil pemeriksaan head to toe yang berhubungan dengan keadaan ibu saat ini adalah masa nifas	
Muka	
Kelapa	
Mata	
Leher	
Payudara	

Abdomen	
Ekstremitas	
Reflex patella	
Genetalia	
Anus	
3. Pemeriksaan Penunjang	
<p>Tuliskan pemeriksaan penunjang yang dilakukan saat ini. Jika tidak ada dapat menuliskan hasil pemeriksaan yang lalu dengan menuliskan waktu dan tempat dan hasil pemeriksaan yang kemungkinan menjadi permasalahan pasien saat ini.</p> <p>Misal hasil HB yang kurang, yang saat ini ibu masih mengalami anemia.</p>	

C. ASSESSMENT

Tuliskan Paritas, usia ibu, lama nifas, dan tuliskan hasil yang mendukung kondisi ibu serta permasalahan jika ada.

D. PLAN

Tuliskan rencana tindakan yang akan diberikan sesuai dengan permasalahan yang didapatkan dari hasil pengkajian data subyektif dan obyektif yang dirangkum dalam Assessment menggunakan **kata perintah** seperti:

- a. Informasikan
- b. Berikan
- c. Lakukan
- d. Anjurkan
- e. Jadwalkan

.....
Perencana Asuhan

.....

Lembar Implementasi Pertemuan Pertama

No	Waktu (Tanggal/ Jam)	Tinda kan	TTD Pemberi Asuhan
1.	Kegiatan yang sudah dilakukan adalah :		
	Tuliskan tindakan yang diberikan sesuai dengan plan/rencana yang telah dituliskan menggunakan kata kerja seperti: a. Menginformasikan b. Memberikan c. Melakukan d. Menganjurkan e. Menjadwalkan		
2.	Evaluasi proses	Tuliskan respon/tanggapan pasien dari tindakan yang telah diberikan	

.....
Perencana Asuhan

.....

DAFTAR PUSTAKA

- Megasari, M; Yanti, JS; Triana, A & Maitam L. 2019. Catatan SOAP sebagai Dokuemntasi Legal dalam Praktik Kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Mochtar, R. 2010. *Obstetri fisiologi jilid I*. Jakarta: EGC.
- Prawirohardjo, S. & Wiknjosastro, H. 2009. *Ilmu kebidanan, Edisi Keempat*. Jakarta: PT Bina Pustaka Yayasan Sarwono Prawirohardjo.
- Wahyuningsih, HP. 2018. Buku Ajar Asuhan Kebidanan Nifas dan Menyusui. Kementerian Kesehatan Republik Inodnesia. Jakarta.

BAB 12

SOAP PADA BBL

Oleh Fitriyani Bahriyah

12.1 Pendahuluan

Asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan 24 jam setelah kelahiran. Dalam melaksanakan asuhan pada BBL tentu perlu dilakukan pendokumentasian sebagai catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan (Surtinah, 2019).

12.2 Tujuan

Memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada bayi baru lahir dengan memperhatikan riwayat bayi selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan bayi segera setelah dilahirkan.

12.3 Hasil yang diharapkan

Terlaksananya asuhan segera/rutin pada bayi baru lahir termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosis, mengidentifikasi diagnosis dan masalah bayi, mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial, tindakan segera dan merencanakan asuhan (Muslihatun, 2009).

12.4 Model Pencatatan Asuhan Kebidanan

Keputusan Menteri Kesehatan No. 938 tahun 2007 telah menetapkan bahwa model pencatatan yang digunakan dalam asuhan kebidanan dalam bentuk SOAP (Subjek, Objek, Analisa dan Penatalaksanaan).

Data Subjektif

Data Subjektif merupakan data yang didapat langsung dari klien/pasien, data ini bisa juga dari keluarga pasien. Untuk kasus neonatus, bayi dan balita bisa didapat dari orang tua. Informasi berupa:

- a. Catatan berhubungan dengan masalah sudut pandang pasien
- b. Ekspresi wajah pasien/keluarga tentang kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sehingga kutipan langsung atau ringkasan yang berhubungan dengan diagnosa (data primer)
- c. Pada bayi atau anak kecil data subjektif dapat diperoleh dari orang tua (data sekunder)
- d. Menguatkan diagnosa
- e. Tanda gejala subjektif yang diperoleh (identitas umum, keluhan, riwayat penyakit, riwayat persalinan, riwayat pertumbuhan dan perkembangan, penyakit keturunan, psikososial dan aktivitas sehari-hari)
- f. Pada orang bisu di belakang "S" diberi tanda O atau X

Data Objektif

Data ini berisi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan tes diagnosa lain yang mendukung assessment. Adapun komponen yang diobservasi atau menegakkan diagnosa

- a. Data ini memberi bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosa

- b. Data dari hasil pemeriksaan : keadaan umum, fisik, khusus, laboratorium
 - 1. Pemeriksaan Inspeksi (dengan pandang / melihat)
 - 2. Pemeriksaan palpasi (dengan meraba)
 - 3. Pemeriksaan auskultasi (dengan periksa dengar)
 - 4. Pemeriksaan perkusi (dengan periksa ketuk)
- c. Data yang digolongkan dalam kategori ini antara lain: data psikologik, hasil observasi yang jujur, informasi kajian teknologi (hasil pemeriksaan laboratorium, R/O foto, CTG (cardiotokografi), USG (ultrasonografi) dan lain-lain.
- d. Anda mendapat yang memuaskan laporan dari keluarga yang masuk kategori tinggi
- e. Apa yang dapat diobservasi oleh bidan atau perawat akan menjadi komponen yang penting dari diagnosa yang ditegakkan.

Analisa

Bidan membuat diagnosa, atau apa ada masalah pasien tersebut yang memerlukan perencanaan dari suatu tindakan. Hasil assessment ini selanjutnya akan menjadi patokan membuat rencana/planning, dalam memberikan asuhan. Assessment merupakan gambaran pendokumentasi hasil analisa dan intepretasi data subjektif dan obsjektif dalam suatu identifikasi. Contohnya “Bayi baru lahir cukup bulan, sesuai masa kehamilan, 1 jam pertama, k/u baik”.

Penatalaksanaan

Langkah selanjutnya adalah membuat catatan pelaksanaan yang sangat menggambarkan pelayanan asuhan kebidanan yang komprehensif dan berkesinambungan. Disini sudah terdapat rencana/*planning* (dalam *planning* ini sudah termasuk, pelaksanaan tindakan dan evaluasi atau respon dari pasien atau kemajuan keadaan pasien).

