

Medical Book

BUKU AJAR DOKUMENTASI KEBIDANAN

Sudarti, M.Kes
Afroh Fauziah, SST





BUKU AJAR
**DOKUMENTASI
KEBIDANAN**

PERPUSTAKAAN AKBID KR
MEDAN

NO. AKSES :

NO. PANGGIL :

SUMBER DIPERIKSA :

BUKU AJAR
**DOKUMENTASI
KEBIDANAN**

SUDARTI, M.Kes
AFROH FAUZIAH, SST



PERPUSTAKAAN ARSIP KR	
MEDAN	
NO. ARSES :	
NO. PANGGIL :	
SUMBER DIPERIKSA :	

**BUKU AJAR
DOKUMENTASI KEBIDANAN**

Penulis : Sudarti. M.Kes - Afroh Fauziah, SST
Sampul : 1sna1
Layout : wan2japaris@yahoo.com

Cetakan: Kedua, September 2011
ISBN: 978-979-15565-0-7

Diterbitkan

Nuha Medika

Jl. Sorowajan Baru 408A, Yogyakarta
Telp. 0274 6538632, 081228153789

© 2011, Hak Cipta dilindungi undang-undang,
dilarang keras menterjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak
sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Sanksi Pelanggaran Pasal 72 UU No. 19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta

1. Barangsiapa dengan sengaja dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksudkan dalam Pasal 2 ayat (1) atau Pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling singkat 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp 1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 5.000.000.000,00 (lima milyar rupiah).
2. Barangsiapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam ayat 1, dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp 50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah)

**ISI DILUAR TANGGUNGJAWAB
PENERBIT ATAU PERCETAKAN**

MOTTO

**"Nikmat Tuhan (Allah) yang mana lagi yang
akan kamu dustakan?"
(Q.S. Ar-rahman)**

**"Kebahagiaan yang sesungguhnya
adalah ketika kita mampu membuat
orang lain menangis karena bahagia"
(abu nuha)**

KATA PENGANTAR

Segala Puji Bagi Allah SWT, atas rahmat dan hidayah -Nya penulis dapat menyelesaikan buku ajar dengan judul *Dokumentasi Kebidanan*. Buku ajar ini ditulis untuk memenuhi kebutuhan dan tuntutan berbagai kalangan dalam melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah digunakan.

Sebagai buku ajar Dokumentasi Kebidanan Neonatus,, ditujukan kepada mahasiswa kebidanan, praktisi bidan serta pengajar kebidanan agar lebih mudah dan memahami dan menerapkan pemberian asuhan kebidanan. Penulis mengharapkan kepada semua pembaca setelah mempelajari dan memahami buku ajar ini memiliki kemampuan khusus sebagaimana tertera dalam tujuan instruksional setiap Bab buku ini.

Penulis menyadari buku ajar ini masih sangat jauh dari sempurna. Penulis membuka diri untuk menerima masukan dan kritikan yang membangun, demi penyempurnaan buku ajar ini. Semoga buku ajar ini bermanfaat bagi mahasiswa, praktisi bidan, pengajar dan segenap pembaca.

Penulis

DAFTAR ISI

Kata Pengantar	iii
----------------------	-----

BAGIAN 1

KONSEP DASAR DOKUMENTASI	1
A. Pendahuluan	1
B. Pengertian Dokumentasi	2
C. Tujuan Dokumentasi Kebidanan	4
D. Prinsip- Prinsip Dokumentasi Kebidanan	8
E. Aspek Legal Dalam Dokumentasi	11
F. Manfaat Dokumentasi	12

BAGIAN 2

TEKNIK PENDOKUMENTASIAN	15
A. Narrative	15
B. Flow Sheet	18

BAGIAN 3

MODEL PENDOKUMENTASIAN	21
A. POR (Problem Oriented Record)	21
B. SOR (Source Oriented Record)	24
C. CBE (Charting By Exeption)	26
D. Kardeks	28
E. CPR (Computer Based Patient Record)	28

BAGIAN 4

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN	30
A. Konsep Manajemen Kebidanan	30
B. Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Metode Soap.....	38

BAGIAN 5

RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN	44
A. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil.....	45
B. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin.....	58
C. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas	75
D. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir.....	83
E. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Tumbuh Kembang Balita	102
F. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Gangguan Sistem Reproduksi	130
G. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana	137
Daftar Pustaka	145
Lampiran 1	147
Lampiran 2	154
Lampiran 3	163

1

KONSEP DASAR DOKUMENTASI

A. PENDAHULUAN

Kebidanan dan keperawatan di Indonesia sebagai suatu profesi yang sedang dalam proses memperjuangkan penerimaan profesi yang mandiri oleh masyarakat membutuhkan upaya aktualisasi diri dalam memberikan pelayanan profesional. Semua ini dapat dicapai apabila perawat/bidan mampu menunjukkan kemampuannya baik dalam bidang pengetahuan, sikap, dan ketrampilan yang didasari oleh ilmu yang jelas, serta mendokumentasikan semua hasil kerja yang telah dilaksanakan secara baik dan benar. Akhirnya dokumentasi dapat meningkatkan kesinambungan perawatan pasien, dan menguatkan akuntabilitas, dan tanggungjawab perawat/bidan dalam mengimplementasikan, dan mengevaluasi pelayanan yang diberikan serta membantu institusi untuk memenuhi syarat akreditasi dan hukum.

Manajemen kebidanan merupakan metode atau bentuk pendekatan yang digunakan bidan dalam memberikan asuhan kebidanan sehingga langkah-langkah dalam manajemen kebidanan merupakan alur pikir bidan dalam pemecahan

masalah atau pengambilan keputusan klinis. Asuhan yang dilakukan harus dicatat secara benar, sederhana, jelas, dan logis.

Dokumentasi ini perlu karena dapat digunakan sebagai bahan untuk mempertanggung jawabkan tindakan yang dilakukan dan juga bila ada kejadian gugatan, maka dokumentasi kebidanan dapat membantu. Bidan sebagai tenaga kesehatan dan pelaksana asuhan kebidanan wajib mencatat dan melaporkan kegiatannya yang dokumentasinya harus tersimpan dengan baik. Sistem pendokumentasian yang dilaksanakan dapat memberikan manfaat antara lain sebagai sarana komunikasi antara tenaga kesehatan, sarana untuk dapat mengikuti perkembangan dan evaluasi pasien, dapat dijadikan data penelitian dan pendidikan, mempunyai nilai hukum dan merupakan dokumen yang syah. Dalam kebidanan banyak hal penting yang harus didokumentasikan yaitu segala asuhan atau tindakan yang diberikan oleh bidan baik pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi, dan keluarga berencana.

B. PENGERTIAN DOKUMENTASI

Dokumentasi berasal dari kata dokumen yang berarti bahan pustaka, baik yang berbentuk tulisan maupun rekaman lainnya seperti dengan pita suara/cassette, video, film, gambar dan foto (Suyono Trino). Dalam Kamus Besar Bahasa Indonesia 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. Secara umum dokumentasi dapat diartikan sebagai suatu catatan otentik atau semua surat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum.

Dokumentasi adalah suatu proses pencatatan, penyimpanan informasi data atau fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan (Peter Sali).

Menurut Frances Fischbbaach (1991) isi dan kegiatan dokumentasi apabila diterapkan dalam asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang esensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi.
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan, mengidentifikasi masalah pasien, merencanakan, menyelenggarakan atau evaluasi hasil asuhan kebidanan.
4. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
5. Melaksanakan kegiatan perawatan, misalnya gradasi penyakit, peningkatan kesehatan dan 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.

Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan

klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan).

Pendokumentasian dari asuhan kebidanan di Rumah sakit dikenal dengan istilah rekam medik. Dokumentasi kebidanan menurut SK MenKes RI No 749 adalah berkas yang berisi catatan dan dokumen yang berisi tentang identitas: Anamnesa, pemeriksaan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada seseorang kepada seorang pasien selama dirawat di Rumah Sakit yang dilakukan di unit-unit rawat termasuk UGD dan unit rawat inap. Dokumentasi berisi dokumen/pencatatan yang memberi bukti dan kesaksian tentang sesuatu atau suatu pencatatan tentang sesuatu.

C. TUJUAN DOKUMENTASI KEBIDANAN

Catatan pasien merupakan suatu dokumen 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 antara lain: Puskesmas, Rumah Bersalin, atau Bidan Praktik Swasta.

Semua instansi kesehatan memilih 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 adalah sebagai berikut:

1. Sebagai Sarana Komunikasi

Komunikasi terjadi dalam tiga arah :

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

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk:

- 1) Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
- 2) Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, bahkan sama sekali tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien.
- 3) Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya.

2. Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat

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

Hal ini penting berkaitan dengan langkah antisipasi terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan yang diberikan dan kaitannya dengan aspek hukum yang dapat dijadikan *settle concern*, artinya dokumentasi dapat digunakan untuk menjawab ketidakpuasan terhadap pelayanan yang diterima secara hukum.

3. Sebagai Informasi statistik

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

4. Sebagai Sarana Pendidikan

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

5. Sebagai Sumber Data Penelitian

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

6. Sebagai Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan

Melalui dokumentasi yang dilakukan dengan baik dan benar, diharapkan asuhan kebidanan yang berkualitas

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

7. Sebagai Sumber Data Asuhan kebidanan Berkelanjutan.

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

8. Untuk menetapkan prosedur dan standar

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

9. Untuk mencatat

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

10. Untuk memberi instruksi

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

D. PRINSIP- PRINSIP DOKUMENTASI KEBIDANAN

Catatan pasien merupakan dokumen yang legal dan bermanfaat bagi dirinya sendiri juga bagi tenaga kesehatan yang mengandung arti penting dan perlu memperhatikan prinsip dokumentasi yang dapat ditinjau dari dua segi yaitu:

1. Prinsip pencatatan

a. Ditinjau dari isi

1) Mempunyai nilai administrative

Suatu berkas pencatatan mempunyai nilai medis, karena catatan tersebut dapat digunakan sebagai dasar merencanakan tindakan yang harus diberikan kepada klien

2) Mempunyai nilai hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi kebidanan, di mana bidan sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi dapat digunakan sewaktu-waktu, sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, objektif dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan.

3) Mempunyai nilai ekonomi

Dokumentasi mempunyai nilai ekonomi, semua tindakan kebidanan yang belum, sedang, dan telah diberikan dicatat dengan lengkap yang dapat digunakan sebagai acuan atau pertimbangan biaya kebidanan bagi klien.

4) Mempunyai nilai edukasi

Dokumentasi mempunyai nilai pendidikan,

karena isi menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan kebidanan yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi kesehatan lainnya.

5) Mempunyai nilai penelitian

Dokumentasi kebidanan mempunyai nilai penelitian, data yang terdapat didalamnya dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi kebidanan.

b. Ditinjau dari teknik pencatatan

1) Mencantumkan nama pasien pada setiap lembar catatan

2) Menulis dengan tinta (idealnya tinta hitam)

3) Menulis/menggunakan dengan symbol yang telah disepakati oleh institusi untuk mempercepat proses pencatatan

4) Menulis catatan selalu menggunakan tanggal, jam tindakan atau observasi yang dilakukan sesuai dengan kenyataan dan bukan interpretasi.

5) Hindarkan kata-kata yang mempunyai usur penilaian; misalnya: tampaknya, rupanya dan yang bersifat umum

6) Tuliskan nama jelas pada setiap pesanan, pada catatan observasi dan pemeriksaan oleh orang yang melakukan

7) Hasil temuan digambarkan secara jelas termasuk keadaan, tanda, gejala, warna, jumlah dan besar dengan ukuran yang lazim dipakai.

8) Interpretasi data objektif harus didukung oleh observasi

- 9) Kolom jangan dibiarkan kosong, beri tanda bila tidak ada yang perlu ditulis
- 10) Coretan harus disertai paraf disampingnya
2. Sistim pencatatan
 - a. Model naratif
 - b. Model orientasi masalah
 - c. Model fokus

Beberapa prinsip dalam membuat dokumentasi harusnya seperti berikut:

1. *Simplicity* (kesederhanaan)
Pendokumentasian menggunakan kata-kata yang sederhana, mudah dibaca, dimengerti, dan perlu dihindari istilah yang dibuat-buat sehingga mudah dibaca.
2. *Conservatism* (akurat)
Dokumentasi harus benar-benar akurat yaitu didasari oleh informasi dari data yang dikumpulkan. Dengan demikian jelas bahwa data tersebut berasal dari pasien, sehingga dapat dihindari kesimpulan yang tidak akurat. Sebagai akhir catatan ada tanda tangan dan nama jelas pemberi asuhan.
3. Kesabaran
Gunakan kesabaran dalam membuat dokumentasi dengan meluangkan waktu untuk memeriksa kebenaran terhadap data pasien yang telah atau sedang diperiksa.
4. *Precision* (ketepatan)
Ketepatan dalam pendokumentasian merupakan syarat yang sangat diperlukan. Untuk memperoleh ketepatan perlu pemeriksaan dengan menggunakan

teknologi yang lebih tinggi seperti menilai gambaran klinis dari pasien, laboratorium dan pemeriksaan tambahan.

5. *Irrefutability* (jelas dan obyektif)
Dokumentasi memerlukan kejelasan dan objektivitas dari data-data yang ada, bukan data samaran yang dapat menimbulkan kerancuan.
6. *Confidentiality* (rahasia)
Informasi yang didapat dari pasien didokumentasikan dan petugas wajib menjaga atau melindungi rahasia pasien yang bersangkutan.
7. Dapat dibuat catatan secara singkat, kemudian dipindahkan secara lengkap (dengan nama dan identifikasi yang jelas)
Tidak mencatat tindakan yang belum dilaksanakan.
8. Hasil observasi atau perubahan yang nyata harus segera dicatat
Dalam keadaan emergensi dan bidannya terlibat langsung dalam tindakan, perlu ditugaskan seseorang khusus untuk mencatat semua tindakan secara berurutan.
9. Selalu tulis nama jelas dan jam serta tanggal tindakan dilaksanakan

E. ASPEK LEGAL DALAM DOKUMENTASI

Rekam medis yang mudah di baca 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.

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 juga harus dimasukkan dalam catatan tersebut.

Aspek legal dalam pendokumentasian kebidanan terdapat 2 tipe tindakan legal:

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

Menurut hukum jika sesuatu tidak di dokumentasikan berarti pihak yang bertanggung jawab tidak melakukan apa yang seharusnya di lakukan. Jika bidan tidak melaksanakan atau tidak menyelesaikan suatu aktifitas atau mendokumentasikan secara tidak benar, dia bisa di tuntutan melakukan mal praktik. Dokumentasi kebidanan harus dapat dipercaya secara legal, yaitu harus memberikan laporan yang akurat mengenai perawatan yang diterima klien.

F. MANFAAT DOKUMENTASI

Beberapa manfaat dokumentasi ditinjau dari berbagai aspek antara lain yaitu:

1. Aspek Administrasi
 - a. Untuk mendefinisikan fokus asuhan bagi klien

atau kelompok

- b. Untuk membedakan tanggung gugat bidan dari tanggung gugat anggota tim pelayanan kesehatan yang lain
- c. Untuk memberikan penelaahan dan pengevaluasian asuhan (perbaikan kualitas)
- d. Untuk memberikan kriteria klasifikasi pasien
- e. Untuk memberikan justifikasi
- f. Untuk memberikan data guna tinjauan administratif dan legal
- g. Untuk memenuhi persyaratan hukum, akreditasi dan professional
- h. Untuk memberikan data penelitian dan tujuan pendidikan

2. Aspek Hukum

Semua catatan informasi tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Bila terjadi suatu masalah yang berhubungan dengan profesi kebidanan, dimana bidan sebagai pemberi jasa dan klien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu-waktu. Dokumentasi tersebut dapat dipergunakan sebagai barang bukti di pengadilan. Oleh karena itu data-data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif, dan ditandatangani oleh pemberi asuhan, tanggal dan perlunya dihindari adanya penulisan yang dapat menimbulkan interpretasi yang salah

3. Aspek Pendidikan

Dokumentasi mempunyai manfaat pendidikan karena isinya menyangkut kronologis dari kegiatan asuhan

yang dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pembelajaran bagi siswa atau profesi.

4. Aspek Penelitian

Dokumentasi mempunyai manfaat penelitian. Data yang terdapat di dalamnya mengandung informasi yang dapat dijadikan sebagai bahan atau objek riset dan pengembangan profesi.