- a. Membuat perencanaan tindakan saat itu atau yang akan datang untuk mengusahakan mencapai kondisi pasien sebaik mungkin atau menjaga atau mempertahankan kesejahteraan
- b. Proses ini termasuk kriteria tujuan terdiri dari kebutuhan pasien yang harus dicapai dalam batas waktu tertentu
- c. Tindakan yang harus diambil harus membantu pasien mencapai kemajuan dalam kesejahteraan
- d. Perencanaan dapat berupa pelayanan asuhan mandiri, kolaborasi atau rujukan
- e. Misal : memberikan posisi anak senyaman mungkin
Rasional: agar anak dapat beristirahat yang ditandai anak dapat tidur nyenyak (Setiyani, 2016).

12.5 Format SOAP Pendokumentasian pada BBL

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

.....

NO. REGISTER :
 MASUK RS TANGGAL, JAM :
 DIRAWAT DI RUANG :

Biodata

Nama bayi :
 Umur bayi :
 Tgl/jam lahir :
 Jenis kelamin :
 No. reg :

Ibu	Suami	
Nama	:	.....
Umur	:	.....
Agama	:	.....
Suku/bangsa	:	.....
Pendidikan	:	.....
Perkerjaan	:	.....
Alamat	:	.....
No.Telpon/Hp	:	.....

DATA SUBJEKTIF

a. Riwayat Antenatal

G..... P A AhUmur kehamilan minggu

Riwayat ANC : teratur / tidak, Kali, oleh

Imunisasi TT : TT 1 tanggal, TT 2 tanggal

Kenaikan BB : Kg

Keluhan saat hamil:

Penyakit selama hamil : Jantung, Diabetes Mellitus,Gagal Ginjal,

Hepatitis B, Tuberkulosis, HIV positif, trauma/penganiayaan

Kebiasaan makan :

Obat / jamu :

Merokok :

Komplikasi Ibu : Hiperemesis, Abortus, Perdarahan, PreEklampsia, Eklampsia, Diabetes Gestasional. Infeksi,

Janin : IUGR, Polihidramnion/oligohidramnion, Gemelli

b. Riwayat Intranatal

Lahir tanggal Jam

Jenis persalinan : spontan / tindakan

Atas indikasi

Penolong :.....di

Lama persalinan : jam

Komplikasi

- a. Ibu : Hipertensi/hipotensi, partus lama, penggunaan obat, infeksi/suhu badan naik , KPD, perdarahan
- b. Janin : Prematur/postmatur, malposisi/ malpresentasi, gawat janin, ketuban campur mekonium, prolaps tali pusat

c. Keadaan bayi baru lahir

BB / PB lahir :

Nilai APGAR : 1 menit / 5 menit / 10 menit: .../... /...

No	Kriteria	1 menit	5 menit	10 menit
1	Denyut Jantung	1		
2	Usaha nafas	2		
3	Tonus otot	1		
4	Reflek	2		
5	Warna kulit	1		
	TOTAL	7		

Caput succedaneum :

Cepal haematoma :

Cacat bawaan :

Resusitasi : Rangsangan :ya/tidak

Penghisapan lender :ya/tidak

Ambu bag :ya/tidak Liter/menit

Massase jantung :ya/tidak liter/menit

Intubasi Endotrakheal:ya/tidak

O2 :ya/tidak liter/menit

DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

- a. Kesadaran :
- b. Pernafasan :
- c. Warna kulit :
- d. Denyut jantung:
- e. Suhu aksiler :
- f. Postur dan Gerakan:
- g. Tonus otot :
- h. Ekstremitas :
- i. Kulit :
- j. Tali pusat :
- k. BB sekarang :

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Kepala :
- b. Muka :
- c. Mata :
- d. Telinga :
- e. Hidung :
- f. Mulut :
- g. Leher :
- h. Klavikula :
- i. Lengan tangan :
- j. Dada :
- k. Abdomen :
- l. Genetalia :
- m. Tungkai dan kaki:
- n. Anus :
- o. Punggung :

3. Reflek

- Moro :
- Rooting :

Walking :
Graphs :
Sucking :
Tonicneck :

4. Antropometri

PB : Cm
LK : Cm
LD : Cm
LLA : Cm

5. Eliminasi

Miksi :
Mekonium :

6. Pemeriksaan Penunjang

.....
.....

ASSESSMENT

PLANNING(Termasuk Pendokumentasikan Implementasi dan Evaluasi)

Tanggal jam

Bidan

(.....)

DAFTAR PUSTAKA

- Muslihatun, N., Muftlilah, Setiawati, N. 2009. Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya
- Setiyani, A., Sukei., Esyuananik. 2016. Asuhan Kebidanan Neonatus, Bayi, Balita dan Anak Pra Sekolah. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia
- Surtinah, N., Sulikah., Nuryani. 2019. Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Magetan: Poltekkes Kemenkes Surabaya.

BAB 13

SOAP PADA TUMBUH KEMBANG

Oleh Niken Bayu Argaheni

13.1 Pendahuluan

Proses pengumpulan SOAP pada Tumbuh Kembang Balita dimulai dengan Manajemen Kebidanan. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, keterampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Anita, 2018; Mertasari & Sugandini, 2021; Subiyatin, 2017).

a. Langkah I: Pengkajian

Mengumpulkan data dasar yang menyeluruh untuk mengevaluasi pasien. Data dasar ini meliputi pengkajian riwayat, pemeriksaan fisik sesuai indikasi, meninjau kembali proses perkembangan keperawatan saat ini atau catatan rumah sakit terdahulu, dan meninjau kembali data hasil laboratorium dan laporan penelitian terkait secara singkat, data dasar yang diperlukan adalah semua data yang berasal dari semua sumber informasi yang berkaitan dengan kondisi pasien (Murdiana, 2017; Mutiah, AS, Henniwati, & Abdurrahman, 2021; Saminem, 2016).

1) Identitas

Merupakan bagian yang paling penting untuk memastikan bahwa yang diperiksa benar-benar anak yang dimaksud, dan tidak keliru dengan anak lain.

Identitas tersebut meliputi:

- a) Nama Bayi atau Balita
Identitas dimulai dengan nama pasien, yang harus jelas dan lengkap (nama depan, nama tengah (bila ada), nama keluarga, dan nama panggilan akrabnya).
- b) Umur
Umur pasien sebaiknya didapat dari tanggal lahir, yang dapat ditanyakan ataupun dilihat dari Kartu Menuju Sehat atau kartu pemeriksaan kesehatan lainnya. Usia anak diperlukan untuk menginterpretasi apakah data pemeriksaan klinis pada anak tersebut normal sesuai dengan umurnya.
- c) Jenis Kelamin
Jenis kelamin pasien sangat diperlukan, selain untuk identitas juga untuk penilaian data pemeriksaan klinis, misalnya nilai-nilai baku, insidens seks, penyakit-penyakit terangkai seks.
- d) Anak ke
Dikaji untuk mengetahui jumlah saudara pasien.
- e) Nama Orangtua
Nama ayah, ibu, atau wali pasien harus dituliskan dengan jelas agar tidak keliru dengan orang lain, mengingat banyak sekali nama yang sama. Bila ada, titel yang bersangkutan harus disertakan.
- f) Umur
Dikaji untuk mengetahui umur orang tua.
- g) Suku Bangsa
Memantapkan identitas seseorang tentang kesehatan dan penyakit.
- h) Agama
Data tentang agama juga memantapkan identitas; di samping itu perilaku seseorang tentang

kesehatan dan penyakit sering berhubungan dengan agama. Kebiasaan, kepercayaan dan tradisi dapat menunjang namun tidak jarang dapat menghambat perilaku hidup sehat.

i) Pendidikan orangtua

Tingkat pendidikan orangtua juga berperan dalam pendekatan selanjutnya, misalnya dalam pemeriksaan penunjang dan penentuan tata laksana pasien selanjutnya.

j) Pekerjaan orangtua

Menggambarkan keakurataan data yang akan diperoleh serta dapat ditentukan pola pendekatan dalam anamnesis.

k) Alamat

Tempat tinggal pasien harus dituliskan dengan jelas dan lengkap, dengan nomor rumah, nama jalan, RT, RW, kelurahan dan kecamatannya, serta bila ada nomor teleponnya. Kejelasan alamat keluarga ini amat diperlukan agar sewaktu-waktu dapat dihubungi, misalnya bila pasien menjadi sangat gawat, atau perlu tindakan operasi segera, atau perlu pembelian obat/alat yang tidak tersedia di rumah sakit, dan lain sebagainya.

2) Anamnesa (Data Subjekif)

Anamnesa adalah pemeriksaan yang dilakukan dengan wawancara.

a) Keluhan Utama

Keluhan utama yaitu keluhan atau gejala yang menyebabkan pasien dibawa berobat. Perlu diperhatikan bahwa keluhan utama tidak selalu merupakan keluhan yang pertama disampaikan oleh orangtua pasien, hal ini terutama pada orangtua yang pendidikannya rendah, yang kurang dapat mengemukakan esensi masalah.

b) Riwayat kesehatan yang lalu

Riwayat kesehatan yang lalu yang harus di periksa:

(1) Imunisasi

Status imunisasi pasien, baik imunisasi dasar maupun imunisasi ulangan (booster) harus secara rutin di tanyakan untuk mengetahui status perlindungan pediatrik yang diperoleh mungkin dapat membantu diagnosis pada beberapa keadaan tertentu.

(2) Riwayat kesehatan keluarga atau menurun

Data keluarga pasien perlu diketahui dengan akurat untuk memperoleh gambaran keadaan sosial-ekonomi-budaya dan kesehatan keluarga pasien.

(3) Riwayat penyakit yang lalu

Mengenai keadaan kesehatan pasien sejak sebelum terdapat keluhan sampai ia di bawa berobat.

(4) Riwayat penyakit sekarang

Perlu diketahui keadaan atau penyakit yang berkaitan dengan penyakit sekarang. Perlu ditanyakan dengan teliti termasuk jenis keluhan, waktu keluhan, perkembangannya, dan responnya terhadap pengobatan yang diberikan.

c) Riwayat sosial

(1) Siapa yang mengasuh balita

(2) Hubungan pasien dengan anggota keluarga yaitu ibu, ayah serta anggota keluarga yang lain.

(3) Hubungan dengan teman sebaya dilingkungan sekitar rumah.

(4) Perlu di upayakan untuk mengetahui terdapatnya masalah dalam keluarga, tetapi harus diingat bahwa masalah ini sering menyangkut hal-hal

sensitif, hingga di perlukan kebijakan dan kearifan dalam pendekatannya.

- d) Riwayat pertumbuhan
Status pertumbuhan anak terutama pada usia balita dapat ditelaah dari kurva berat badan terhadap umur dan panjang badan terhadap umur.
- e) Riwayat perkembangan
Status perkembangan pasien perlu ditelaah secara rinci untuk mengetahui apakah semua tahapan perkembangan dilalui dengan mulus atau terdapat penyimpangan.
- f) Pola kebiasaan sehari-hari
 - (1) Pola nutrisi
Pada anamnesis tentang riwayat makanan diharapkan dapat diperoleh keterangan tentang makanan yang dikonsumsi oleh anak, baik dalam jangka pendek (beberapa waktu sebelum sakit), maupun jangka panjang (sejak bayi). Kemudian dinilai apakah kualitas dan kuantitasnya adekuat, yaitu memenuhi angka kecukupan gizi (AKG) yang dianjurkan.
 - (2) Pola istirahat atau tidur
Untuk mengetahui berapa lama anak tidur siang dan tidur malam
 - (3) Pola hygiene
Untuk mengetahui berapa kali anak mandi dalam sehari karena untuk mengetahui kebersihan anak tersebut.
 - (4) Pola aktivitas
Pengkajian mengenai bagaimana pola aktivitas pasien
 - (5) Pola eliminasi
Untuk mengetahui berapa banyak anak BAB dan BAK dalam sehari

3) Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan untuk mendeteksi tiap tanda-tanda keluhan balita

a) Status Generalis

(1) Keadaan umum bayi/balita meliputi:

Kesan keadaan sakit, kesadaran dan kesan status gizi

(2) Kesadaran

Penilaian kesadaran dinyatakan sebagai Composmentis, apatik, delirium, somnolen, sopor, dan koma

(3) Tanda-tanda vital meliputi:

a. Denyut Nadi

Pemeriksaan nadi harus dilakukan pada keempat ekstermitas, penilaian nadi harus mencakup: frekuensi atau laju nadi, irama, isi atau kualitas serta ekualitas nadi. Pada kasus balita dengan febris terjadi takikardia yaitu laju denyut nadi yang lebih cepat dari normal.

b. Pernafasan

Menilai laju pernafasan, irama atau keteraturan, kedalaman dan tipe atau pola pernafasan. Pada kasus balita dengan febris terjadi pernafasan yang lebih cepat dari normal.

c. Suhu

Suhu tubuh dapat sedikit meningkat apabila anak menangis, setelah makan, setelah bermain, dan ansietas