5. Aspek Ekonomi

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

6. Aspek Manajemen

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

2

TEKNIK PENDOKUMENTASIAN

Teknik pendokumentasian adalah cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan. Ada 2 (dua) macam teknik pendokumentasian, yaitu:

A. NARATIVE

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

Berhubung sifatnya terbuka catatan naratif (orientasi pada sumber data) sehingga dapat digunakan pada setiap kondisi

klinis. Tidak adanya struktur yang harus diikuti memungkinkan bidan mendokumentasikan hasil observasinya yang relevan dengan kejadian kronologis.

Teknik narrative merupakan teknik yang dipakai untuk mencatat perkembangan pasien dari hari ke hari dalam bentuk narasi, yang mempunyai beberapa keuntungan dan kerugian yaitu:

1. Keuntungan

- a. Membuat dokumentasi yang kronologis sehingga membantu menginterpretasikan atau penafsiran secara berurutan dari kejadian asuhan/tindakan yang dilakukan (setiap masalah minimal ditulis satu kali setiap giliran jaga dan setiap masalah di beri nomor sesuai waktu yang ditemukan)
- b. Memberi kebebasan kepada petugas (bidan) untuk memilih dan mencatat bagaimana informasi yang akan dicatat menurut gaya yang disukainya (catatan menunjukkan kredibilitas profesional)
- c. Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan outcomes (proses pencatatan sederhana).
- d. Mudah ditulis dan sudah di kenal bidan.
- e. Bila di tulis secara tepat dapat mencakup seluruh kondisi pasien
- f. Mudah di kombinasi dengan model lain

2. Kerugian

- a. Memungkinkan terjadinya fragmentasi kata-kata yang berlebihan, kata yang tidak berarti,
- b. Pengulangan dibutuhkan dari setiap sumber sehingga terjadi tumpang tindih.

- c. Membutuhkan waktu yang panjang untuk menulis dan membaca catatan tersebut.
- d. Pencatatan yang tidak terstruktur dapat menjadikan data simpang siur.
- e. Terkadang sulit untuk memperoleh kembali informasi tanpa mereview catatan tersebut.
- f. Memerlukan review catatan dari sebagian sumber untuk menentukan kondisi pasien secara keseluruhan.
- g. Pencatatan terbatas pada kemampuan bidan dalam mengungkapkan data yang diperoleh.
- h. Urutan kejadian atau kronologis dapat menjadi lebih sulit diinterpretasikan karena informasi yang berhubungan mungkin tidak didokumentasikan ditempat yang sama.

3. Pedoman dalam teknik narrative :

- a. Gunakan batasan-batasan standar.
- b. Ikuti langkah-langkah proses asuhan
- c. Buat suatu periode waktu tentang kapan petugas melakukan tindakan
- d. Catat pernyataan evaluasi pada waktu khusus

Pendokumentasian dengan teknik naratif terdiri dari 6 bagian, yaitu :

- a. Lembar penerimaan
- b. Lembar muka
- c. Lembar instruksi dari dokter
- d. Lembar riwayat penyakit
- e. Lembar catatan perawat
- f. Lembar catatan lainnya

Contoh pencatatan naratif: (Tanggal 12 Mei 2004, di KIA puskesmas)

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

B. FLOW SHEET

Flow sheet merupakan salah satu bentuk catatan perkembangan yang berisi hasil observasi dan tindakan. *Flow sheet* memungkinkan petugas untuk mencatat hasil observasi atau pengukuran yang dilakukan secara berulang yang tidak perlu ditulis secara naratif, termasuk data klinik klien. *Flow sheet* merupakan cara tercepat dan paling efisien untuk mencatat informasi, selain itu tenaga kesehatan akan dengan mudah mengetahui keadaan klien hanya dengan melihat grafik yang terdapat pada *flow sheet*. *Flow sheet* atau checklist biasanya lebih sering digunakan di unit gawat darurat.

1. Keuntungan

- Meningkatkan kualitas pencatatan observasi
- Memperkuat aspek legal
- Memperkuat atau menghargai standar asuhan
- Menjadikan dokumentasi kebidanan lebih tepat
- Mengurangi fragmentasi data pasien dan asuhan

- Membatasi narasi yang terlalu luas

2. Kerugian

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

3. Syarat lembar alur/flow sheet/checklist

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

- Perhatikan dan ikuti petunjuk menggunakan format khusus
- Lengkapi format dengan kata kunci
- Gunakan tanda cek (V) atau (X) pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter telah diobservasi/diintervensi
- Jangan tinggalkan lembar checklist dalam keadaan kosong. Tulis 0 untuk mengidentifikasi bahwa parameter tidak diobservasi
- Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan
- Pertahankan agar letak lembar alur tepat dilokasi yang tersedia (rekam medis)
- Beri tanda tangan dan nama jelas pemberi asuhan
- Dokumentasikan waktu dan tanggal data masuk
- Catatan ini dibuat secara singkat dan jelas serta mengandung elemen
- Kolom untuk menempatkan tanda *checklist*
- Inisial orang yang melakukan pengkajian

- l. Tanda tangan orang yang melakukan pengkajian
- m. Tanggal dan waktu saat memasukkan data.[]

3

MODEL PENDOKUMENTASIAN

Model Pendokumentasian adalah merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan. Ada beberapa model pendokumentasian yaitu model pendokumentasian secara POR (*Problem Oriented Record*), SOR (*Source Oriented Record*), CBE (*Charting By Exception*), Kardeks dan Komputer.

A. POR (*Problem Oriented Record*)

Pendekatan orientasi masalah pertama kali dikenalkan oleh Dr. Lawrence Weed tahun 1960 dari Amerika Serikat yang kemudian disesuaikan pemakaiannya oleh perawat. Dalam format aslinya pendekatan orientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi dengan sistem ini semua tim petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah. Pelaksanaan dari Pendekatan Orientasi Masalah ini (PORS), dapat disamakan dengan membuat satu sebagai bab-bab dari buku-buku tersebut. Beberapa istilah yang berhubungan dengan sistem pencatatan

ini yaitu: *PORS: Problem Oriented Record*, juga dikenal sebagai orientasi pada masalah *POR: Problem Oriented Record* *POMR: Problem Oriented Medical Record* *PONR: Problem Oriented Nursing Record*, yaitu Metode untuk menyusun data pasien yang diatur untuk mengidentifikasi masalah keperawatan dan medical Model ini memusatkan data tentang klien didokumentasikan dan disusun menurut masalah klien. Sistem dokumentasi jenis ini mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang dikumpulkan oleh dokter, perawat atau tenaga kesehatan lain yang terlibat dalam pemberian layanan kepada klien. Model dokumentasi ini terdiri dari empat komponen, yaitu :

1. Data Dasar

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

2. Daftar Masalah

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

nomor, dirumuskan dan dicantumkan nama orang yang menemukan masalah tersebut.

3. Daftar Awal Rencana Asuhan

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

4. Catatan Perkembangan (*Progress Notes*)

Progress Notes berisikan perkembangan/kemajuan dari tiap-tiap masalah yang telah dilakukan tindakan dan disusun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama. Beberapa acuan *progress note* dapat digunakan antara lain: *SOAP* (Subyektif data, Obyektif data, Analisis/*Assesment* dan *Plan*) *SOAPIER* (*SOAP* ditambah *Intervensi*, *Evaluasi* dan *Revisi*) *PIE* (*Problem - Intervensi - Evaluasi*).

Keuntungan dari metode ini antara lain:

1. Fokus catatan asuhan keperawatan lebih menekankan pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi
2. Pencatatan tentang kontinuitas dari asuhan keperawatan
3. Evaluasi dan penyelesaian masalah secara jelas dicatat. Data disusun berdasarkan masalah yang spesifik
4. Daftar masalah merupakan "*checklist*" untuk diagnosa keperawatan dan untuk masalah klien. Daftar masalah tersebut membantu mengingatkan perawat untuk suatu perhatian
5. Data yang perlu diintervensi dijabarkan dalam rencana tindakan keperawatan

Kerugian dari metode ini antara lain :

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

B. SOR (Source Oriented Record)

Model ini menempatkan catatan atas dasar disiplin orang atau sumber yang mengelola pencatatan. Dokumentasi dibuat dengan cara setiap anggota tim kesehatan membuat catatan sendiri dari hasil observasi. Kemudian, semua hasil dokumentasi dikumpulkan jadi satu. Sehingga masing-masing anggota tim kesehatan melaksanakan kegiatan sendiri tanpa tergantung anggota tim kesehatan yang lain. Misalnya, kumpulan dokumentasi yang bersumber dari dokter, bidan, perawat, fisioterapi, ahli gizi, dan lain-lain. Dokter menggunakan lembar untuk mencatat instruksi, lembaran riwayat penyakit dan perkembangan penyakit. Bidan menggunakan catatan

kebidanan, begitu pula disiplin lain mempunyai catatan masing-masing.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri dari lima komponen, yaitu :

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

Keuntungan dan Kerugian Menggunakan SOR adalah:

a. Keuntungan :

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

b. Kerugian :

- 1) Potensial terjadinya pengumpulan data yang terfragmentasi karena tidak berdasarkan urutan waktu
- 2) Kadang-kadang mengalami kesulitan untuk mencari data sebelumnya, tanpa harus mengulang pada awal
- 3) Superficial pencatatan tanpa data yang jelas
- 4) Memerlukan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan tindakan kepada klien

- 5) Waktu pemberian asuhan memerlukan waktu yang banyak
- 6) Data yang berurutan mungkin menyulitkan dalam interpretasi/analisa
- 7) Perkembangan klien sulit di monitor.

C. CBE (*Charting By Exemption*)

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

CBE mengintegrasikan 3 komponen penting, yaitu :

1. Lembar alur (*flow sheet*)
2. Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik
3. Formulir diletakkan di tempat tidur klien sehingga dapat segera digunakan untuk pencatatan dan tidak perlu memindahkan data

Keuntungan dan kerugian Menggunakan CBE adalah:

a. Keuntungan :

- 1) Tersusunnya standar minimal untuk pengkajian dan intervensi
- 2) Data yang tidak normal nampak jelas
- 3) Data yang tidak normal secara mudah ditandai dan dipahami

- 4) Data normal atau respon yang diharapkan tidak mengganggu informasi lain
- 5) Menghemat waktu karena catatan rutin dan observasi tidak perlu dituliskan
- 6) Pencatatan dan duplikasi dapat dikurangi
- 7) Data klien dapat dicatat pada format klien secepatnya
- 8) Informasi terbaru dapat diletakkan pada tempat tidur klien
- 9) Jumlah halaman lebih sedikit digunakan dalam dokumentasi
- 10) Rencana tindakan keperawatan disimpan sebagai catatan yang permanen.

b. Kerugian

- 1) Pencatatan secara narasi sangat singkat. Sangat tergantung pada "*checklist*"
- 2) Kemungkinan ada pencatatan yang masih kosong atau tidak ada
- 3) Pencatatan rutin sering diabaikan
- 4) Adanya pencatatan kejadian yang tidak semuanya didokumentasikan
- 5) Tidak mengkomodasikan pencatatan disiplin ilmu lain
- 6) Dokumentasi proses keperawatan tidak selalu berhubungan dengan adanya suatu kejadian.

Pedoman Penulisan CBE :

- a) Data dasar dicatat untuk setiap klien dan disimpan sebagai catatan yang permanen
- b) Daftar diagnosa keperawatan disusun dan ditulis pada

- waktu masuk rumah sakit dan menyediakan daftar isi untuk semua diagnosa keperawatan
- c) Ringkasan pulang ditulis untuk setiap diagnosa keperawatan pada saat klien pulang
 - d) SOAPIER digunakan sebagai catatan respon klien terhadap intervensi melalui tempat tinggal klien
 - e) Data diagnosa keperawatan dan perencanaan dapat dikembangkan
 - f) Kartu KARDEKS dan rencana tindakan dikembangkan setiap klien

D. KARDEKS

Model kardeks merupakan model dokumentasi tradisional yang dipergunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam satu buku. Catatan atau informasi yang didapatkan pada kardeks diantaranya data pasien yang meliputi nama, alamat, status perkawinan, tanggal lahir, status sosial, agama dan kepercayaan; diagnosis kebidanan serta prioritas masalah; dan data pengobatan yang sedang dilakukan meliputi perawatan, pengobatan, diet, terapi, intravena, konsultasi, dan data tes diagnostik jadwal lengkap dengan hasil serta kegiatan-kegiatan yang diperbolehkan untuk dilakukan (kegiatan sehari-hari). dalam penerapannya kardeks juga memiliki beberapa kelemahan seperti tidak diisi lengkap, tidak cukup ruang dalam memasukkan data yang diperlukan, tidak selalu diperbaharui, dan telah dibaca bidan sebelum mereka memberikan pelayanan atau asuhan kebidanan.

E. CPR (COMPUTER BASED PATIENT RECORD)

Model ini menggunakan sistem komputer dalam melakukan dokumentasi kebidanan, berupa segala bentuk catatan/

dokumentasi terprogram secara jelas sehingga memudahkan dalam proses penegakan diagnosis dan mengurangi kegiatan pencatatan secara tradisional. Beberapa pertimbangan dalam menggunakan CPR ini adalah karena jumlah data yang dikumpulkan tentang kesehatan seseorang sangatlah banyak dan metode ini merupakan penghantaran informasi yang lebih efisien dan efektif. Dalam aplikasinya terdapat beberapa keuntungan dan kerugian menggunakan CPR.

Keuntungan menggunakan CPR antara lain :

1. Catatan dapat dibaca
2. Catatan selalu siap sedia
3. Produktifitas bidan membaik
4. Mengurangi kerusakan catatan
5. Menunjang proses asuhan kebidanan
6. Mengurangi dokumentasi yang berlebihan
7. Catatan kebidanan terkategori
8. Laporan tercetak secara otomatis
9. Dokumentasi tercatat sesuai asuhan kebidanan
10. Ketersediaan data
11. Pencegahan kesalahan pemberian obat
12. Mempermudah penetapan biaya

Kerugian menggunakan CPR antara lain :

1. Biaya tinggi
2. Keterbatasan dalam format pencatatan
3. Kesulitan melepas lembar kerja
4. Masalah keamanan dan kerahasiaan informasi pasien

4

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN

A. KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN

Menurut Varney H bahwa dalam melakukan manajemen kebidanan, bidan harus memiliki kemampuan berfikir secara kritis untuk menegakkan diagnosis atau masalah potensial kebidanan. Selain itu diperlukan pula kemampuan kolaborasi atau kerja sama. Hal ini dapat digunakan sebagai dasar dalam perencanaan kebidanan selanjutnya, langkah-langkah dalam proses manajemen adalah sebagai berikut:

Lima langkah asuhan kebidanan :

1. Pengkajian Data asuhan Kebidanan

Dalam tahap ini data atau fakta yang dikumpulkan adalah data subjektif dan/atau data objektif dari pasien. Bidan dapat mencatat hasil penemuan data dalam catatan harian sebelum didokumentasikan.

a. Data Subjektif

Informasi yang dicatat mencakup identitas, keluhan

yang diperoleh dari hasil wawancara langsung kepada pasien/klien (anamnesis) atau dari keluarga dan tenaga kesehatan (*allo anamnesis*)

b. Data Objektif

Penunjang; hasil laboratorium seperti VRDL, HIV, pemeriksaan radiodiagnostik, ataupun USG yang dilakukan sesuai dengan berrnya masalah.

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

2. Penentuan diagnosis kebidanan

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

Penentuan diagnosis Bidan mencakup hal-hal sebagai berikut:

a. Kondisi pasien terkait dan masalahnya.

b. Masalah utama dan penyebab utamanya terhadap risiko

c. Masalah potensial

d. Prognosis

Tiga jenis pedoman dalam mencatat diagnosis kebidanan adalah sebagai berikut :

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

3. Perencanaan

Berdasarkan diagnosis yang ditegakkan bidan dalam mencatat rencana kegiatannya, maka rencana kegiatan mencakup tujuan dan langkah-langkah yang akan dilakukan Bidan dalam melakukan intervensi dalam rangka memecahkan masalah termasuk rencana evaluasi. Berdasarkan hasil tersebut, maka langkah penulisan rencana kegiatan adalah sebagai berikut :

- a. Mencatat tujuan tindakan yang akan dilakukan.
- b. Mengemukakan sasaran dan hasil yang akan dicapai dalam tujuan tersebut.
- c. Mencatat langkah-langkah tindakan yang sesuai dengan masalah dan tujuan yang akan dicapai. Langkah-langkah tindakan mencakup kegiatan yang dilakukan secara mandiri, kegiatan kolaborasi, ataupun rujukan sesuai dengan tujuan masing-masing yang telah ditentukan.

d. Mencatat kriteria evaluasi dan keberhasilan

Dalam rencana kegiatan juga dicatat kriteria evaluasi dan keberhasilan tindakan. Kriteria evaluasi dan hasil tindakan perlu dicatat untuk mengukur keberhasilan dari pelaksanaan asuhan yang dilakukan. Bila kegiatan asuhan mengikuti kriteria dan mencapai hasil yang telah ditetapkan, maka masalah telah dapat diatasi dan apabila terjadi kesenjangan atau ketidak sesuaian, maka bidan harus kembali ke langkah pertama.