(4) Antropometri

(a) Lingkar Kepala

Pada anak berumur 1-5 tahun, LILA saja sudah dapat menunjukkan status gizi

- (b) Lingkar Dada
Untuk menilai bentuk dan besar dada, kesimetrisan, gerakan dada, deformitas penonjolan, pembengkakan, dan kelainan lain
 - (c) Panjang Badan
Untuk mengetahui status nutrisi dan pertumbuhan fisik anak
 - (d) Berat Badan
Untuk menilai apakah ada masalah dalam pemenuhan nutrisi pada anak
- b) Pemeriksaan Sistematis
- (1) Kepala: Untuk menilai lingkar kepala dan ubun-ubun.
 - (a) Muka: Untuk menilai kesimetrisan muka dan pembengkakan.
 - (b) Mata: Untuk menilai conjungtiva, kornea dan sklera.
 - (c) Telinga: Untuk menilai telinga bagian luar yaitu bentuk, besar dan posisi daun telinga.
 - (d) Hidung: Untuk menilai bentuk dan adanya epistaksis.
 - (e) Mulut: Untuk menilai labioskisis, odema dan keadaan gusi.
 - (2) Leher: Untuk menilai tekanan vena jugularis, massa pada leher dan pembesaran kelenjar tiroid.
 - (3) Dada: Untuk menilai bentuk, benjolan dan kesimetrisan.
 - (4) Perut: Untuk ukuran, bentuk, peristaltik usus dan suara bising.
 - (5) Ekstermitas: Kaji kesejajaran tubuh, kesimetrisan, rentang gerak, pembengkakan, kemerahan dan nyeri tekan.

(6) Anogenital

(a) Perempuan: Kaji tahap perkembangan seksual dan pengeluaran cairan.

(b) Laki-laki: Kaji ukuran, bentuk, peradangan testis dan skrotum.

(c) Anus: Adakah haemoroid pada anus.

c) Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang atau pemeriksaan laboratorium dalam arti luas adalah setiap pemeriksaan yang dilakukan di luar pemeriksaan fisik

b. Langkah II: Interpretasi Data

Bermula dari data dasar menginterpretasi data untuk kemudian diproses menjadi masalah atau diagnosis serta kebutuhan perawatan kesehatan yang identifikasi khusus.

1) Diagnosis kebidanan

Diagnosis kebidanan adalah diagnosis yang ditegakkan oleh profesi (bidan) dalam lingkup praktek kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan.

Data dasar:

a) Data Subjektif

Pengkajian data yang diperoleh dengan anamnesis, berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien.

b) Data Objektif

Data berasal dari hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lainnya.

2) Masalah

Masalah digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan.

3) Kebutuhan

Kebutuhan adalah hal-hal yang dibutuhkan pasien dan belum teridentifikasi dalam diagnosa dan masalah yang didapat dengan melakukan analisa data

c. Langkah III: Diagnosa Potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial berdasarkan masalah dan diagnosis saat ini berkenaan dengan tindakan antisipasi, pencegahan jika memungkinkan, menunggu dengan waspada penuh, dan persiapan terhadap semua keadaan yang mungkin muncul.

d. Langkah IV: Antisipasi atau Tindakan Segera

Mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama perawatan primer atau kunjungan prenatal periodik.

e. Langkah V: Rencana Tindakan

Mengembangkan sebuah rencana keperawatan yang menyeluruh ditentukan dengan mengacu pada hasil langkah sebelumnya

f. Langkah VI: Pelaksanaan

Melaksanakan rencana perawatan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau tim anggota kesehatan yang lain. Apabila tidak dapat melakukannya sendiri, bidan bertanggung jawab untuk memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan.

g. Langkah VII: Evaluasi

Merupakan tindakan untuk memeriksa apakah perawatan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu, seperti yang diidentifikasi pada langkah kedua tentang masalah, diagnosis maupun kebutuhan perawatan kesehatan

13.2 Data Perkembangan

Data perkembangan digunakan untuk mengetahui apa yang telah dilakukan oleh seorang bidan melalui proses berpikir sistematis, di dokumentasikan dalam bentuk SOAP.

Subjektif: Menggambarkan pendokumentasian hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis (Langkah I Varney).

Objektif: Menggambarkan pendokumentasian hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnosis lain yang dirumuskan dalam data fokus untuk mendukung asuhan (Langkah I Varney).

Assessment: Menggambarkan pendokumentasian hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu identifikasi:

- 1) Diagnosis/masalah
- 2) Antisipasi diagnosis/masalah potensial.
- 3) Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter/konsultasi/kolaborasi dan atau rujukan (Langkah II, III, dan IV Varney).

Planing: Menggambarkan pendokumentasian tindakan dan evaluasi dan perencanaan berdasarkan hasil assessment (Langkah V, VI dan VII Varney).

13.3 Format SOAP Tumbuh Kembang

FORMAT PENGKAJIAN TUMBUH KEMBANG BALITA

Tgl Masuk :

Pukul :

No.RM :

I. PENGUMPULAN/ PENYAJIAN DATA DASAR SECARA LENGKAP

Tgl/Jam :

A. Data Subjektif:

1. Identitas Bayi:

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Tanggal Lahir :

2. Identitas Penanggung jawab

Nama :

Umur :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Suku/Bangsa :

Alamat :

Telp :

3. Anamnesa

a. Keadaan umum Balita :

b. Alasan datang :

c. Riwayat Obstetri :

d. Riwayat Persalinan :

No.	Anak Ke	Jenis Persalinan	petugas	Tempat Persalinan

e. Status Imunisasi

Imunisasi	Tanggal I	Tanggal II	Tanggal III	Tanggal IV
BCG				
Hepatitis B				
DPT				
Polio				
Campak				
MMR				
Meningitis				

f. Pola Kebutuhan Sehari-hari :

1) Nutrisi

Porsi makan sehari-hari :
 Jenis :
 Makanan pantang :
 Pola minum :
 Masalah :

2) Eliminasi

a) BAK

Frekuensi :
 Jumlah :
 Warna :
 Keluhan :

b) BAB

Frekuensi :
 Jumlah :
 Warna :

- Keluhan :
- 3) Istirahat
- Siang :
- Malam :
- Keluhan :
- 4) Aktivitas :
- 5) Personal hygiene :

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- KU :
- Kesadaran :
- PB :
- BB :
- LILA :
- LIKA :
- LD :
- Vital Sign
- TD :
- N :
- S :
- R :

2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala :
- Muka :
- Mata :
- Hidung :
- Bibir :
- Telinga :
- Leher :
- Aksila :
- Dada :
- Abdomen :
- Genitalia :

DAFTAR PUSTAKA

- Anita, W. 2018. The implementation of documentation by midwives in Pekanbaru. *Kesmas*, 13(1), 43–47. <https://doi.org/10.21109/kesmas.v13i1.1403>
- Mertasari, L., & Sugandini, W. 2021. Aktualisasi Pendokumentasian Asuhan Kebidanan dengan Metode SOAP pada Praktek Mandiri Bidan (PMB). *International Journal of Natural Science and Engineering*, 7(3), 544–547. <https://doi.org/10.33024/jkm.v7i3.3641>
- Murdiana, E. 2017. Manajemen Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir Pada Bayi Ny. S Dengan Hipotermia. *Karya Tulis Ilmiah*, 1–111. Retrieved from http://repositori.uin-alauddin.ac.id/7709/1/EKA_MURDIANA.pdf
- Mutiah, C., AS, E., Henniwati, & Abdurrahman. 2021. Rancangan Prototipe Sistem Dokumentasi Kebidanan(Cm Notes) Asuhan Persalinan Berbasis Website Di Prodi Kebidanan Langsa. *Jurnal Kesehatan Indra Husada*, 9(2), 43–50.
- Saminem, H. 2016. *Dokumentasi Asuhan Kebidanan Konsep dan Praktik*. Jakarta: EGC.
- Subiyatin, A. 2017. *Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta.

BAB 14

SOAP PADA KESEHATAN REPRODUKSI

Oleh Yuliyani

14.1 Pendahuluan

Kesehatan reproduksi merupakan kemampuan seorang perempuan memanfaatkan alat reproduksi, mengatur kesuburan atau fertilitasnya, dapat menjalani kehamilan dan persalinannya dengan aman serta melahirkan bayi tanpa resiko atau *well health mother and well born baby* dan kesehatannya dapat kembali dalam batas normal (Manuaba, 2009). Reproduksi yang tidak sehat bukan hanya menjadi masalah bagi kesehatan reproduksi individu terutama pada perempuan, tetapi sudah menjadi masalah bersama dalam masyarakat karena dapat berpengaruh pada generasi yang akan dilahirkan oleh seorang perempuan.

Seorang perempuan harus menjaga kesehatan reproduksinya agar fungsi dan proses reproduksinya dapat berjalan dengan baik. Gangguan kesehatan reproduksi pada seorang perempuan bermacam-macam. Kesehatan reproduksi membahas berbagai macam gangguan yang berhubungan dengan kesehatan reproduksi seorang perempuan dan juga membahas tentang siklus hidup serta permasalahan yang dihadapi oleh laki-laki. Setiap fase atau periode seorang perempuan, masing-masing memiliki masalah yang berbeda-beda. Ketidaktahuan atau kurangnya pengetahuan menyebabkan seorang perempuan tidak memahami gangguan kesehatan reproduksi yang dialaminya. Kesehatan reproduksi yang terjadi seringkali dianggap sesuatu hal yang biasa.

Peran seorang Bidan dalam mencegah dan menangani gangguan kesehatan reproduksi sangat diperlukan bagi seorang perempuan. Pencegahan dapat dilakukan dengan memberikan penyuluhan tentang kesehatan reproduksi, serta memberikan pengetahuan agar seorang perempuan segera memeriksakan kesehatannya jika terjadi gangguan pada kesehatan reproduksinya. Pendekatan seorang Bidan sangat diperlukan dan membantu seorang perempuan agar tidak merasa malu ketika terjadi masalah dengan kesehatan reproduksinya. Penanganan yang terlambat karena ketidaktahuan atau karena rasa malu dapat memperparah kondisi kesehatan reproduksi seorang perempuan.

14.2 Macam-macam Gangguan Kesehatan Reproduksi

Macam-macam gangguan kesehatan reproduksi :

1. *Amenore*

Amenore adalah suatu keadaan seorang wanita yang tidak mengalami menstruasi. *Amenore* ada 2, yaitu *amenore* primer dan *amenore* sekunder. *Amenore* primer adalah apabila menstruasi tidak terjadi pada usia 16 tahun bila disertai perkembangan seks sekunder normal, atau pada usia 14 tahun bila tanpa disertai perkembangan seks sekunder. *Amenore* sekunder adalah tidak adanya haid selama 3 siklus atau 6 bulan setelah *menarche* pada remaja.

2. *Dismenore*

Dismenore adalah rasa sakit atau nyeri pada bagian bawah perut yang terjadi saat wanita mengalami siklus menstruasi (Ratnawati, 2017). Nyeri biasanya dirasakan mencapai puncaknya dalam waktu 24 jam dan setelah 2 hari akan menghilang. *Dismenorea* juga sering disertai dengan pegal-pegal, lemas, mual, diare dan kadang sampai muntah (Nugroho dan Indra, 2014). *Dismenore* ada 2 yaitu

dismenore primer dan *dismenore sekunder*. *Dimenore primer* adalah *Dismenorea primer* yaitu nyeri saat menstruasi yang dialami perempuan usia subur dan tidak berhubungan dengan kelainan organ reproduksi. *Dismenorea primer* memiliki ciri khas yaitu rasa nyeri timbul sejak 1-2 hari menstruasi datang dan keluhan sakitnya agar berkurang setelah wanita bersangkutan menikah dan hamil. *Dismenore sekunder* biasanya baru muncul, jika ada penyakit atau kelainan organ reproduksi yang menetap seperti infeksi rahim, kista, polip, atau tumor, serta kelainan kedudukan rahim yang mengganggu organ dan jaringan di sekitarnya (Kusmiran, 2013).

3. *Menoragi*

Menoragi adalah suatu perdarahan menstruasi yang memanjang dengan frekuensi > 7 hari dengan perdarahan > 80cc.

4. *Metroragi*

Metroragi adalah perdarahan rahim yang abnormal yang terjadi di antara periode menstruasi dan tidak berhubungan dengan menstruasi normal.

5. *Oligomenore*

Oligomenore adalah siklus menstruasi dengan durasi menstruasi lebih dari 35 hari. Volume perdarahan umumnya lebih sedikit dari volume perdarahan menstruasi biasanya. Gangguan jenis ini berakibat ketidaksuburan dalam jangka panjang karena sel telur jarang diproduksi sehingga tidak terjadi pembuahan. Oligomenorea tidak berbahaya pada wanita, namun dapat berpotensi sulit hamil karena tidak terjadi ovulasi.