4. Pelaksanaan

Dalam melaksanakan rencana asuhan kebidanan, bidan harus bertindak sesuai rencana yang sudah ditentukan. Pencatatan dalam pelaksanaan juga termasuk penanganan kasus-kasus yang memerlukan tindakan diluar wewenang bidan sehingga perlu dilakukan kegiatan kolaborasi atau rujukan. Selain itu, pengawasan dan monitor kemajuan kesehatan pasien juga perlu dicatat.

5. Evaluasi

Dalam evaluasi kegiatan yang perlu dilaksanakan adalah mencatat proses manajemen kebidanan. Evaluasi diperoleh dari tindakan pengukuran antara keberhasilan dan rencana. Evaluasi juga dilakukan dengan membandingkan keberhasilan dengan langkah-langkah manajemen lainnya. Hasil evaluasi dapat dijadikan identifikasi atau analisis masalah selanjutnya bila diperlukan.

Langkah-langkah asuhan kebidanan menurut Varney (1997), yaitu sebagai berikut:

1. Pengumpulan data dasar

Langkah ini dilakukan dengan melakukan pengkajian melalui proses pengumpulan data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan pasien secara lengkap seperti riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan,

peninjauan catatan terbaru atau catatan sebelumnya, data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil study. semua data dikumpulkan dari semua sumber yang berhubungan dengan kondisi pasien.

2. Interpretasi data dasar

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi data secara benar terhadap diagnosis atau masalah kebutuhan pasien. Masalah atau diagnosis yang spesifik dapat ditemukan berdasarkan interpretasi yang benar terhadap data dasar. Selain itu, sudah terfikirkan perencanaan yang dibutuhkan terhadap masalah. Sebagai contoh masalah yang menyertai diagnosis seperti diagnosis kemungkinan wanita hamil, maka masalah yang berhubungan adalah wanita tersebut mungkin tidak menginginkan kehamilannya atau apabila wanita hamil tersebut masuk trimester tiga, maka masalah yang kemungkinan dapat muncul adalah takut untuk menghadapi proses persalinan dan melahirkan.

3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Langkah ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah atau diagnosis masalah yang lain berdasarkan beberapa masalah dan diagnosis yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi yang cukup dan apabila memungkinkan dilakukan proses pencegahan atau dalam kondisi tertentu pasien membutuhkan tindakan segera.

Di bawah ini contoh daftar nomenklatur diagnosis kebidanan:

No	Nama Diagnosis	No	Nama Diagnosis
1	Kehamilan normal	36	Infertio uteri
2	Partus normal	37	Bayi besar
3	Syok	38	Malaria berat dengan komplikasi
4	Denyut jantung janin tidak normal	39	Malaria ringan tanpa komplikasi
5	Abortus	40	Mekonium
6	Solusio plasenta	41	Meningitis
7	Akut pielonefritis	42	Metritis
8	Amnionitis	43	Migren
9	Anemia berat	44	Kehamilan mola
10	Apendisitis	45	Kehamilan ganda
11	Atonia uteri	46	Partus macet
12	Postpartum normal	47	Posisi occiput posterior
13	Infeksi mammae	48	Posisi oksiput melintang
14	Pembengkakan mammae	49	Kista ovarium
15	Presentasi bokong	50	Abses pelvik
16	Asma bronchiale	51	Peritonitis
17	Presentasi dagu	52	Plasenta previa
18	Disproporsi kepala pelvik	53	Pneumonia
19	Hipertensi kronik	54	Preeklampsia berat atau ringan
20	Koagulopati	55	Hipertensi karena kehamilan
21	Presentasi ganda	56	Ketuban pecah dini
22	Cystitis	57	Partus prematuritas

23	Eklampsia	58	Prolapsus talipusat
24	Kehamilan ektopik	59	Partus fase laten lama
25	Ensefalitis	60	Partus kala dua lama
26	Epilepsi	61	Retensio plasenta
27	Hidramnion	62	Retensio sisa plasenta
28	Presentasi muka	63	Ruptura uteri
29	Persalinan semu	64	Bekas luka uteri
30	Kematian janin	65	Presentasi bahu
31	Hemoragik antepartum	66	Distosia bahu
32	Hemoragik postpartum	67	Robekan servik dan vagina
33	Gagal jantung	68	Tetanus
34	Inertia uteri	69	Letak lintang
35	Infeksi luka		

Sumber : WHO-UNFPA, 2000

4. Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
Tahap ini dilakukan oleh bidan dengan melakukan identifikasi dan menetapkan beberapa kebutuhan setelah diagnosis dan masalah ditegakkan. Kegiatan bidan pada tahap ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan.
5. Perencanaan asuhan secara menyeluruh
Setelah beberapa kebutuhan pasien ditetapkan, diperlukan perencanaan secara menyeluruh terhadap masalah dan diagnosis yang ada. Dalam proses perencanaan asuhan secara menyeluruh juga dilakukan identifikasi beberapa data yang tidak lengkap agar pelaksanaan secara menyeluruh dapat berhasil.
6. Pelaksanaan perencanaan
Tahap ini merupakan tahap pelaksana dari semua rencana

sebelumnya, baik terhadap masalah pasien ataupun diagnosis yang ditegakkan. Pelaksanaan ini dapat dilakukan oleh bidan secara mandiri maupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

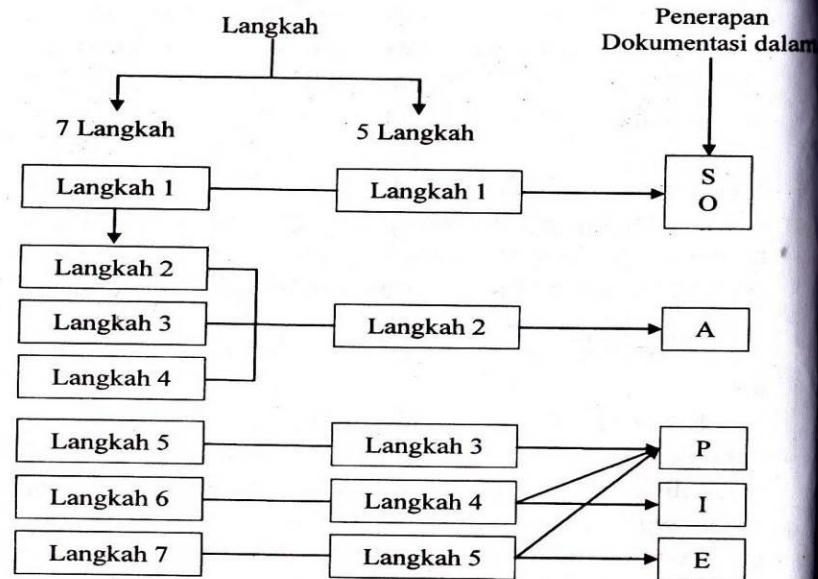
7. Evaluasi

Merupakan tahap terakhir dalam manajemen kebidanan yakni dengan melakukan evaluasi dari perencanaan maupun pelaksanaan yang dilakukan bidan. Evaluasi sebagai bagian dari proses yang dilakukan terus menerus untuk meningkatkan pelayanan secara komprehensif dan selalu berubah sesuai dengan kondisi atau kebutuhan klien.

Evaluasi ini sangat dibutuhkan untuk menunjang keberhasilan penerapan manajemen kebidanan. Evaluasi yang dilakukan terus menerus dan terencana akan mendapatkan hasil yang sesuai diharapkan. Pelaksanaan evaluasi dilakukan sendiri ataupun dapat juga dilakukan bersama-sama. Kegunaan evaluasi sangatlah banyak. Dengan melakukan evaluasi kita dapat merencanakan langkah kedepan yang lebih baik. Melalui evaluasi pula kita dapat menentukan program berikutnya.

Evaluasi juga sebagai upaya memberikan penilaian terhadap manajemen kebidanan ataupun suatu kegiatan yang sedang dijalankan. Asuhan kebidanan perlu dievaluasi untuk meningkatkan kualitas asuhan yang akan diberikan berikutnya. Disamping itu dapat pula dipakai sebagai rujukan dalam memberikan laporan yang tepat.

Dalam praktiknya, langkah-langkah asuhan kebidanan tersebut ditulis dengan menggunakan SOAP, sebagaimana contoh berikut.



B. PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN METODE SOAP

Tujuan Instruksional :

Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa atau pembaca mampu :

- Menjelaskan Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Metode SOAP

Menurut Thomas (1994 cit. Muslihatun, dkk, 2009), dokumentasi adalah catatan tentang interaksi antara tenaga kesehatan, pasien, keluarga pasien, dan tim kesehatan

tentang hasil pemeriksaan, prosedur tindakan, pengobatan pada pasien, dan respon pasien terhadap semua asuhan yang telah diberikan.

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian mengenai asuhan yang telah dan akan dilakukan pada seorang pasien, didalamnya tersirat proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah- langkah manajemen kebidanan.

Pendokumentasian atau catatan manajemen kebidanan dapat diterapkan dengan metode SOAP.

Uraian dari metode SOAP adalah :

S : adalah data subyektif

O : adalah data obyektif

A : adalah analysis / assessment

P : adalah planning

Uraian di atas merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan singkat. Prinsip dari metode SOAP ini merupakan proses pemikiran penatalaksanaan manajemen kebidanan.

S = DATA SUBYEKTIF

Data subyektif (S), merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui anamnesis. Data subyektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang pasien. Ekspresi pasien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis.

Data subyektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

Pada pasien yang bisu, dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa pasien adalah penderita tuna wicara.

O = DATA OBYEKTIF

Data obyektif (O) merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney pertama adalah pengkajian data, terutama data yang diperoleh melalui hasil observasi yang jujur dari pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data obyektif ini. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis pasien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

A = ANALYSIS ATAU ASSESSMENT

Analysis atau *assessment* (A), merupakan pendokumentasian hasil analysis dan interpretasi (kesimpulan) dari data subyektif dan obyektif. Dalam pendokumentasian manajemen kebidanan. Karena keadaan pasien yang setiap saat bias mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subyektif maupun data obyektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Hal ini juga menuntut bidan untuk sering melakukan analysis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan pasien. Analysis yang tepat dan akurat akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada pasien, sehingga dapat diambil keputusan atau tindakan yang tepat.

Analysis atau *assessment* merupakan pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kedua, ketiga dan keempat sehingga mencakup hal-hal berikut ini diagnosis/ masalah kebidanan, diagnosis/ masalah potensial serta perlunya mengidentifikasi kebutuhan tindakan segera harus diidentifikasi menurut kewenangan bidan, meliputi tindakan mandiri, tindakan kolaborasi dan tindakan merujuk klien.

P = PLANNING

Planning atau perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data.

Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu pasien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

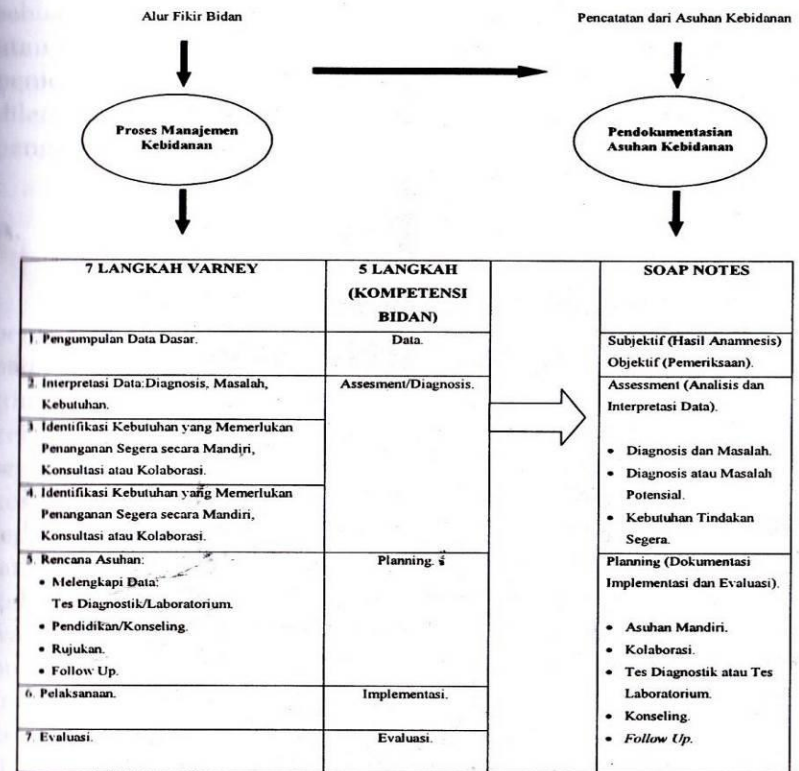
Meskipun secara istilah, P adalah *planning* atau perencanaan saja, namun P dalam metode SOAP ini juga merupakan gambaran pendokumentasian implementasi dan evaluasi. Dengan kata lain, P dalam metode SOAP meliputi pendokumentasian manajemen kebidanan menurut Helen Varney langkah kelima, keenam dan ketujuh.

Pendokumentasian P dan SOAP ini, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun

sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah pasien.

Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh pasien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan pasien. Sebanyak mungkin pasien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondispasien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

Dalam *planning* ini juga harus mencantumkan *evaluation* / evaluasi, yaitu tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektifitas asuhan / hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan / asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan. Untuk mendokumentasikan proses evaluasi ini, diperlukan sebuah catatan perkembangan, dengan tetap mengacu pada metode SOAP.



Gambar 5.2. Keterkaitan antara manajemen kebidanan dan sisten pendokumentasian SOAP (Sumber: Depkes RI, 2003)

5

RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN

Format pengkajian data pada pasien masuk dirancang secara tradisional untuk mengumpulkan informasi yang sesuai dengan sistem tubuh, sistem tubuh yang dikaji secara khusus adalah: mata, hidung, tenggorokan, sistem respiratorius, sistem integumen, sistem reproduksi, sistem genitourinarius, sistem kardiovaskuler, sistem muskuloskeletal, sistem neurologi, dan sistem gastrointestinal.

Format pengkajian terbagi menjadi tiga bentuk, yaitu: format pengkajian terbuka, format pengkajian tertutup, dan format pengkajian fisik. Format pengkajian terbuka umumnya berupa daftar sistem diikuti baris-baris kosong sebagai tempat bidan menuliskan informasi tentang keluhan spesifik pasien dan gejala-gejala yang disangkal pasien. Teknik pendokumentasian format terbuka ini umumnya teknik naratif. Format pengkajian tertutup berisi petunjuk spesifik atas pertanyaan-pertanyaan yang dirancang untuk mengkaji setiap sistem tubuh. Format tersebut

umumnya berisi sejumlah gejala pada setiap sistem tubuh, disertai sebuah kotak untuk diberi tanda sesuai tanda yang ditemukan atau disangkal pasien serta ada ruang kosong guna menuliskan penjelasan detail gejala setiap sistem. Format pengkajian fisik dilengkapi dengan bagian untuk mendokumentasikan hasil pengkajian fisik pasien.

A. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu hamil merupakan bentuk catatan dari hasil asuhan kebidanan yang dilaksanakan pada ibu hamil, yakni mulai dari trimester I sampai dengan trimester III yang meliputi pengkajian, pembuatan diagnosis kebidanan, pengidentifikasian masalah terhadap tindakan segera dan melakukan kolaborasi dengan dokter atau tenaga kesehatan lain serta menyusun asuhan kebidanan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya. Lingkup dari masalah ini adalah masalah kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin dengan waktu kurang lebih 280 hari (kurang lebih 40 minggu) atau 9 bulan 7 hari yang terbagi atas tiga trimester, yakni trimester I (mulai awal kehamilan sampai 14 minggu), trimester II (antara kehamilan 14 minggu sampai dengan 28 minggu) dan trimester III (antara kehamilan 28 minggu sampai kehamilan 36 minggu atau sesudah 36 minggu).

1. Pengertian pelayanan antenatal

Pelayanan antenatal adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada ibu selama masa kehamilannya sesuai dengan standar pelayanan antenatal yang sudah ditetapkan (Sunarsih, 2005)

2. Tujuan pelayanan antenatal

Tujuan umum pelayanan antenatal care adalah menyiapkan seoptimal mungkin fisik dan mental ibu dan anak selama dalam kehamilan, persalinan, dan nifas, sehingga didapatkan ibu dan anak yang sehat. Sedangkan tujuan khususnya adalah :

- Mengenali dan menangani penyulit-penyulit yang mungkin dijumpai dalam kehamilan, persalinan, dan nifas.
- Mengenali dan mengobati penyakit yang mungkin diderita sedini mungkin.
- Menurunkan angka morbiditas dan mortalitas ibu dan anak.
- Memberikan nasehat tentang cara hidup sehari-hari dan keluarga berencana, kehamilan, persalinan, nifas, dan laktasi (Mochtar, 1998).

Pelayanan antenatal mencakup antara lain:

- Pengawasan kehamilan apakah segalanya berlangsung normal, untuk mendeteksi setiap kelainan yang timbul, dan untuk mengantisipasi semua masalah selama kehamilan, persalinan dan periode postnatal.
- Penyuluhan atau pendidikan mengenai kehamilan dan bagaimana cara-cara mengatasi gejalanya, mengenai diet, perawatan gigi serta gaya hidup.
- Persiapan (baik fisik maupun psikologis) bagi persalinan serta kelahiran, dan pemberian petunjuk mengenai segala aspek dalam perawatan bayi.
- Dukungan jika terdapat masalah-masalah sosial atau psikologis (Farrer, 2001)

Banyak penyulit-penyulit sewaktu hamil dengan pengawasan yang baik dan bermutu dapat diobati dan dicegah sehingga persalinan berjalan mudah dan normal. Apabila suatu tindakan akan diambil, hal ini dilakukan sedini mungkin tanpa menunggu terjadinya komplikasi dan persalinan tidak terlantar.

3. Frekuensi kunjungan antenatal

Pengaturan tradisional tentang waktu kunjungan antenatal pada seorang wanita yang memiliki bayi pertama adalah sebagai berikut :

- Setiap bulan selama 12-28 minggu
- Kunjungan ekstra pada usia kehamilan 18 minggu untuk pelaksanaan USG.
- Setiap 2 minggu sejak usia kehamilan 28 minggu sampai 36 minggu.
- Setiap minggu sampai bayi lahir.

Data rata-rata di atas diperoleh setelah lebih dari 13 kunjungan. Banyak wanita mengeluh bahwa mereka harus menunggu lama hanya untuk memperoleh konsultasi pendek yang sifatnya tidak pribadi dan perawatan yang diulang-ulang. Perubahan di Aberdeen menyebabkan wanita primigravida beresiko rendah rata-rata melakukan 9-10 kunjungan dan wanita multigravida beresiko rendah rata-rata melakukan 6 kunjungan antenatal (Hall, *et.al.*)

Beberapa teknik penulisan dalam dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu hamil (antenatal) antara lain sebagai berikut:

1. Mengumpulkan data

Cara ini dilakukan pertama kali ketika akan memberikan

asuhan kebidanan, yaitu dengan cara melakukan anamnesis pada pasien tentang identitas pasien, data demografi, riwayat kesehatan termasuk faktor hereditas, riwayat menstruasi, riwayat obstetri dan ginekologi, riwayat nifas dan laktasi sebelumnya, serta biopsikospiritual dan pengetahuan pasien. Setelah itu dilakukan pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan serta tanda vital dan selanjutnya melakukan pemeriksaan khusus kehamilan, inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi, serta pemeriksaan penunjang seperti laboratorium, diagnostik (USG dan lain-lain) bila diperlukan.

2. Melakukan interpretasi data dasar

Setelah data dikumpulkan teknik yang kedua adalah melakukan interpretasi terhadap kemungkinan diagnosis dan masalah kebutuhan pasien hamil. Interpretasi data tersebut sebatas lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur atau tata nama diagnosis kebidanan yang diakui oleh profesi dan berhubungan langsung dengan praktik kebidanan, serta didukung oleh pengambilan keputusan klinis (*clinical judgment*) dalam praktik kebidanan yang dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan.

Contoh:

Ny. A hamil 16 minggu, wasir berdarah, dia sedih karena suami tidak menginginkan kehamilan (G2P1A0 hamil 16 minggu).

Masalah:

- a. Wasir berdarah
- b. Sedih karena suami tidak menginginkan kehamilannya.

3. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Cara ini dilakukan dengan mengidentifikasi masalah dan diagnosis potensial berdasarkan diagnosis masalah yang sudah teridentifikasi. Sebagai contoh, siang hari ada seorang wanita datang ke poli KIA, dengan wajah pucat, keringat dingin, tampak kesakitan, mulas hilang timbul, cukup bulan pemuatan perut sesuai hamil, maka bidan berpikir: wanita hamil tersebut inpartu, kehamilan cukup bulan dan adanya anemia.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial

Cara ini dilakukan setelah masalah dan diagnosis potensial diidentifikasi. Penetapan kebutuhan ini dilakukan dengan cara mengantisipasi dan menentukan kebutuhan apa saja yang akan diberikan pada pasien dengan melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lainnya. Sebagai contoh, pada pemeriksaan antenatal ditemukan kadar Hb 9,5 gr% hamil 16 minggu, nafsu makan kurang, adanya fluor albus banyak, warna hijau muda, gatal, dan berbau. Data tersebut dapat menentukan tindakan yang akan dilakukan seperti berkonsultasi atau berkolaborasi dengan tim kesehatan lain dan persiapan untuk menentukan tindakan yang tepat.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Cara ini dilakukan dengan menentukan langkah selanjutnya berdasarkan hasil kajian pada langkah sebelumnya dan apabila ditemukan ada data yang tidak lengkap maka dapat dilengkapi pada tahap ini.

Pembuatan perencanaan asuhan antenatal memiliki

beberapa tujuan antara lain untuk memantau kemauan kehamilan; pemantauan terhadap tumbuh kembang janin; mempertahankan kesehatan fisik, mental, dan sosial; deteksi dini adanya ketidaknormalan; mempersiapkan persalinan cukup bulan dan selamat agar masa nifas normal dan dapat menggunakan ASI eksklusif sehingga mampu mempersiapkan ibu dan keluarga dengan kehadiran bayi baru lahir.

6. Melaksanakan perencanaan

Merupakan tahap pelaksanaan dari semua bentuk rencana tindakan sebelumnya. Tindakan yang dapat dilakukan oleh bidan berdasarkan standar asuhan kebidanan seperti menimbang berat badan, mengukur tekanan darah, mengukur tinggi fundus uteri, imunisasi TT, pemberian tablet zat besi, tes terhadap PMS dan konseling untuk persiapan rujukan. Pelaksanaan pemeriksaan antenatal dilakukan selama kehamilan minimal empat kali kunjungan, yakni satu kali pada trimester I, satu kali trimester II, dan dua kali pada trimester III. Kegiatan yang dilakukan pada trimester I antara lain menjalin hubungan saling percaya, mendeteksi masalah, pencegahan tetanus, anemia, persiapan kelahiran, persiapan menghadapi komplikasi, dan memotivasi hidup sehat. Pada trimester II kegiatannya hampir sama sebagaimana trimester I dan perlu mewaspadai dengan adanya preeklampsia. Sedangkan pada trimester III pelaksanaan kegiatan seperti palpasi abdomen, deteksi letak janin, dan tanda abnormal.

7. Evaluasi

Tahap evaluasi pada antenatal dapat menggunakan bentuk SOAP, sebagai berikut.

S : Data subjektif

Berisi data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

O : Data objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik.

A : Analisis dan interpretasi

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan yang meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.

P : Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut.

(Sumber: Pusat Pengembangan Keperawatan Carolus, 2000)

Contoh format pendokumentasian manajemen kebidanan pada ibu hamil

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

No RM :

Masuk tgl/jam :

I. PENGKAJIAN Tgl/jam.....

A. Data Subyektif

1. Identitas	Istri	Suami
Nama	.....	.....
Umur	.....	.....
Agama	.....	.....

Pendidikan :.....
 Pekerjaan :.....
 Suku/bangsa :.....
 Alamat :.....
 Telp :.....

2. Anamnesa

a. Keluhan Utama

b. Riwayat Perkawinan

Perkawinan ke.....menikah sejak umur.....
 lamaperkawinan.....

c. Riwayat Haid

Menarche.....HPM.....
 HPL.....lama.....
 Teratur/tidak.....Sakit/tidak.....
 Siklus.....

d. Riwayat Obstetrik

G.....P.....A.....Ah.....

no	th	Jenis persalinan	penolong	tempat	H/M	jenis	BB lahir	Komplikasi	ket

e. Riwayat KB

No	PASANG					LEPAS				
	metode	tgl	petugas	tempat	Ket	tgl	petugas	tempat	alasan	Ket

f. Riwayat Kesehatan

- Riwayat Kesehatan Yang Lalu
- Riwayat Kesehatan Sekarang
- Riwayat Kesehatan Keluarga : riwayat persalinan

kembar baik dari keluarga ibu maupun Suami

g. Riwayat Kehamilan Sekarang

ANC di..... sejak umur kehamilan.....

Gerakan pertama kali dirasakan pada umur kehamilan.....

Gerakan janin selama 2 jam

Frekuensi periksa TM I.....TM II.....TM III.....

Senam hamil.....

Riwayat Imunisasi TT Caten :

Imunisasi TT : pernah / tidak

Imunisasi TT I tgl.....TT II Tgl.....

Pendidikan kesehatan yang diperoleh

Trimester	Materi pendidikan kesehatan
I	
II	
III	

Permasalahan dan keluhan dalam kehamilan

Trimester	Masalah / keluhan	Tindakan / therapy
I		
II		
III		

h. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a) Nutrisi

Porsi makan sehari :.....

Jenis :.....

Makanan pantang :.....

Pola minum :.....

Masalah :.....

b) Eliminasi

a) BAK

Frekuensi..... jumlah warna
Keluhan.....

b) BAB

Frekuensi..... jumlah warna
Keluhan.....

c) Istirahat

Siang.....malam.....
Keluhan.....

d) Aktivitas :

e) Personal higiene :

f) Pola seksual :

i. Data Psikososial Spiritual

Tanggapan ibu dan keluarga
terhadap kehamilan ini :

Pengetahuan ibu dan keluarga
tentang kehamilan :

Pengambilan keputusan oleh :

Ketaatan ibu beribadah :

Ibu tinggal bersama :

Hewan piaraan :

Rencana melahirkan di :

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

KU :

Kesadaran :

TB :

BB : Sebelum hamil :

Kunjungan yg lalu :

Sekarang :

LILA :

Vital sign : T:.....N :.....S :.....R :.....

2. Pemeriksaan fisik

Kepala :

Muka :

Mulut :

Gigi :

Mata :

Telinga :

Hidung :

Leher :

Aksila :

Dada :

Payudara :

3. Pemeriksaan Obstetrik

Abdomen: TFU :

LI :

LII :

LIII :

LIV :

TBJ :

DJJ :

Punktum maximum :

Pemeriksaan panggul luar : terutama primigravida (bila
ada indikasi)

Genetalia : Inspeksi / inspekulo (bila ada indikasi)

Ektremitas : oedem, refleks, varises (kanan/ kiri)

4. Pemeriksaan Penunjang

a. USG : tgl .../Hasil

b. Lab :

- a) urine :tgl.....(PP test, Protein, Glukosa, dll)
- b) darah :tgl.....(Hb, Al, HMT, Golongan darah)

II. INTEPRETASI DATA

A. Diagnosa Kebidanan :

- Untuk ibu hamil usia reproduksi sehat :
Contoh :seorang ibu primigravida usia reproduksi sehat hamil ... minggu ... hari keadaan ibu dan janin normal.
- Untuk ibu hamil usia reproduksi tidak sehat (umur <20 th/>35 th) :
Contoh : Seorang ibu primigravida usia reproduksi tidak sehat hamil minggu hari keadaan ibu dan janin normal dgn faktor risiko.
Data Dasar : DS : Ibu mengatakan
DO : VS, LILA, palpasi Leopold, DJJ, Px penunjang

B. Masalah :

Data-data yang ditemukan diluar diagnosa kebidanan dan berhubungan dengan ketidaknyamanan pasien (ex : cemas, KTD, makanan pantang dan penyakit diluar kebidanan, dll)

Data Dasar : DS/DO

III. DIAGNOSA POTENSIAL

Untuk hamil normal tidak ada

Potensial : keadaan yang harus dilakukan dengan segera.

IV. ANTISIPASI MASALAH/ TINDAKAN SEGERA

Untuk hamil normal tidak ada

V. PERENCANAAN

Tanggal/ Jam

VI. PELAKSANAAN

Tanggal/ Jam

VII. EVALUASI

Tanggal/ Jam

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal.....Jam.....

DATA SUBJEKTIF

.....
.....
.....

DATA OBJEKTIF

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ASSESSMENT

.....
.....

PLANNING (Termasuk Pendokumentasian, Implementasi dan Evaluasi

Tanggal.....Jam

B. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Lima Benang Merah dalam Asuhan Persalinan

Ada lima aspek dasar atau Lima Benang Merah, yang penting dan saling terkait dalam asuhan persalinan yang bersih dan aman. Berbagai aspek tersebut melekat pada setiap persalinan, baik normal maupun patologis. Lima Benang Merah tersebut adalah:

- Membuat Keputusan Klinik
- Asuhan Sayang Ibu dan Sayang Bayi
- Pencegahan Infeksi
- Pencatatan (Rekam Medik) asuhan persalinan
- Rujukan

Lima Benang Merah ini akan selalu berlaku dalam penatalaksanaan persalinan, mulai dari kala satu hingga kala empat, termasuk penatalaksanaan bayi baru lahir.

Tujuan Setelah mempelajari bab ini, Bidan diharapkan dapat:

- Memahami langkah-langkah pengambilan keputusan klinik

- Menjelaskan asuhan sayang ibu dan bayi
- Menjelaskan prinsip dan praktik pencegahan infeksi
- Menjelaskan manfaat dan cara pencatatan medik asuhan persalinan
- Menjelaskan hal-hal penting dalam melakukan penyuluhan

Membuat Keputusan Klinik

Membuat keputusan merupakan proses yang menentukan untuk menyelesaikan masalah dan menentukan asuhan yang diperlukan oleh pasien. Keputusan itu harus akurat, komprehensif dan aman, baik bagi pasien dan keluarganya maupun petugas yang memberikan pertolongan. Membuat keputusan klinik tersebut dihasilkan melalui serangkaian proses dan metode yang sistematis, menggunakan informasi dan hasil dari olah kognitif dan intuitif serta dipadukan dengan kajian teoritis dan intervensi berdasarkan bukti (*evidence-based*), keterampilan dan pengalaman yang dikembangkan melalui berbagai tahapan yang logis dan diperlukan dalam upaya untuk menyelesaikan masalah dan terfokus pada pasien (Varney, 1997)

Semua upaya diatas akan bermuara pada bagaimana kinerja dan perilaku yang diharapkan dari seorang pemberi asuhan dalam menjalankan tugas dan pengamalan ilmunya kepada pasien atau klien. Pengetahuan dan keterampilan saja ternyata tidak dapat menjamin asuhan atau pertolongan yang diberikan dapat memberikan hasil maksimal atau memenuhi standar kualitas pelayanan dan harapan pasien apabila tidak disertai dengan perilaku yang terpuji.

Tujuh langkah dalam membuat keputusan klinik:

1. Pengumpulan data utama dan relevan untuk membuat keputusan
2. Menginterpretasikan data dan mengidentifikasi masalah
3. Membuat diagnosis atau menentukan masalah yang terjadi/dihadapi
4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk mengatasi masalah
5. Menyusun rencana pemberian asuhan atau intervensi untuk solusi masalah
6. Melaksanakan asuhan/inter ensi terpilih
7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi

Beberapa teknik penulisan dalam dokumentasi asuhan Ibu Bersalin antara lain sebagai berikut.

1. Pengumpulan Data

Semua pihak yang terlibat mempunyai peranan penting dalam setiap langkah untuk membuat keputusan klinik. Data utama (misalnya, riwayat persalinan), data subyektif yang diperoleh dari anamnesis (misalnya, keluhan pasien), dan data obyektif dari pemeriksaan fisik (misalnya, tekanan darah) diperoleh melalui serangkaian upaya sistematis dan terfokus. Validitas dan akurasi data akan sangat membantu pemberi pelayanan untuk melakukan analisis yang pada akhirnya, akan menghasilkan keputusan klinik yang tepat. Data subyektif adalah informasi yang diceritakan ibu tentang apa yang dirasakannya, apa yang sedang dan telah dialaminya. Data subyektif juga meliputi informasi tambahan yang diceritakan oleh anggota keluarga tentang status ibu, terutama jika ibu merasa sangat nyeri atau sangat

sakit. Data obyektif adalah informasi yang dikumpulkan berdasarkan pemeriksaan/pengamatan terhadap ibu atau bayi baru lahir.