6. PMS (*Pre Menstrual Syndrome*)

PMS adalah adalah sekumpulan gejala yang tidak menyenangkan, baik fisik maupun psikis, yang dialami oleh perempuan menjelang masa haid, yaitu sekitar satu atau dua minggu sebelum haid. Tanda dan gejala yang paling

sering dialami pada perempuan yang mengalami PMS, antara lain pembengkakan dan rasa nyeri pada payudara, timbul jerawat, nafsu makan meningkat terutama terhadap cemilan, berat badan bertambah, sakit kepala, mudah lelah, nyeri punggung.

7. *Fluor albus* (keputihan)

Fluor albus adalah sekresi vaginal abnormal pada wanita yang disertai dengan rasa gatal di dalam vagina dan disekitar bibir vagina bagian luar.

8. *Endometriosis*

Endometriosis adalah penyakit kronis yang ditandai dengan keberadaan jaringan endometrium yang terdiri dari kelenjar dan stroma, di luar rongga endometrium, yang berhubungan dengan timbulnya nyeri panggul dan infertilitas.

9. *Cystitis*

Cystitis adalah keadaan inflamasi pada mukosa buli-buli yang disebabkan oleh infeksi bakteri. Bakteri penyebab infeksi saluran kemih bawah(sistitis) terutama bakteri *Escherichia coli*, *Enterococcus*, *Proteus*, dan *Staphylococcus aureus* yang masuk ke buli-buli melalui uretra (Purnomo, 2011).

10. *Mioma uteri*

Mioma uteri adalah Mioma uteri merupakan tumor jinak monoklonal dari sel-sel otot polos yang ditemukan pada rahim manusia. Tumor ini berbatas tegas dan terdiri dari sel-sel jaringan otot polos, jaringan pengikat fibroid, dan kolagen. Mioma uteri berbentuk padat, relatif bulat, kenyal, berdinding licin, dan apabila dibelah bagian dalamnya akan menonjol keluar sehingga mengesankan bahwa permukaannya adalah kapsul (Prawirohardjo, 2011).

11. Kanker serviks

Kanker serviks merupakan suatu keganasan yang disebabkan oleh adanya pertumbuhan sel-sel epitel

serviks yang tidak terkontrol (Mirayashi, 2013). Kanker serviks merupakan tumor ganas yang tumbuh di dalam leher rahim (serviks), yaitu bagian terendah dari rahim yang menempel pada puncak vagina, yang disebabkan oleh *Human Papiloma Virus*.

14.3 Contoh SOAP Kesehatan Reproduksi

ASUHAN KEBIDANAN KESEHATAN REPRODUKSI PADA Ny. "A" DENGAN KEPUTIHAN DI PMB "M", Amd.Keb. MALANG

A. Kunjungan Awal

Anamnesa pada tanggal : 04 Februari 2022 Pukul :
10.00 WIB

1. Data Subjektif

a. Identitas / Biodata

Nama ibu : Ny. L	Nama suami : Tn. A
Umur : 20 tahun	Umur : 24 tahun
Agama : Islam	Agama : Islam
Suku : Jawa	Suku : Jawa
Pendidikan: SMP	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Wiraswasta
Alamat : Malang	Alamat : Malang

b. Alasan kunjungan saat ini :

Ibu mengeluh sudah 3 hari keluar keputihan berwarna kenuningan, berbau dan terasa gatal.

c. Riwayat Menstruasi

Siklus : 28 hari
Kebiasaan mengganti pembalut : sehari 2-3 kali

d. Riwayat perkawinan

Perkawinan ke : 1 (satu)

Usia saat kawin : 18 tahun

Lama perkawinan : 5 tahun

e. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Tabel 14.1 : Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

No	Tahun Partus	UK	Tempat Partus	Jenis Partus	Penolong	Nifas	Anak JK/BB	Kondisi
1	2017	39	PMB	Spontan Pervaginam	Bidan	Normal	L/3500g /49cm	Hidup

f. Riwayat penyakit / operasi yang lalu

Ibu mengatakan pernah mengalami desminore.

g. Riwayat yang berhubungan dengan masalah kesehatan reproduksi

Ibu merasa tidak nyaman karena sedang mengalami keputihan.

h. Riwayat penyakit menular, menahun, menurun

Tidak ada penyakit menular, menurun, menahun

i. Riwayat KB

Ibu mengatakan menggunakan KB Pil selama 3 bulan

j. Pola kebiasaan sehari-hari

Makan : 3 kali sehari (Nasi, lauk, sayur)

Minum : 6-8 gelas sehari

Eliminasi :

BAB : 1 kali sehari

BAK : 6 kali sehari, ibu membersihkan vagina dari arah belakang kedepan dan tanpa di

keringkan dahulu ibu langsung memakai celananya.

Personal hygiene : mengganti celana dalam 2 kali sehari celana dalam bukan bahan yang mudah menyerap keringat, mandi 2 kali sehari, gosok gigi 2 kali sehari, keramas 2 hari sekali.

Seksual : ibu melakukan hubungan seksual sehari 3 kali tidak menggunakan alat kontrasepsi.

Tidur : siang 1 jam sehari, malam 7 jam sehari.

2. Data Objektif

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : baik TD : 110/80 mmHg

Pernapasan: 19 x/menit BB : 55 kg

Tekanan darah : TB : 158 cm
110/80 mmHg

Suhu tubuh : Nadi : 80 x/menit

36,5 °C

b. Pemeriksaan fisik

Kepala dan wajah : tidak ada oedema, tidak ada nyeri tekan

Payudara : simetris, puting susu menonjol, tidak ada cairan abnormal yang keluar.

Abdomen : tidak ada bekas luka operasi

Genetalia : keluar keputihan berwarna kuning dan berbau

Anus : tidak ada hemoroid

3. Assesment

Diagnosa : Ny. L usia 23 tahun dengan keputihan berlebih berwarna kekuningan dan berbau.

Diagnosa Potensial : Flour albus

Masalah : Keputihan kekuningan dan berbau.

4. Penatalaksanaan

- a. Memberitahu ibu hasil pemeriksaan dan menjelaskan kepada ibu, bahwa ibu mengalami keputihan.
- b. Menggunakan kondom saat berhubungan selama masih keputihan selain untuk mencegah infeksi, juga membantu mempercepat proses penyembuhan.
- c. Memberitahu ibu dampak dari keputihan jika dibiarkan dan tidak mendapat penanganan lama kelamaan dapat menyebabkan infeksi, infeksi yang ada akan merembet ke rongga rahim, kemudian ke saluran telur, sampai ke indung telur, dan akhirnya ke dalam rongga panggul. Tidak hanya itu, keputihan akibat infeksi jamur atau bakteri dapat menjadi pertanda adanya kanker mulut rahim.
- d. Memberitahu ibu untuk menjaga *vulva hygiene*.
- e. Berkolaborasi dengan dokter Sp. OG untuk terapi.
- f. Memberitahu ibu untuk kunjungan ulang jika obat sudah habis dan masih ada keluhan.