Pengumpulan data dapat dilakukan dengan cara:

- a. Anamnesis dan observasi langsung: Berbicara dengan ibu, mengajukan pertanyaan-pertanyaan mengenai kondisidan mencatat riwayat kesehatan ibu. Termasuk juga mengamati perilaku ibu dan apakah ibu terlihat sehat atau sakit, merasa nyaman atau nyeri.
 - b. Pemeriksaan fisik: inspeksi, palpasi, auskultasi, dan perkusi
 - c. Pemeriksaan penunjang: pemeriksaan laboratorium, USG, Rontgen, dsb.
 - d. Catatan medik.
2. Interpretasi data untuk mendukung diagnosis atau identifikasi masalah

Setelah data dikumpulkan, penolong persalinan melakukan analisis dan mengikuti algoritma diagnosis. Peralihan dari analisis data menuju pada pembuatan diagnosis bukanlah suatu proses yang linier (berada pada suatu garis lurus) melainkan suatu proses sirkuler (melingkar) yang berlangsung terus-menerus. Suatu diagnosis kerja diuji dan dipertegas atau dikaji ulang berdasarkan pengamatan dan pengumpulan data secara terus-menerus.

Untuk identifikasi masalah dan membuat diagnosis, diperlukan:

- a. Data yang lengkap dan akurat
- b. Kemampuan untuk menginterpretasi/analisis data
- c. Pengetahuan esensial, intuisi dan pengalaman yang

relevan dengan masalah yang ada

Diagnosis dibuat sesuai dengan istilah atau nomenklatur spesifik kebidanan yang mengacu pada data utama, analisis data subyektif dan obyektif yang diperoleh. Diagnosis menunjukkan variasi kondisi yang berkisar antara normal dan patologik yang memerlukan upaya korektif untuk menyelesaikannya. Masalah dapat memiliki dimensi yang luas dan mungkin berada di luar konteks sehingga keterkaitan atau batasannya menjadi tidak jelas untuk diagnosis yang akan dibuat sehingga sulit untuk segera diselesaikan. Masalah obstetrik merupakan bagian dari diagnosis sehingga selain upaya korektif dalam penatalaksanaan, juga diperlukan upaya penyerta untuk mengatasi masalah.

Contoh:

Diagnosis : G2P1AO, hamil 38 minggu, ketuban pecah dini 2 jam

Masalah : kehamilan yang tidak diinginkan atau takut untuk menghadapi persalinan

3. Menetapkan diagnosis kerja atau merumuskan masalah

Bagi ini dianalogikan dengan proses membuat diagnosis kerja setelah mengembangkan berbagai kemungkinan diagnosis lain (diagnosis banding). Rumusan masalah mungkin saja terkait langsung maupun tidak langsung terhadap diagnosis tetapi dapat pula merupakan masalah utama yang saling terkait dengan beberapa masalah penyerta atau faktor lain yang berkontribusi dalam terjadinya masalah utama

Dalam pekerjaan sehari-hari, penolong persalinan yang terampil, akan segera mengetahui bahwa seorang

pasien adalah primigravida dalam fase aktif persalinan (diagnosis). Tetapi apabila sang ibu juga mengalami anemia (masalah) maka identifikasi penyebab masalah ini tidaklah mudah seperti membuat diagnosis diatas. Hal tersebut memerlukan analisis lanjutan untuk menentukan apakah anemia tadi disebabkan oleh defisiensi zat besi (kurang asupan), infeksi parasit (malaria, cacing, dsb) atau budaya setempat (faktor sosial dan rendahnya pendidikan) yang melarang ibu hamil mengonsumsi makanan bergizi (malnutrisi). Dengan kata lain, walaupun sudah ditegakkan diagnosis kerja tetapi bukan berarti bahwa tidak ada masalah lain yang dapat menyertai atau mengganggu upaya pertolongan yang akan diberikan oleh seorang penolong persalinan

Contoh:

Ibu hamil dengan hidramnion, bayi makrosomia, kehamilan ganda yang jelas secara diagnosis tetapi masih dibarengi dengan masalah lanjutan walaupun kasus utamanya diselesaikan. Bayi besar yang mungkin dapat dengan selamat dilahirkan oleh penolong persalinan harus tetap diwaspadai sebagai faktor yang potensial untuk menimbulkan masalah, misalnya: terjadi hipoglikemia pada bayi baru lahir (bayi makrosomia dari ibu dengan diabetes melitus) atau perdarahan pascapersalinan karena makrosomia adalah faktor predisposisi untuk atonia uteri.

4. Menilai adanya kebutuhan dan kesiapan intervensi untuk menghadapi masalah

Petugas kesehatan di lini depan atau bidan di desa, tidak hanya diharapkan terampil membuat diagnosis bagi pasien atau klien yang dilayaninya tetapi juga harus mampu mendeteksi setiap situasi yang dapat mengancam

keselamatan jiwa ibu dan bayinya. Untuk mengenali situasi tersebut, para bidan harus pandai membaca situasi klinik dan budaya masyarakat setempat sehingga mereka tanggap dalam mengenali kebutuhan terhadap tindakan segera sebagai langkah penyelamatan ibu dan bayinya apabila situasi gawatdarurat memang terjadi.

Upaya ini dikenal sebagai kesiapan menghadapi persalinan dan tanggap terhadap komplikasi yang mungkin terjadi (*birth preparedness and complication readiness*). Dalam uraian-uraian berikutnya, petugas pelaksana persalinan akan terbiasa dengan istilah rencana rujukan yang harus selalu disiapkan dan didiskusikan diantara ibu, suami dan penolong persalinan.

Contoh:

Untuk menghadapi ibu hamil dengan preeklampsia berat dan tekanan darah yang cenderung selalu meningkat maka seorang bidan harus berkonsultasi dengan tenaga ahli di rumah sakit atau spesialis obstetri terdekat untuk menyiapkan tindakan/upaya yang dapat dilakukan bila sang ibu mulai menunjukkan gejala dan tanda gawatdarurat. Pada keadaan tertentu, mungkin saja seorang bidan harus menangani kasus distosia bahu tanpa bantuan siapapun. Apabila ia tidak pernah dilatih untuk mengatasi hal itu atau ia tidak mengetahui tanda-tanda distosia bahu maka ia tidak pernah tahu bahwa perlu disiapkan sesuatu (pengetahuan, keterampilan, dan rujukari) untuk mengatasi hal tersebut. Hal yang paling buruk dan mungkin saja terjadi adalah sang bayi tidak dapat dilahirkan dan kemudian meninggal dunia karena bidan tersebut berupaya melahirkan bayi tetapi ia tidak pernah tahu bagaimana cara mengatasi hal tersebut.

5. Menyusun rencana asuhan atau intervensi

Rencana asuhan atau intervensi bagi ibu bersalin dikembangkan melalui kajian data yang telah diperoleh, identifikasi kebutuhan atau kesiapan asuhan dan intervensi, dan mengukur sumberdaya atau kemampuan yang dimiliki. Hal ini dilakukan untuk membuat ibu bersalin dapat ditangani secara baik dan melindunginya dari berbagai masalah atau penyulit potensial dapat mengganggu kualitas pelayanan, kenyamanan ibu ataupun mengancam keselamatan ibu dan bayi.

Rencana asuhan harus dijelaskan dengan baik kepada ibu dan keluarganya agar mereka mengerti manfaat yang diharapkan dan bagaimana upaya penolong untuk menghindarkan ibu dan bayinya dari berbagai gangguan yang mungkin dapat mengancam keselamatan jiwa atau kualitas hidup mereka.

Contoh:

Rencana asuhan kala I:

- a. denyut jantung janin: setiap 1/2 Jam
- b. frekuensi dan lamanya kontraksi uterus: setiap 1/2 jam
- c. nadi: setiap 1/2 jam
- d. pembukaan serviks: setiap 4 jam
- e. penurunan bagian terbawah janin: setiap 4 jam
- f. tekanan darah dan temperatur tubuh: setiap 4 jam
- g. produksi urin, aseton dan protein: setiap 2 sampai 4 jam

Rencana asuhan pada kasus tali pusat menumbung:

- a. Pemberian oksigen nasal 6L/menit

- b. Mengatur posisi ibu untuk mencegah kompresi tali pusat oleh bagian tubuh bayi
- c. Menghubungi rumah sakit rujukan untuk tindakan lanjutan
- d. Stabilisasi kondisi ibu dan bayi yang dikandungnya
- e. Pemantauan DJJ

6. Melaksanakan asuhan yang menyeluruh

Setelah membuat rencana asuhan, laksanakan rencana tersebut secara tepat waktu dan aman. Hal ini akan menghindarkan terjadinya penyulit dan memastikan bahwa ibu dan/atau bayinya yang baru lahir akan menerima asuhan atau perawatan yang mereka butuhkan. Jelaskan pada ibu dan keluarga tentang beberapa intervensi yang dapat dijadikan pilihan untuk kondisi yang sesuai dengan apa yang sedang dihadapi sehingga mereka dapat membuat pilihan yang baik dan benar. Pada beberapa keadaan, penolong sering dihadapkan pada pilihan yang sulit karena ibu dan keluarga meminta penolong yang menentukan intervensi yang terbaik bagi mereka. Penjelasan bahwa hal tersebut tidak sesuai dengan hak klien, memerlukan pengertian dan kerjasama yang baik dari ibu dan keluarganya. Jelaskan bahwa kewajiban petugas adalah memberikan konseling, penjelasan obyektif dan mudah dimengerti agar klien dan keluarga memahami situasi yang dihadapi dan mampu membuat keputusan untuk memperoleh hasil yang terbaik bagi ibu, bayi dan keluarga.

Beberapa faktor yang dapat mempengaruhi pilihan adalah:

- a. Bukti-bukti ilmiah
- b. Rasa percaya ibu terhadap penolong persalinan

- c. Pengalaman saudara atau kerabat untuk kasus yang serupa
- d. Tempat dan kelengkapan fasilitas kesehatan
- e. Biaya yang diperlukan
- f. Akses ketempat rujukan
- g. Luaran dari sistem dan sumberdaya yang ada

7. Memantau dan mengevaluasi efektifitas asuhan atau intervensi solusi

Penatalaksanaan yang telah dikerjakan kemudian dievaluasi untuk menilai efektivitasnya. Tentukan apakah perlu di kaji ulang atau diteruskan sesuai dengan rencana kebutuhan saat itu. Proses pengumpulan data, membuat diagnosis, memilih intervensi, menilai kemampuan diri, melaksanakan asuhan atau intervensi dan evaluasi adalah proses sirkuler (melingkar). Lanjutkan evaluasi asuhan yang diberikan kepada ibu dan bayi baru lahir. Jika pada saat evaluasi ditemukan bahwa status ibu atau bayi baru lahir telah berubah, sesuaikan asuhan yang diberikan untuk memenuhi perubahan kebutuhan tersebut.

Asuhan atau intervensi dianggap membawa manfaat dan teruji efektif apabila masalah yang dihadapi dapat diselesaikan atau membawa dampak yang menguntungkan terhadap diagnosis yang telah ditegakkan. Apapun jenisnya, asuhan dan intervensi yang diberikan harus efisien, efektif, dan dapat diaplikasikan pada kasus serupa dimasa datang. Bila asuhan atau intervensi tidak membawa hasil atau dampak seperti yang diharapkan maka sebaiknya dilakukan kajian ulang dan penyusunan kembali rencana asuhan hingga pada akhirnya dapat memberi dampak seperti yang diharapkan.

Contoh format pendokumentasian manajemen kebidanan
pada ibu bersalin

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

No RM :

Masuk tgl/jam :

I. PENGKAJIAN Tgl/jam.....

A. Data Subyektif

1. Identitas

Istri	Suami
Nama .....	.....
Umur .....	.....
Agama .....	.....
Pendidikan .....	.....
Pekerjaan .....	.....
Suku/bangsa .....	.....
Alamat .....	.....
Telp .....	.....
2. Anamnesa
 - a. Keluhan Utama
.....
 - b. Riwayat Perkawinan
Perkawinan ke.....menikah sejak umur.....
lama perkawinan
 - c. Riwayat Haid
Menarche.....HPM.....
HPL.....lama.....
Teratur/tidak.....Sakit/tidak.....

Siklus.....

d. Riwayat Obstetrik

G.....P.....A.....Ah.....

no	th	Jenis persalinan	penolong	tempat	H/M	jenis lahir	BB	Komplikasi	ket

e. Riwayat KB

No	PASANG					LEPAS			
	metode	tgl	petugas	tempat	Ket	tgl	petugas	tempat	Ket

f. Riwayat Kesehatan

- a) Riwayat Kesehatan Yang Lalu
- b) Riwayat Kesehatan Sekarang
- c) Riwayat Kesehatan Keluarga : riwayat kehamilan kembar baik dari keluarga ibu maupun Suami

g. Riwayat Kehamilan Sekarang

ANC di.....sejak umur kehamilan.....
Gerakan pertama kali dirasakan pada umur kehamilan.....
Gerakan janin selama 2 jam
Frekuensi pemeriksaan TMI.....TM II.....TM III.....
Senamhamil.....
Riwayat Imunisasi TT Caten :
Imunisasi TT : pernah / tidak
Imunisasi TT I tgl.....TT II tgl.....

h. Permasalahan dan keluhan dalam kehamilan

Trimester	Masalah / keluhan	Tindakan / therapy
I		
II		
III		

i. Pola Kebutuhan Sehari-hari

a. Nutrisi

Porsi makan :

makan terakhir : jam

Jenis :

Makanan pantang :

Minum Terakhir : jam

Keluhan :

b. Eliminasi

a) BAK

Frekuensi..... jumlah warna

Keluhan.....

b) BAB

Frekuensi..... jumlah warna

Keluhan.....

c. Istirahat

Siang..... malam.....

Keluhan.....

d. Aktivitas terakhir :

e. Personal higiene terakhir :

f. Pola seksual terakhir :

j. Riwayat Persalinan Sekarang

a) Kenceng-kenceng belum teratur mulai tanggal :

b) Kenceng-kenceng teratur mulai tanggal :

c) Keluar lendir darah sejak tgl : jam

d) Keluar air ketuban sejak tanggal : jam

e) Masuk kamar bersalin/ VK tgl : jam

k. Data Psikososial Spiritual

Kesiapan ibu menghadapi persalinan dan

keluarga :

Pengambilan keputusan :

Tanggapan ibu dan keluarga terhadap

kehamilan ini :

Pengetahuan ibu dan keluarga

tentang kehamilan :

Pengambilan keputusan oleh :

Ketaatan ibu beribadah :

Ibu tinggal bersama :

Hewan piaraan :

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

KU :

Kesadaran :

TB :

BB : sebelum hamil :

Sekarang :

LILA :

Vital sign : T : N : S : R :

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala :

Muka :
 Mulut :
 Gigi :
 Mata :
 Telinga :
 Hidung :
 Leher :
 Aksila :
 Dada :
 Payudara :

3. Pemeriksaan Obstetri

abdomen: TFU :
 LI :
 LII :
 LIII :
 LIV :
 TBJ :
 DJJ :

Punktum maximum :

Genetalia :(inspekulo bila dilakukan)

Ektremitas :(reflek patela kanan/kiri)

Pemeriksaan Dalam : tgl... Jam Pelaksana :

4. Pemeriksaan Penunjang

Lab :

a) urine : tgl.....(PP test, Protein, Glukosa, dll)

b) darah : tgl.....(Hb, Al, HMT, Golongan darah)

II. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa Kebidanan :

Kala I fase laten : data yg digunakan tabel observasi sampai fase aktif, jika sudah masuk fase aktif dibuat diagnosa baru dan perencanaan

Kala II : diagnosa masih berbunyi gravida

DS/ DO : doran, teknus, perjol, vulka

Disertakan 58 langkah APN

Injeksi oksitosin, Kala II s/d IMD

Kala III : diagnosa masih berbunyi gravida

DS/ DO : hampir sama dgn eval kala II, TFU, VS, Kontraksi uterus, tanda2 placenta lepas (kalau sudah muncul tanda2 pelepasan placenta)

Penjahitan perineum

Kala IV : diagnosa berbunyi "para"

data dasar : DO/DS

Kala I penulisan dgn Varney

Kala II, III, IV penulisan dgn : SOAP (SOAP untuk DS/ DO ditulis lengkap)

B. Masalah

Data Dasar : DS/ DO

III. DIAGNOSA POTENSIAL

IV. ANTISIPASI MASALAH

V. PERENCANAAN

VI. PELAKSANAAN

VII. EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal.....Jam.....

DATA SUBJEKTIF

DATA OBJEKTIF

ASSESSMENT

PLANNING (Termasuk Pendokumentasian, Implementasi dan Evaluasi)

Tanggal.....Jam.....

C. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu nifas (postpartum) merupakan bentuk catatan ciari asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu nifas (postpartum), yakni segera setelah kelahiran sampai enam minggu setelah kelahiran yang meliputi pengkajian, pembuatan diagnosis kebidanan, pengiclentifikasian masalah terhadap tindakan segera dan melakukan kolaborasi dengan dokter atau tenaga kesehatan lain, serta menyusun asuhan kebidanan dengan tepat dan rasional berdasarkan keputusan yang dibuat pada langkah sebelumnya.

Beberapa teknik penulisan daiam dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu nifas (postpartum) antara lain sebagai berikut.

1. Mengumpulkan data

Data yang dikumpulkan pada masa postpartum adalah sebagai berikut: catatan pasien sebelumnya seperti catatan perkembangan ante dan intranatal, lama postpartum, catatan perkembangan, suhu, denyut nadi, pernapasan, tekanan darah, pemeriksaan laboratorium dan laporan pemeriksaan tambahan; catatan obat-obatan; riwayat kesehatan ibu seperti mobilisasi, buang air kecil, buang air besar, nafsu makan, ketidaknyamanan atau rasa sakit, kekhawatiran, makanan bayi, reaksi bayi, reaksi proses melahirkan dan kelahiran, kemudian pemeriksaan fisik bayi, "tanda vital, kondisi payudara, puting susu, pemeriksaan abdomen, kandung kemih, uterus, lochea mulai warna, jumlah dan ban; pemeriksaan-perineum; seperti adanya edema, inflamasi, hematoma, pus, luka bekas episiotomi, kondisi jahitan, ada tidaknya hemoroid; pemeriksaan ekstremitas seperti ada tidaknya varises,

refleks, dan lain-lain..

2. Melakukan interpretasi data dasar

Interpretasi data dasar yang akan dilakukan adalah beberapa data yang ditemukan pada saat pengkajian postpartum seperti:

Diagnosis : Postpartum hari pertama Perdarahan nifas
Postsectio sesaria dan lain-lain

Masalah : Kurang informasi Tidak pernah ANC dan lain-lain

3. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Beberapa hasil dari interpretasi data dasar dapat digunakan dalam identifikasi diagnosis atau masalah potensial kemungkinan sehingga akan ditemukan beberapa diagnosis atau masalah potensial pada masa postpartum, serta antisipasi terhadap masalah yang timbul.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial pada masa postpartum

Langkah ini dilakukan untuk mengantisipasi dan melakukan konsultasi, dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan menyeluruh pada masa postpartum yang dapat dilakukan antara lain sebagai berikut.

a. Manajemen asuhan awal puerperium

- 1) Kontak dini sesering mungkin dengan bayi
- 2) Mobilisasi di tempat tidur
- 3) Diet
- 4) Perawatan perineum

5) Buang air kecil spontan/kateter

6) Obat penghilang rasa sakit kalau perlu

7) Obat tidur kalau perlu

8) Obat pencahar

9) dan lain-lain

b. Asuhan lanjutan

1) Tambahan vitamin atau zat besi jika diperlukan

2) Perawatan payudara

3) Rencana KB

4) Pemeriksaan laboratorium jika diperlukan

5) dan lain-lain

6. Melaksanakan Perencanaan

Tahap ini dilakukan dengan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara menyeluruh yang dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada masa postpartum.

7. Evaluasi

Evaluasi pada masa postpartum dapat menggunakan bentuk SOAP, sebagai berikut:

S : Data subjektif

Berisi tentang data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung.

O : Data objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik pada masa postpartum.

A : Analisis dan interpretasi

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya dilakukan tindakan segera.

P : Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium serta konseling untuk tindak lanjut.

(Sumber: Pusat Pengembangan Keperawatan Carolus, 2000)

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

No RM :

Masuk tgl/jam :

I. PENGKAJIAN Tgl/jam

A. Data Subyektif

- | | | |
|---------------------------|--------------------------|-------|
| 1. Identitas | Istri | Suami |
| Nama | ..... | ..... |
| Umur | ..... | ..... |
| Agama | ..... | ..... |
| Pendidikan | ..... | ..... |
| Pekerjaan | ..... | ..... |
| Suku/bangsa | ..... | ..... |
| Alamat | ..... | ..... |
| Telp | ..... | ..... |
| 2. Anamnesa | | |
| a. Keluhan Utama | ..... |  |
| b. Riwayat Perkawinan | ..... |  |
| Perkawinan ke | menikah sejak umur | |
| lama perkawinan | status | |
| c. Riwayat Obstetrik | ..... |  |
| G.....P.....A.....Ah..... | ..... |  |

no	th	Jenis persalinan	penolong	tempat	H/M	jenis	BB lahir	Komplikasi	ket

d. Riwayat KB

No	PASANG					LEPAS				
	metode	tgl	petugas	tempat	Ket	tgl	petugas	tempat	alasan	Ket

e. Riwayat Kesehatan

- Riwayat Kesehatan Yang Lalu
- Riwayat Kesehatan Sekarang
- Riwayat Kesehatan Keluarga : riwayat kehamilan kembar baik dari keluarga ibu maupun Suami

f. Riwayat Persalinan terakhir

Kala	Lama	Tindakan	Perdarahan	Ket

g. Pola Kebutuhan Sehari-hari

- Nutrisi
 - Porsi makan sehari:
 - Jenis :
 - Makanan pantang :
 - Pola minum :
 - Masalah :
- Eliminasi
 - BAK
 - Frekuensi..... jumlah warna
 - Keluhan.....

b) BAB

Frekuensi..... jumlah warna

Keluhan.....

3) Istirahat

Siang.....malam.....

Keluhan.....

4) Aktivitas :.....

5) Pola menyusui :.....

6) Personal higiene :.....

7) Pola seksual :.....

h. Data Psikososial Spiritual

Tanggapan ibu dan keluarga terhadap

masa nifas :.....

Pengambilan keputusan oleh:.....

Ketaatan ibu beribadah :.....

Ibu tinggal bersama :.....

Hewan piaraan :.....

i. Pengetahuan ibu dan keluarga

tentang masa nifas :.....

j. Senam Nifas :.....

k. Hewan Piaraan :.....

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

KU :.....

Kesadaran :.....

TB :.....

BB :.....

LILA :.....

Vital sign :T:.....N:.....S:.....R:.....

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala :.....

Muka :.....

Mulut :.....

Gigi :.....

Mata :.....

Telinga :.....

Hidung :.....

Leher :.....

Aksila :.....

Dada :.....

Payudara :.....

3. Pemeriksaan Obstetri

Abdomen : TFU, kontraksi

Genetalia : Lokhea, oedema, varises, perineum,

Anus : haemorrhoid ada/ tidak

Ektremitas : Atas:.....

Bawah : edema, varises, tanda2 flebitis

4. Pemeriksaan Penunjang

Lab :

a) urine : tgl..... (PP test, Protein, Glukosa, dll)

b) darah : tgl..... (Hb, Al, HMT, Golongan darah)

II. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa Kebidanan :

Contoh : Seorang primipara dalam masa nifas jam/ hari normal dalam fase

Nifas post SC : tergantung hasil pengkajian

- Fisiologis : sub involusio normal, tdk ada infeksi
- Patologis : jika ada infeksi

Data Dasar : DS/ DO

B. Masalah

data dasar : DS/ DO

III. DIAGNOSA POTENSIAL

IV. ANTISIPASI MASALAH

V. PERENCANAAN

VI. PELAKSANAAN

VII. EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal.....Jam.....

DATA SUBJEKTIF

.....

DATA OBJEKTIF

.....

ASSESMENT

.....

PLANNING (Termasuk Pendokumentasian, Implementasi dan Evaluasi)

D. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

Manajemen atau asuhan segera pada bayi baru lahir normal adalah asuhan yang diberikan pada bayi pada jam pertama setelah kelahiran, dilanjutkan sampai 24 jam setelah kelahiran.

Asuhan kebidanan pada bayi baru lahir bertujuan untuk memberikan asuhan yang adekuat dan terstandar pada bayi baru lahir dengan memperhatikan riwayat bayi selama kehamilan, dalam persalinan dan keadaan bayi segera setelah dilahirkan.

Hasil yang diharapkan dari pemberian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir, adalah terlaksananya asuhan segera atau rutin pada bayi baru lahir termasuk melakukan pengkajian, membuat diagnosa, mengidentifikasi diagnosis dan masalah potensial, tindakan segera serta merencanakan asuhan.

1. Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada Neonatus

Melakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang dibutuhkan untuk mengevaluasi keadaan bayi baru lahir .

a. Pengkajian Setelah Lahir

Pengkajian bertujuan untuk mengkaji adaptasi bayi baru lahir dari kehidupan dalam uterus ke kehidupan luar uterus, yaitu dengan penilaian APGAR, meliputi *appearance* (warna kulit), *pulse* (denyut jantung), *grimace* (refleks atau respon terhadap rangsang), *activity* (tonus otot), *respiratory effort* (usaha bernafas). Pengkajian sudah dimulai sejak kepala tampak dengan diameter besar di vulva (*crowning*).

b. Pengkajian Keadaan Fisik

Setelah pengkajian segera setelah lahir, untuk memastikan bayi dalam keadaan normal atau mengalami penyimpangan.

Data subyektif bayi baru lahir yang harus dikumpulkan, antara lain :

Riwayat kesehatan bayi baru lahir yang penting dan harus dikaji, adalah

- a. Faktor genetik, meliputi kelainan atau gangguan metabolik pada keluarga dan sindroma genetik.
- b. Faktor maternal (ibu), meliputi adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati. Hipertensi, penyakit kelamin, riwayat abortus, riwayat penganiayaan, RH/ isoimunisasi.
- c. Faktor antenatal, meliputi pernah ANC atau tidak, adanya riwayat pre eklampsia, perdarahan, infeksi, perkembangan janin terlalu besar atau terganggu, diabetes gestasional, poli atau oligohidramnion.
- d. Faktor perinatal, meliputi prematur atau postmatur, partus lama, gawat janin, suhu ibu meningkat, penggunaan obat selama persalinan, posisi janin tidak

normal, air ketuban bercampur meconium, amnionitis, ketuban pecah dini (KPD), prolapsus tali pusat, perdarahan dalam persalinan, ibu hipotensi, asidosis janin dan jenis persalinan.

Data Obyektif Bayi Baru Lahir Yang Harus Dikumpulkan Antara Lain :

a. Pemeriksaan Fisik

Dalam waktu 24 jam, bila bayi tidak mengalami masalah apapun, lakukanlah pemeriksaan fisik yang lebih lengkap.

Pemeriksaan Umum

1. Pernafasan, Pernafasan BBL normal 30 – 60 kali per menit, tanpa retraksi dada dan tanpa suara merintih pada fase ekspirasi. Pada bayi kecil, mungkin terdapat retraksi dada ringan dan jika bayi berhenti nafas secara periodik selama beberapa detik masih dalam batas normal.
2. Warna kulit. Bayi baru lahir aterm kelihatan lebih pucat dibanding bayi preterm karena kulit lebih TebaL.
3. Denyut Jantung, Denyut jantung BBL normal antara 100 – 160 kali per menit, tetapi dianggap masih normal jika diatas 160 kali per menit dalam jangka waktu pendek, beberapa kali dalam satu hari pertama kehidupan, terutama bila bayi mengalami distres. Jika ragu, ulangi penghitungan denyut jantung.
4. Suhu aksiler 36,5 – 37,5 derajat celsius
5. Posturdangerakan. Posturnormal BBL dalam keadaan istirahat adalah kepala tangan longgar dengan

lengan, panggul dan lutut semi fleksi. Pada bayi kecil ekstremitas dalam keadaan sedikit ekstensi. Pada bayi dengan letak sungsang selama masa kehamilan, akan mengalami fleksi penuh pada sendi panggul dan lutut atau sendi lutut ekstensi penuh, sehingga kaki bisa dalam berbagai posisi normal sesuai bayi intra uterin. Jika kaki dapat diposisikan dalam posisi normal tanpa kesulitan, maka tidak dibutuhkan terapi. Gerakan ekstremitas bayi harus secara spontan dan simetris disertai gerakan sendi penuh. Bayi normal dapat sedikit gemetar.

6. **Tonus/tingkat kesadaran.** Rentang normal tingkat kesadaran BBL adalah mulai dari diam hingga sadar penuh dan dapat ditenangkan jika rewel. Bayi dapat dibangunkan jika diam atau sedang tidur.
7. **Ekstremitas.** Periksa posisi, gerakan, reaksi bayi bila ekstremitas disentuh, dan pembengkakan.
8. **Kulit.** Warna kulit dan adanya verniks kaseosa, pembengkakan atau bercak hitam, tanda lahir/tanda Mongol. Selama bayi dianggap normal, beberapa kelainan kulit juga dapat dianggap normal. Kelainan itu termasuk milia, biasanya terlihat pada hari pertama atau selanjutnya dan eritema toksikum pada muka, tubuh dan punggung pada hari kedua atau selanjutnya. Kulit tubuh, punggung dan abdomen yang terkelupas pada hari pertama juga masih dianggap normal.
9. **Tali pusat,** normal berwarna putih kebiruan pada hari pertama, mulai kering dan mengkerut/mengecil dan akhirnya lepas setelah 7-10 hari.
10. **Berat badan,** normal 2500-4000 gram.

Pemeriksaan umum (Head To Toe)

1. Kepala: ubun-ubu, sutura, moulase, caput succedaneum, cephal hematoma, hidrosefalus, ubun-ubun besar, ubun-ubun kecil.
2. Muka: Tanda-tanda paralisis
3. Mata: keluar nanah, bengkak pada kelopak mata, perdarahan subkonjungtiva dan kesimetrisan.
4. Telinga: kesimetrisan letak dihubungkan dengan mata dan kepala.
5. Hidung: kebersihan, palatoskisis.
6. Mulut: labio/palatoskisis, trush, sianosis, mukosa kering/basah.
7. Leher: pembengkakan dan benjolan.
8. Klavikula dan lengan tangan: gerakan, jumlah jari.
9. Dada: bentuk dada, puting susu, bunyi jantung dan pernafasan.
10. Abdomen: penonjolan sekitar tali pusat saat menangis, perdarahan tali pusat, jumlah pembuluh darah pada tali pusat, dinding perut dan adanya benjolan, distensi, gastroskisis, omfalokel, bentuk.
11. Genitalia: kelamin laki-laki: testis berada dalam, penis berlubang dan ada di ujung penis. Kelamin perempuan: vagina, uretra berlubang, labia mayora dan labia minora.
12. Tungkai dan kaki: gerakan, bentuk, dan jumlah kaki.
13. Anus: berlubang/tidak, fungsi spingter ani.
14. Punggung: spina bifida, mielomeningokel
15. Reflek: moro, rooting, walking, graphs, sucking, tonicneck.
16. Antropometri: BB, BP, LK, LD, LP, LLA

17. Eliminasi: BBL normal biasanya kencing lebih dari enam kali per hari. Dicurigai deare apabila frekuensi meningkat, tinja hijau atau mengandung lendir atau darah. Perdarahan BBL dapat terjadi selama beberapa hari pada minggu pertama kehidupan dan hal ini dianggap normal.

Langkah 2. Interpretasi data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan bayi berdasarkan data data yang telah dikumpulkan pada langkah 1.

Contoh

Diagnosis

1. Bayi cukup bulan, sesuai masa kehamilan, dengan asfiksia sedang.
2. Bayi kurang bulan, kecil masa kehamilan dengan hipotermi dan gangguan pernafasan.

Masalah

1. Ibu kurang informasi
2. Ibu menderita PEB
3. Ibu post SC sehingga tidak bisa melakukan *skin to skin contact* secara maksimal.

Kebutuhan : perawatan rutin bayi baru lahir.

Langkah 3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi.

Contoh

Diagnosis potensial

1. Hipotermi potensial terjadi gangguan pernafasan.
2. Hipoksia potensial terjadi asidosis.
3. Hipoglikemi potensial terjadi hipotermi.

Masalah potensial: potensial terjadi masalah ekonomi bagi orang tua yang tidak mampu, karena bayi membutuhkan perawatan intens dan lebih lama.

Langkah 4. Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau ada hal yang perludikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi bayi, contohnya adalah bayi tidal segera bernafas spontan dalam 30 detik, segera lakukan resusitasi.

Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya.

Contoh:

1. Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat.
2. Perawatan mata.
3. Memberikan identitas bayi.
4. Memperlihatkan bayi pada orang tuanya/ keluarganya.
5. Memfasilitasi kontak dini pada ibu.
6. Memberikan vitamin K1.

7. Konseling.
8. Imunisasi.

Langkah 6. Melaksanakan perencanaan

Mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman.

Contoh:

1. Mempertahankan suhu tubuh tetap hangat, dengan cara memastikan bayi tetap hangat dan terjadi kontak antara kulit bayi dan kulit ibu, mengganti handuk/kain basah dan bungkus bayi dengan selimut dan memastikan bayi tetap hangat dengan memeriksa telapak kaki setiap 15 menit. Apabila telapak kaki terasa dingin, memeriksa suhu aksila bayi.
2. Perawatan mata
Obat mata eritromisin 0,5% atau tetrasiklin 1% dianjurkan untuk mencegah penyakit mata karena clamidia. Obat mata perlu diberikan pada jam pertama setelah persalinan.
3. Memberikan identitas bayi
Alat pengenalan untuk memudahkan identifikasi bayi perlu dipasang segera setelah lahir.
 - a. Alat pengenalan yang digunakan hendaknya tahan air, dengan tepi halus, tidak mudah melukai, tidak mudah sobek dan tidak mudah lepas.
 - b. Pada alat pengenalan, harus mencantumkan nama (bayi dan ibu), tanggal lahir, nomor bayi, jenis kelamin dan unit perawatan.
 - c. Di tempat tidur bayi juga harus dicantumkan tanda pengenalan yang mencantumkan nama (bayi dan ibu), tanggal lahir dan nomor identitas.

- d. Sidik telapak kaki bayi dan sidik ibu jari ibu harus dicetak dicatatan yang tidak mudah hilang. Hasil pengukuran antropometri dicatat dalam catatan medis.

Memperlihatkan bayi pada orangtuanya/ keluarganya

Memfasilitasi kontak dini bayi dengan ibu

- a. Berikan bayi kepada ibu sesegera mungkin . kontak dini antara ibu dan bayi penting untuk: mempertahankan suhu bayi baru lahir, ikatan batin bayi terhadap ibu dan pemberina ASI dini.
- b. Doronglah ibu untuk menyusui bayinya apabila bayi telah siap (reflek rooting positif). Jangan paksakan bayi untuk mengusu.
- c. Bila memungkinkan, jangan pisahkan ibu dengan bayi, biarkan bayi bersama ibu paling tidak 1 jam setelah lahir.

Memberikan Vitamin K 1

Vitamin mencegah terjadinya perdarahan karena defisiensi vitamin K1 pada bayi baru lahir, lakukan hal-hal sebagai berikut:

- a. Semua bayi baru lahir normal dan cukup bulan perlu diberi vitamin K per oral 1 minggu/hr selama 3 hari.
- b. Bayi risiko tinggi diberikan vitamin K1 parenteral dengan dosis 0,5-1 mg IM.

Konseling

Ajarkan pada ibu atau orang tua untuk:

- a. Menjaga kehangatan bayi.
- b. Pemberian ASI.
- c. Perawatan tali pusat.

- 1) Pertahankan sisa tali pusat dalam keadaan terbuka agar terkena udara dan tutupi dengan kain bersih secara longgar.
 - 2) Lipatlah popok dibawah sisa tali pusat.
 - 3) Jika tali pusat terkena kotoran atau tinja, cuci dengan sabun dan air bersih dan keringkan.
- d. Mengawasi tanda-tanda bahaya.
- Tanda-tanda bahaya yang harus diwaspadai pada baru lahir adalah:
- 1) Pernafasan, sulit atau lebih dari 60 kali per menit, terlihat dari retraksi dinding dada pada waktu bernafas.
 - 2) Suhu terlalu panas $> 38^{\circ}\text{C}$ (febris), atau terlalu dingin $< 36^{\circ}\text{C}$ (hipotermia)
 - 3) Warna abnormal, kulit/ bibir biru (sianosis), atau pucat, memar atau bayi sangat kuning.
 - 4) Pemberian ASI sulit, hisapan lemah, mengantuk berlebihan, banyak muntah.
 - 5) Tali pusat, merah, bengkak, keluar cairan, bau busuk, berdarah.
 - 6) Tidak berkemih dalam 24 jam.
 - 7) Mata bengkak dan mengeluarkan cairan.

Imunisasi

Dalam waktu 24jam dan sebelum bayi dan ibu dipulangkan, berikan imunisasi BCG, antipolio oral, dan hepatitis B.

Langkah 7. Evaluasi

Mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan, mengulangi kembali proses manajemen dengan benar terhadap setiap aspek asuhan yang sudah dilaksanakan tetapi belum efektif.

Contoh format pendokumentasian manajemen kebidanan pada bayi baru lahir

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

(Batasan BBL : sejak IMD s/d maksimal 24 jam)

Tanggal masuk :

Pukul :

No. RM :

I. PENGKAJIAN Tgl/jam.....

A. Data Subyektif

1. Identitas Bayi

Nama :

Umur : jam.....

Tanggal lahir :

2. Identitas penanggungjawab (Ibu dan ayah)

Nama :

Umur :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Suku/bangsa :

Alamat :

Telp :

3. Riwayat Kehamilan dan Persalinan

G.....P.....A.....Ah.....

Umur Kehamilan :.....

Frekuensi ANC :.....

Imunisasi TT :.....

Kenaikan BB selama Hamil :.....

Kejadian waktu Hamil :.....

Riwayat komplikasi kehamilan :

Kebiasaan waktu hamil

a. Makanan :.....

b. Obat-obatan/jamu :.....

c. Merokok :.....

d. Lain-lain :.....

4. Riwayat persalinan

a. Lama kala I :.....

b. Lama Kala II :.....

c. Warna air ketuban :.....

d. Jumlah air ketuban :.....

e. Jenis persalinan :.....

f. Penolong :.....

g. Jam/tgl/lahir :.....

h. Jenis kelamin :.....

i. Caput :.....

j. Komplikasi Persalinan :ada/tidak.....

5. Keadaan bayi baru lahir

KRITERIA	0-1 MENIT	1-5 MENIT	5-10 MENIT
1. denyut jantung			
2. usaha nafas			

3. tonus otot			
4. reflek			
5. warna kulit			
TOTAL			

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

KU :.....

Kesadaran :.....

BB :.....

Vital sign :T :.....N :.....S :.....R :.....

2. Pemeriksaan fisik

Muka :.....

Uzun-Uzun :.....

Hidung :.....

Bibir :.....

Telinga :.....

Leher :.....

Dada :.....

Tali Pusat :.....

Punggung :.....

Genetalia :.....

Anus :.....

Ekstremitas :.....

3. Reflek

Reflek moro :.....

Reflek rooting :.....

Reflek walking :.....

Reflek graps :.....

Reflek sucking :

Reflek tonik neck:

4. Antropometri

Lingkar kepala :

Lingkar dada :

Lingkar lengan :

PB/BB :

5. Eliminasi

Miksi :

Defekasi :

II. INTEPRETASI DATA

A. Diagnosa Kebidanan :

Contoh : Seorang bayi baru lahir jam normal

Data Dasar : DS/ DO

B. Masalah:

Data Dasar : DS/ DO

III. DIAGNOSA POTENSIAL

IV. ANTISIPASI MASALAH

V. PERENCANAAN

VI. PELAKSANAAN

VI. EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal.....Jam.....

DATA SUBJEKTIF

.....
.....
.....

DATA OBJEKTIF

.....
.....
.....
.....

ASSESMENT

.....
.....
.....
.....

PLANNING (Termasuk Pendokumentasian, Implementasi dan Evaluasi)

Tanggal.....Jam.....

.....
.....
.....
.....

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI

(Batasan bayi :umur 1 hari s/d 1 tahun)

Tanggal masuk :

Pukul :

No. RM :

I. PENGKAJIAN Tgl/jam.....

A. Data Subyektif

1. Identitas Bayi

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Tanggal lahir :

2. Identitas penanggungjawab

Nama :

Umur :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Suku/bangsa :

Alamat :

Telp :

3. Anamnesa

a. Keadaan bayi :

b. Alasan pemeriksaan :

c. Riwayat kehamilan dan persalinan :

d. Status imunisasi :

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

e. Pola Kebutuhan Sehari-hari

1) Nutrisi

Porsi makan sehari :

Jenis :

Makanan pantang :

Pola minum :

Masalah :

2) Eliminasi

a) BAK

Frekuensi jumlah warna

Keluhan

b) BAB

Frekuensi jumlah warna

Keluhan

3) Istirahat

S i a n g

Keluhan.....

4) Aktivitas :.....

5) Personal higiene :.....

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

KU :.....

Kesadaran :.....

PB :.....

BB :.....

LLA :.....

LK :.....

LD :.....

Vital sign :T :.....N :.....S :.....R :.....

2. Pemeriksaan fisik

Kepala :.....

Muka :.....

Mata :.....

Hidung :.....

Bibir :.....

Telinga :.....

Leher :.....

Aksila :.....

Dada :.....

Abdomen :.....

Genetalia :.....

Ektremitas :.....

Reflek :.....

3. Pemeriksaan penunjang

Lab: tanggal:.....

II. INTEPRETASI DATA

A. Diagnosa Kebidanan :

Contoh :

Untuk Imunisasi : seorang bayi sehat usia

Seorang bayi usia dengan KIPI

Data Dasar : DS/ DO

B. Masalah

Data Dasar : DS/ DO

III. DIAGNOSA POTENSIAL

IV. ANTISIPASI MASALAH

V. PERENCANAAN

VI. PELAKSANAAN

VII. EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal.....Jam.....

DATA SUBJEKTIF

.....

DATA OBJEKTIF

ASSESMENT

PLANNING (Termasuk Pendokumentasian, Implementasi dan Evaluasi)

Tanggal.....Jam.....

E. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA TUMBUH KEMBANG BALITA**Pertumbuhan dan perkembangan anak**

Menurut Whalley and Wong (2000, cit. Hidayat 2005), pertumbuhan merupakan bertambah jumlah dan besar sel di seluruh bagian tubuh yang secara kuantitatif dapat diukur. Perkembangan adalah bertambah sempurna fungsi alat tubuh yang dapat dicapai melalui tumbuh kematangan dan belajar. Dalam proses pertumbuhan dan perkembangan anak, terdapat suatu peristiwa yang unik, yaitu masa percepatan dan perlambatan.

Pertumbuhan dan perkembangan anak terjadi mulai

dari pertumbuhan dan perkembangan secara fisik, intelektual maupun emosional. Dalam peristiwa tersebut, anak dapat mengalami beberapa pola pertumbuhan dan perkembangan, di antaranya:

1. Pola pertumbuhan fisik terarah. Pada pola ini ada dua prinsip atau hukum perkembangan, yaitu: prinsip cephalocaudal dan proximodistal. Prinsip cephalocaudal atau head to tail direction, pola pertumbuhan dan perkembangan dimulai dari kepala, ditandai perubahan ukuran kepala yang lebih besar, kemudian berkembang kemampuan menggerakkan lebih cepat dengan menggelengkan kepala dilanjutkan bagian ekstremitas lengan, tangan dan kaki. Pola proximodistal atau near to far direction, dimulai dari menggerakkan anggota gerak paling dekat dengan pusat kemudian menggerakkan anggota gerak lebih jauh ke arah bagian tepi, seperti menggerakkan bahu dahulu baru menggerakkan jari-jari (Wong, 1995, cit. Hidayat, 2005).
2. Pola perkembangan dari umum ke khusus atau mass to specific atau to complex. Pada pola perkembangan ini, anak lebih dahulu mampu menggerakkan daerah yang lebih umum (sederhana) ke bagian yang lebih kompleks, seperti melambatkan tangan baru memainkan jari-jari (Wong, 1995, cit. Hidayat, 2005).
3. Pola perkembangan berlangsung dalam tahapan perkembangan. Pada pola ini perkembangan anak dibagi menjadi lima tahapan, yaitu: masa pra lahir, masa neonatus, masa bayi, masa anak dan masa remaja (Gunarsa, 1997, cit. Hidayat, 2005).
4. Pola perkembangan dipengaruhi kematangan dan latihan. Terdapat masa kritis, yaitu saat yang siap menerima sesuatu dari luar untuk mencapai kematangan dan kematangan

dapat disempurnakan dengan rangsangan yang tepat (Gunarsa, 1997, cit. Hidayat, 2005).

Dalam proses pertumbuhan dan perkembangan, seorang anak akan mengalami siklus yang berbeda. Siklus ini kadang mengalami percepatan, kadang mengalami pelambatan, karena beberapa faktor berikut ini (Wong, 1995, cit. Hidayat, 2005):

1. Faktor hereditas. Merupakan faktor yang dapat diturunkan sebagai dasar mencapai tumbuh kembang. Termasuk dalam faktor hereditas antara lain: bawaan, jenis kelamin, ras dan suku bangsa.
2. Faktor lingkungan. Merupakan faktor yang memegang peranan penting dalam menentukan tercapai tidaknya potensi yang telah dimiliki anak. Termasuk dalam faktor lingkungan adalah: faktor pranatal mulai dari konsepsi sampai bayi lahir, faktor post natal seperti, budaya lingkungan, status sosial ekonomi, nutrisi, iklim atau cuaca, olahraga, posisi anak dalam keluarga dan status kesehatan anak.

Dalam tahap pencapaian pertumbuhan dan perkembangan, anak dapat dikelompokkan menjadi dua kelompok besar, yaitu: kelompok usia 0-6 tahun dan kelompok usia 6 tahun ke atas. Kelompok usia 0-6 tahun terbagi menjadi tahap pranatal, terdiri dari: masa embrio (mulai konsepsi sampai 8 minggu), masa fetus (9 minggu sampai lahir), tahap postnatal terdiri dari masa neonatus (0-28 hari), masa bayi (29 hari-1 tahun), tahap prasekolah (2-6 tahun). Kelompok usia 6 tahun ke atas, terbagi dalam masa praremaja (6-10 tahun) dan masa remaja (10-18/20 tahun).

Komunikasi bidan dengan anak merupakan sesuatu yang sangat penting dalam menjaga hubungan dengan anak. Melalui komunikasi, bidan bisa lebih mudah mengumpulkan berbagai

data pada anak. Data yang telah dikumpulkan selanjutnya diinterpretasi dan dirumuskan rencana asuhan yang menyeluruh bagi anak. Apabila komunikasi dengan anak terjalin, baik, pemberian asuhan juga akan lebih efektif dan meminimalisir efek traumatik pada anak. Berikut ini pedoman berkomunikasi dengan anak usia bawah lima tahun (balita) menurut umur (Hidayat, 2005, Iyer and Champ, 2005):

- a. Usia 0-1 tahun. Gunakan komunikasi non verbal dengan teknik sentuhan seperti mengusap, memangku, menggendong. Gendong, timang dan bicara dengan bayi, terutama ketika ia sedang marah atau ketakutan. Gunakan suara yang lembut dan pelan. Dekati bayi dengan perlahan dan hindari gerakan yang menakutkan
- b. Usia 2-5 tahun. Berikan instruksi yang singkat dan jelas. Ijinkan anak berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan (jika perlu). Bersikap jujur dan beritahu anak jika prosedur itu menyakitkan. Pada anak usia 3 tahun, komunikasi bersifat egosentris. Cara berkomunikasi dengan memberi tahu apa yang terjadi pada dirinya, memberi kesempatan menyentuh alat pemeriksaan yang digunakan, menggunakan nada suara, bicara lambat, jika pertanyaan tidak dijawab, ulangi lagi dengan jelas dan pengarahannya sederhana. Hindarkan mendesak anak untuk segera menjawab misalnya dengan kata-kata "Jawab dong". Mengalihkan aktivitas saat diajak berkomunikasi, memberikan mainan, mengatur jarak interaksi, kesadaran diri untuk menghindari konfrontasi langsung (jarak terlalu dekat dan berhadapan). Secara non verbal, memberikan dorongan penerimaan dan persetujuan jika diperlukan, jangan sentuh anak tanpa disetujui, bersalaman untuk menghilangkan perasaan cemas, menggambar, menulis, bercerita, dapat digunakan untuk menggali perasaan dan

fikiran anak saat diajak komunikasi.