DAFTAR PUSTAKA

- Halim, B, Adiwinata, T. 2021. *'Tata Laksana Terkini Endometriosis'*. Medicinus, Volume 34 Issue 3
- Kusmiran. E., 2013. *'Kesehatan Reproduksi Remaja Dan Wanita'*. Jakarta : Salemba Medika
- Manuaba . 2009. *'Ilmu. Kebidanan, Penyakit Kandungan, dan KB'*. Jakarta : EGC.
- Mirayashi, D. 2013. *'Hubungan Antara Tingkat Pengetahuan Tentang Kanker Serviks dan Keikutsertaan Melakukan Pemeriksaan Inspeksi Visual Asetat di Puskesmas Alianyang Pontianak'*. 214, pp. 1-18.
- Nugroho, Indra. 2014. *'Masalah Kesehatan Reproduksi Wanita'*. Yogyakarta : Nuha Medika
- Prawirohardjo. 2011. *'Ilmu kandungan Edisi 3'*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka
- Purnomo. 2016. *'Dasar-Dasar Urologi'*. Jakarta : CV Sagung Seto.
- Ratnawati, E. 2017. *'Asuhan Keperawatan Maternitas'*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

BIODATA PENULIS



Diaz Capriani Randa Kusuma, SST.,M.Kes

Dosen tetap sekaligus staf pada Institut Teknologi Kesehatan
Dan Bisnis Graha Ananda Palu

Penulis dilahirkan di Kabupaten Tolitoli pada tanggal 01 mei 1993. Anak Bungsu dari 3 bersaudara dari pasangan Markus .P. Randa, AMG dan Magdalena. Penulis menyelesaikan pendidikan Sekolah Dasar di SDN 2 Nalu Kabupaten Tolitoli pada tahun 2004. Pada tahun itu juga penulis melanjutkan Pendidikan di SMP Negeri 5 Tolitoli dan tamat pada tahun 2007 kemudian melanjutkan pendidikan SMA Negeri 1 Tolitoli dan selesai pada tahun 2010. Tahun 2010 penulis melanjutkan pendidikan di Akademi Kebidanan Graha Ananda dan selesai pada tahun 2013. Selanjutnya pada tahun yang sama penulis melanjutkan pendidikan D4 Bidan pendidik di Universitas Indonesia Timur Makassar. Tahun 2017 penulis menyelesaikan pendidikan S2 Fakultas Ilmu Kesehatan Masyarakat dengan Konsentrasi Kesehatan Reproduksi di Universitas Indonesia Timur Makassar.

Pada tahun 2016 Penulis mengawali karier bekerja sebagai staf di Akademi Kebidanan Graha Ananda Palu dan pada tahun 2017 dan sampai saat ini menjadi dosen tetap

sekaligus staf pada Institut Teknologi Kesehatan Dan Bisnis Graha Ananda Palu.

Ditengah kesibukan penulis, penulisan buku ini merupakan salah satu pengabdian yang dilakukan dalam berbagi ilmu bagi para pembaca yang adalah generasi penerus khususnya yang menggeluti dunia kesehatan dan sebagai pengabdian tugas penulis dalam menjalankan Tridarma Perguruan Tinggi.

BIODATA PENULIS



Cahyaning Setyo Hutomo

Dosen di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas
Sebelas Maret Surakarta

Cahyaning Setyo Hutomo, lahir di Bojonegoro, Jawa Timur, pada tahun 1987, adalah alumni Diploma Empat Kebidanan Universitas Sebelas Maret Surakarta tahun 2009. Penulis melanjutkan studi pada Program Studi Kedokteran Keluarga dengan peminatan Pendidikan Profesi Kesehatan di Universitas yang sama pada tahun 2010 dan lulus pada tahun 2012. Saat ini penulis berdomisili di Surakarta. Penulis pernah bekerja sebagai Dosen di Stikes AkbidYo pada tahun 2012-2015, selain itu penulis juga pernah bekerja sebagai Kepala Ruang Bersalin di Rumah Sakit Universitas Sebelas Maret pada tahun 2016-2019 dan pada tahun 2018 sampai sekarang penulis menjadi bagian dari Dosen di Program Studi Kebidanan Diploma Tiga Universitas Sebelas Maret Surakarta. Penulis merupakan bagian dari tim vaksinator dari kegiatan Serbuan Vaksinasi TNI-POLRI di Surakarta pada tahun 2021. Sebagai seorang tenaga pendidik, menulis buku merupakan salah satu bentuk aktualisasi diri dari penulis. Kritik dan saran mengenai buku yang telah ditulis dapat dikirimkan ke alamat email cahyaninghutomo@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Widi Sagita, S.ST, M.Kes

Dosen tetap pada program studi pendidikan profesi bidan program profesi di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia

Penulis bernama lengkap Widi Sagita, S.ST, M.Kes, lahir di Bojonegoro tanggal 30 April 1988, penulis merupakan anak pertama dari tiga bersaudara. Penulis adalah dosen tetap pada program studi pendidikan profesi bidan program profesi di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia. Penulis menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia pada tahun 2009, kemudian melanjutkan program studi DIV Kebidanan di Universitas Respati Indonesia selesai tahun 2010, setelah itu penulis juga langsung melanjutkan pendidikan S2 di Universitas yang sama yaitu Universitas Respati Indonesia jurusan Kesehatan Reproduksi selesai tahun 2012. Penulis saat ini juga telah memiliki jabatan akademik lektor serta menjabat sebagai wakil ketua I di STIKes Bhakti Pertiwi Indonesia dari tahun 2017 sampai dengan saat ini.

BIODATA PENULIS



Hasmia Naningsi, SST, M.Keb

Dosen Tetap di Jurusan kebidanan Poltekkes Kemenkes
Kendari

Penulis Lahir di Punggolaka pada tanggal 19 Juli 1974. Penulis berdomisili di Jln Gunung Nipa-nipa No.7A Kel. Tobuuha Kec. Puuwatu Kota Kendari Sulawesi Tenggara Kode Pos 93115. Penulis merupakan Dosen Tetap di Jurusan kebidanan Poltekkes Kemenkes Kendari, Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 Kebidanan di Universitas Padjadjaran Bandung Tahun 2008.

BIODATA PENULIS



Sri Wahyuni, SST., MKM.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program
Profesi STIKes Muhammadiyah Aceh

Penulis lahir di Binjai tanggal 14 Oktober 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Bidan Program Profesi STIKes Muhammadiyah Aceh. Memiliki suami bernama Herman Fidiansyah, dan dikaruniai 3 orang Anak, 2 Putra dan 1 Putri

Lulus strata dua di Universitas Muhammadiyah Aceh tahun 2017, saat ini menjabat sebagai ketua LP2MP STIKes Muhammadiyah Aceh, aktif dalam keorganisasian IBI Ranting STIKes Muhammadiyah Aceh sebagai sekretaris, pernah menjabat sebagai sekretaris Majelis kesehatan 'Aisyiyah Aceh, sebelumnya pernah mendapatkan hibah Ristekbrin , dengan skim PDP sebanyak 2 kali, dan mendapat hibah RISETMU batch V untuk skim pengabdian pada masyarakat.

BIODATA PENULIS



Emilia Silvana Sitompul, SST, M.K.M

Dosen Program Studi D-III Kebidanan Tarutung
Poltekkes Kemenkes Medan

Penulis lahir di Sitompul tanggal 16 Juli 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D-III Kebidanan Tarutung Poltekkes Kemenkes Medan. Menyelesaikan pendidikan D-IV Bidan Pendidik dari Universitas Sumatera Utara (2011) dan melanjutkan S2 dari Universitas Sumatera Utara (2017). Penulis aktif melakukan kegiatan tri darma perguruan tinggi yaitu pengajaran, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat dan juga menulis buku dan artikel jurnal. Buku yang sudah publish antara lain : Buku Cantik Kumpulan Tulisan Keluarga Perempuan Inspiratif Indonesia, Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kinerja Bidan Desa Memberikan Pelayanan Kesehatan Ibu Dan Anak, Tren dan Isu Kesehatan di Masa Pandemi Covid-19, Pemanfaatan Aplikasi Tumbuh Kembang Bayi dengan Aplikasi Primaku, Metode Penelitian Kebidanan, Bunga Rampai Stunting, Kesehatan Reproduksi dan Kesehatan Wanita. Email : Emilia.sitompul1607@gmail.com contact person 081396589078.

BIODATA PENULIS



Yulia Paramita Rusady, M. Kes.

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Islam Madura

Penulis lahir di Pamekasan pada tanggal 13 Juli 1987. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Islam Madura Program Studi DIII Kebidanan. Penulis telah menyelesaikan pendidikan S2 di Magister Kesehatan Masyarakat IIK STRADA Indonesia Kediri .

BIODATA PENULIS



Yayuk Eliyana, M.Keb

Dosen Program Studi D3 Kebidanan
Fakultas Kesehatan Universitas Islam Madura

Penulis lahir di Pamekasan tanggal 18 Agustus 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kesehatan, Universitas Islam Madura. Menyelesaikan pendidikan D4 Kebidanan di STIKes Ngudia Husada Madura dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Brawijaya.

BIODATA PENULIS



Nelly Mariati,S.ST.,M.Keb

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan dan Pendidikan
Profesi Bidan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Kota Banjarmasin (Kalimantan Selatan) tanggal 27 Juli 1983. Riwayat Pendidikan penulis yang pernah ditempuh lulus D3 Kebidanan di Poltekkes Banjarmasin tahun 2006, lulus D4 Bidan Pendidik di Poltekkes Jakarta III tahun 2009 dan lulus S2 Kebidanan di Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2016. Saat ini penulis adalah dosen tetap di Program Studi S1 Kebidanan dan Pendidikan Profesi Bidan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin dan bekerja disana sejak tahun 2006 sampai sekarang. Untuk menjadi dosen yang profesional, penulis melaksanakan Tri dharma perguruan tinggi untuk meningkatkan dedikasi sebagai seorang dosen. Ketekunan, motivasi tinggi untuk terus belajar, berinovasi dan berusaha merupakan motto dari penulis. Penulis telah menyelesaikan buku ini, semoga memberikan kontribusi positif bagi dunia pendidikan.

Email Penulis : nellyrachel09@gmail.com

BIODATA PENULIS



Desy Purnamasari, S.S.T., M.Keb
Staf Dosen Kebidanan STIKes Banyuwangi

Penulis lahir di Plampang Kabupaten Sumbawa pada tanggal tanggal 01 Desember 1992. Saat ini, penulis berprofesi sebagai dosen pada Program Studi Kebidanan di STIKes Banyuwangi. Penulis telah menyelesaikan pendidikannya di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta mulai dari Diploma III kebidanan tahun 2014, Diploma IV Kebidanan tahun 2015 dan Magister Kebidanan tahun 2019. Dalam kegiatan tridarma, khususnya di bidang kebidanan. Penulis menekuni bidang remaja dan pranikah, nifas, dan komplementer kebidanan. Beberapa artikel ilmiah telah dipublikasikan pada jurnal dan nasional dan internasional.

BIODATA PENULIS



Fitriyani Bahriyah, S.Tr.Keb., M.Keb
Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Institut Teknologi dan Bisnis Indragiri

Penulis lahir di Suka Maju tanggal 02 April 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi DIII Kebidanan Institut Teknologi dan Bisnis Indragiri. Menyelesaikan pendidikan DIII Kebidanan di Akademi Kebidanan Indragiri, DIV Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Al-Insyirah Pekanbaru dan melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Niken Bayu Argaheni, S.ST, M.Keb.,
Dosen di Universitas Sebelas Maret Surakarta.

Founder dari Perempuan Berdaya. Penerima Hibah Penelitian dan Pengabdian Riset Group “Pengaruh Mat Pilates Exercise Terhadap Skala Nyeri, Kecemasan, Frekuensi Nadi Pada Remaja Putri Dengan Dismenorea Primer di Surakarta (2020)”, “Pembelajaran Daring Research Group Ibu Hamil Guna Pencegahan Covid-19 (2020)”, Bimbingan Konseling Spiritual Bagi Pengasuh Dan Anak Asuh Panti Asuhan Anak Penderita HIV/AIDS Di Yayasan Lentera Surakarta (2021)”. Dapat dihubungi di kontak: +6285740888008, email: kinantiniken@gmail.com

BIODATA PENULIS



Yuliyani

Dosen D3 Kebidanan

Penulis lahir di Nganjuk tanggal 24 Juli 1967. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D3 Kebidanan Stikes Widyagama Husada Malang. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di RSI Surabaya dan S1 pada FKM Universitas Airlangga Surabaya dan melanjutkan S2 pada Fakultas Kedokteran Ilmu Biomedik Universitas Brawijaya Malang. Penulis menekuni bidang Menulis buku dan juga praktisi Yoga Ibu Hamil serta Home Care.