Langkah 1. Pengkajian Data

Data subjektif pada anak yang harus dikumpulkan, antara lain:

Riwayat kesehatan anak yang penting dan harus dikaji, meliputi:

- a. Faktor Genetik, meliputi: kelainan/gangguan metabolik pada keluarga dan sindroma genetik.
- b. Faktor Maternal (Ibu), meliputi: adanya penyakit jantung, diabetes mellitus, penyakit ginjal, penyakit hati, hipertensi, penyakit kelamin, riwayat penganiayaan, riwayat abortus, RH/isoimunisasi.
- c. Faktor Antenatal, meliputi: pernah ANC/tidak, adanya riwayat perdarahan, Preeklampsia, infeksi, perkembangan janin terlalu besar/terganggu, diabetes gestasional, poli/oligohidramnion.
- d. Faktor Perinatal, meliputi: prematur/postmatur, partus lama, penggunaan obat selama persalinan, gawat janin, suhu ibu meningkat, posisi janin tidak normal, air ketuban bercampur mekonium, amnionitis, Ketuban Pecah Dini (KPD), perdarahan dalam persalinan, prolapsus tali pusat, ibu hipotensi, asidosis janin, jenis persalinan serta keadaan bayi baru lahir.
- e. Riwayat pemberian nutrisi, meliputi pemberian ASI eksklusif, Pengganti ASI, Makanan Pendamping ASI (MPASI) atau makanan tambahan pada anak.
- f. Riwayat alergi, meliputi adanya riwayat alergi makanan, debu dan obat-obatan pada anak.
- g. Riwayat imunisasi yang sudah diberikan, meliputi imunisasi dasar dan imunisasi anjuran yang diberikan pada anak.

Berikut ini jadwal imunisasi rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) tahun 2004.

- h. Riwayat uji skrining yang pernah dilakukan.
- i. Riwayat kesehatan.

Data Objektif pada pertumbuhan dan perkembangan anak yang harus dikumpulkan antara lain:

Penilaian pertumbuhan anak

Ada beberapa cara untuk menilai pertumbuhan anak, antara lain: pengukuran antropometrik, pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium dan hasil radiologi. Pengukuran antropometrik, meliputi pengukuran berat badan, tinggi badan (panjang badan), lingkaran kepala, dan lingkaran lengan atas. Terdapat dua cara pengukuran, yaitu: pengukuran berdasarkan umur dan pengukuran tidak berdasarkan umur. Pengukuran berdasarkan umur, antara lain: pengukuran berat badan atau tinggi badan dan lain-lain. Pengukuran tidak berdasarkan umur, antara lain: pengukuran berat badan berdasarkan tinggi badan, lingkaran lengan atas berdasarkan tinggi badan, dan lain-lain.

- a. Pengukuran berat badan. Pengukuran ini digunakan untuk menilai hasil peningkatan atau penurunan semua jaringan yang ada pada tubuh, misalnya tulang, otot, lemak, cairan tubuh, sehingga diketahui status keadaan gizi dan tumbuh kembang anak. Berat badan juga dijadikan dasar perhitungan dosis obat dan makanan yang diperlukan untuk pengobatan. Penilaian berat badan berdasarkan umur menurut WHO dengan baku NCHS secara percentil, dengan penilaian sebagai berikut: percentil ke 50-3 adalah:

Tabel Jadwal Imunisasi																	
Rekomendasi Ikatan Dokter Anak Indonesia (IDAI) Periode 2004																	
VAKSIN	UMUR PEMBERIAN IMUNISASI																
	Bulan										Tahun						
	La-hir	1	2	3	4	5	6	9	12	15	18	2	3	5	6	10	12
BCG																	
Hepatitis B	1	2			3												
Polio (OPV)	0		1		2		3				4			5			
Polio (IPV)			1		2		3	4									
DPT			1		2		3				4			5			6 (DT)
Campak																	
Program Pengembangan Imunisasi Non PPI (Non PPI, dianjurkan)																	
Hib			1		2		3			4							
MMR										1				2			
Tifoid																	
Hepatitis A																	
Varisela																	

normal, dan kurang atau sama dengan tiga masuk kategori abnormal (malnutrisi). Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan, menurut WHO dengan cara persentase dari medium dan penilaiannya adalah sebagai berikut: antara 80-90% malnutrisi sedang, kurang dari 80% malnutrisi akut (wasting).

Penilaian berat badan berdasarkan tinggi badan dengan baku NCHS secara percentil, dengan penilaian sebagai berikut: percentil ke 75-25 adalah normal, percentil ke 10-5 malnutrisi sedang, kurang dari percentil ke lima adalah malnutrisi berat.

- b. Pengukuran panjang badan. Pengukuran ini digunakan untuk menilai status perbaikan gizi di samping faktor genetik. Pengukuran ini dapat dilakukan dengan sangat mudah. Penilaian tinggi badan berdasarkan umur menurut

WHO dengan baku NCHS secara persentase dari median dan penilaiannya sebagai berikut: lebih dari atau sama dengan 90% normal, kurang dari 90% abnormal (malnutrisi kronis).

- Pengukuran lingkaran kepala. Pengukuran lingkaran kepala dapat digunakan untuk menilai pertumbuhan otak. Pertumbuhan otak kecil (mikrosefali) menunjukkan adanya retardasi mental, apabila otaknya besar (volume kepala meningkat) terjadi akibat penyumbatan aliran cairan serebrospinal. Penilaian menggunakan kurve lingkaran kepala (Matondang, dkk, 2000 cit. Hidayat, 2005).
- Pengukuran lingkaran lengan atas. Penilaian ini digunakan untuk menilai jaringan lemak dan otot. Penilaian ini tidak cocok untuk menilai jaringan lemak tubuh, tetapi dapat digunakan untuk menilai status gizi pada anak pra sekolah.
- Pemeriksaan fisik. Penilaian dilakukan dengan melihat bentuk tubuh, perbandingan bagian tubuh dan anggota gerak lainnya, menentukan jaringan otot dengan memeriksa lengan atas, pantat dan paha, menentukan jaringan lemak pada pemeriksaan triseps dan rneneriksa rambut serta gigi geligi.
- Pemeriksaan laboratorium. Pemeriksaan ini digunakan untuk menilai keadaan pertumbuhan dan perkembangan dengan keadaan penyakit, antara lain pemeriksaan kadar haemoglobin, serum protein (albumin dan globulin), hormonal dan lain-lain.
- Pemeriksaan radiologi. Pemeriksaan ini digunakan untuk menilai umur tumbuh kembang seperti umur tulang apabila dicurigai adanya gangguan pertumbuhan.

Penilaian perkembangan anak

Untuk menilai perkembangan anak, pertama kali adalah melakukan wawancara tentang faktor kemungkinan yang menyebabkan gangguan dalam perkembangan. Langkah selanjutnya adalah melakukan tes skrining perkembangan dengan Denver Development Screening Test (DDST), Tes Intelligence Quotient (IQ), dan tes Psikologi lain. Selain itu informasi bisa dilengkapi dengan melakukan tes yang lain seperti, mengevaluasi lingkungan anak, yaitu interaksi anak selama ini, mengevaluasi fungsi penglihatan, pendengaran, bicara, bahasa. Pemeriksaan fisik lainnya seperti pemeriksaan neurologis, metabolik dan lain-lain juga bisa dilakukan untuk melengkapi data perkembangan anak. Skrining tes perkembangan anak ada beberapa macam, antara lain: tes intelegensi Stanford Binet, skala intelegensi Wechsler untuk anak prasekolah dan sekolah, skala perkembangan menurut Gesell (Gesell infant scale), skala Bayley (Bayley scale of development), tes bentuk geometrik, tes motor visual bender gestalt, tes menggambar orang, tes perkembangan adaptasi sosial, DDST II dan diagnosis perkembangan fungsi Munchen tahun pertama.

Mahasiswa dan profesi kebidanan dituntut bisa melaksanakan pemeriksaan DDST untuk mendeteksi masalah perkembangan potensial pada anak-anak di bawah usia 6 tahun. DDST dirancang oleh William K. Frankenburg dan Josiah B. Dodds, telah dipublikasikan di kota Denver Jerman sejak tahun 1967. DDST telah diadaptasi dan distandarisasi di 12 negara dan digunakan untuk skrining lebih dari 50 juta anak di seluruh dunia. Telah direvisi dan diadakan penyempurnaan sehingga dikenal dengan istilah DDST II.

Keuntungan dari pemeriksaan DDST II ini adalah, DDST II mampu menilai perkembangan anak sesuai usia,

mampu memantau perkembangan anak usia 0-6 tahun, mampu memonitor anak dengan risiko perkembangan, mampu menjangkir adanya kelainan perkembangan pada anak dan mampu memastikan apakah anak yang diduga ada kelainan perkembangan benar-benar mengalami kelainan. Prinsip pemeriksaan DDST II ini adalah bertahap dan berkelanjutan, dimulai dari tahap perkembangan yang telah dicapai anak, alat bantu stimulasi sederhana, suasana nyaman dan bervariasi, memperhatikan gerakan spontan anak, dilakukan dengan wajar tanpa paksaan dan tidak menghukum, ada pujian untuk anak yang dapat melakukan, alat yang diperlukan disiapkan dan tes hanya menggunakan satu alat saja.

Alat yang diperlukan untuk pemeriksaan DDST II ini antara lain: lembar formulir DDST II, benang sulaman merah, kismis/ manik-manik, kerincingan dengan pegangan, kubus kayu berwarna ukuran dimensi 1 inci 10 buah, lonceng kecil, bola tennis, boneka plastik kecil dengan dot, cangkir plastik dengan pegangan, pensil merah, kertas kosong, botol kaca bening yang dapat dibuka. Peralatan lain yang juga diperlukan antara lain: meja dan kursi untuk pemeriksa, ibu/pengasuh dan anak, ruangan cukup luas untuk menguji item motorik kasar, tempat tidur lengkap dengan perlak dan spreng.

Cara pengukuran perkembangan anak dengan DDST II adalah sebagai berikut:

1. Tentukan umur anak pada saat pemeriksaan. Umur anak dihitung dengan menggunakan tanggal lahir dari tanggal tes. Penyesuaian umur pada anak prematuritas, yaitu anak yang lahirnya maju lebih dari 2 minggu sebelum Hari Perkiraan Lahir (HPL).
2. Tarik garis pada lembar DDST II sesuai dengan umur yang telah ditentukan.

3. Lakukan pengukuran pada anak di setiap komponen dan berikan skoring pada setiap item yang dinilai. Hal-hal yang harus diperhatikan, antara lain:
 - a. Dahulukan uji coba item yang kurang aktif dan item yang mudah dilakukan.
 - b. Uji coba item-item yang menggunakan alat yang sama dilakukan berurutan.
 - c. Hanya alat uji coba yang berada di depan anak.
 - d. Semua uji coba dimulai dari item di sebelah kiri garis umur, item yang dilewati garis umur dan item di sebelah kanan garis umur.
 - e. Pada anak yang ada risiko perkembangan, setiap sektor dilakukan paling sedikit 3 uji coba item di sebelah kiri garis umur dan item yang dilewati garis umur. Jika anak gagal, menolak atau tidak ada kesempatan melakukan, lakukan uji coba tambahan ke sebelah kiri garis umur sampai tiga kali lewat untuk tiap-tiap sektor.
 - f. Pada anak normal atau kemampuan lebih, dilakukan paling sedikit tiga uji coba item yang paling dekat di sebelah kiri garis umur dan item yang dilewati garis umur. Jika anak mampu/bisa, lanjutkan uji coba di sebelah kanan garis umur sampai tiga kali gagal tiap sektor.
 - g. Tiap uji coba, boleh dilakukan tiga kali sebelum anak dinyatakan gagal.
 - h. Skoring pada uji coba item, adalah: Pass/Lewat (V atau P), apabila anak dapat melakukan uji coba dengan baik atau ibu (pengasuh) memberi laporan (L) tepat atau dapat dipercaya bahwa anak dapat melakukan dengan baik. Fail/Gagal (O atau F), apabila anak

tidak dapat melakukan uji coba dengan baik, atau ibu (pengasuh) memberi laporan (L) tepat atau dapat dipercaya bahwa anak tidak dapat melakukan dengan baik. No Opportunity (No), apabila anak tidak mempunyai kesempatan melakukan uji coba karena ada hambatan (kasus retardasi mental dan sindrom down). Refusal/Menolak (M atau R), apabila anak menolak melakukan uji coba karena faktor sesaat (lelah, menangis, sakit, mengantuk, dan lain-lain).

4. Lakukan interpretasi hasil tes keseluruhan
 - a. Interpretasi tiap item, adalah: Advanced apabila anak dapat melaksanakan tugas pada item di sebelah kanan garis umur. Normal, apabila anak gagal/menolak tugas pada item di sebelah kanan garis umur, dan/atau apabila anak lulus, gagal/menolak tugas pada item yang dilewati garis umur berada di area 25-75% (warna putih). Caution, apabila anak gagal atau menolak tugas pada item yang dilewati garis umur berada di area 75%-90% (warna hijau). Delay, apabila anak gagal atau menolak tugas pada item di sebelah kiri garis umur. No Opportunity, apabila anak mengalami hambatan, atau tidak ada kesempatan melakukan uji coba karena adanya hambatan, atau ibu (pengasuh) melaporkan anak mengalami hambatan.
 - b. Interpretasi hasil tes keseluruhan (meliputi empat sektor), yaitu:
 - 1) Normal, apabila tidak ada Delay, atau paling banyak ada satu Caution. Lakukan pemeriksaan ulang berikutnya.
 - 2) Suspect, apabila didapatkan dua atau lebih Caution atau bila didapatkan 1 atau lebih Delay. Ulangi uji ulang satu sampai dua minggu lagi

untuk menghilangkan faktor sesaat (takut, lelah, sakit, tidak nyaman dan lain-lain).

- 3) Untestable, bila ada skor menolak satu atau lebih item di sebelah kiri garis umur, atau bila menolak lebih dari satu item pada area 75%-90% (warna hijau) yang dilewati garis umur. Ulangi pemeriksaan satu sampai dua minggu lagi.

Pemeriksaan fisik secara lengkap pada anak ditujukan untuk melengkapi data pertumbuhan dan perkembangannya antara lain meliputi:

1. Keadaan umum, meliputi: status kesadaran, status gizi, tanda-tanda vital dan lain-lain.
 - a. Pemeriksaan kesadaran, dilakukan dengan penilaian kualitatif dan kuantitatif. Penilaian secara kualitatif diperoleh nilai antara lain: composmentis (sadar penuh dan respon cukup terhadap stimulus yang diberikan), apatis (acuh tak acuh terhadap keadaan sekitar), somnolen (kesadaran lebih rendah, anak tampak mengantuk, selalu ingin tidur, tidak responsif terhadap rangsangan ringan dan masih memberikan respon pada rangsangan yang kuat), sopor (anak tidak memberikan respon ringan maupun sedang, tetapi masih memberikan sedikit respon pada rangsangan yang kuat, ditandai refleks pupil terhadap cahaya masih positif), koma (anak tidak dapat bereaksi terhadap stimulus apa pun, refleks pupil terhadap cahaya tidak ada), delirium (tingkat kesadaran paling bawah, disorientasi, sangat iritatif, kacau, salah persepsi terhadap rangsangan sensorik). Penilaian kesadaran secara kuantitatif dapat diukur dengan penilaian skala koma Glasgow (Glasgow Coma

Scale, GCS), nilai koma di bawah 10 dan penilaiannya sebagai berikut:

- 1) Membuka mata: spontan (4), dengan diajak bicara (3), dengan rangsangan nyeri (2), tidak membuka (1)
- 2) Respon verbal: sadar dan orientasi ada (5), berbicara tanpa kacau (4), berkata tanpa arti (3), hanya mengerang (2), tidak ada suara (1)
- 3) Respon motorik: sesuai perintah (6), terhadap rangsangan nyeri timbul gerakan normal (5), terhadap rangsangan nyeri fleksi cepat dan abduksi bahu (4), terhadap rangsangan nyeri fleksi lengan dan adduksi bahu (3), terhadap rangsangan nyeri ekstensi lengan, adduksi, endorotasi bahu, pronasi lengan bawah (2), terhadap rangsangan nyeri tidak ada gerakan (1).

Untuk menentukan nilai kesadaran dengan menjumlahkan masing-masing aspek penilaian, yaitu: membuka mata + respon verbal + respon motorik.

- b. Status gizi. Penilaian dapat dilakukan dengan pemeriksaan antropometrik, meliputi pemeriksaan berat badan, panjang badan, lingkaran lengan atas, pemeriksaan klinis dan laboratorium. Hasil pemeriksaan dapat digunakan untuk menentukan apakah anak mengalami gizi baik, cukup atau kurang.
- c. Tanda vital: Pemeriksaan nadi, seharusnya dilakukan pada saat tidur atau istirahat dan disertai dengan pemeriksaan denyut jantung untuk mengetahui adanya pulsus defisit. Pemeriksaan nadi bertujuan untuk menilai kecepatan dan frekuensi nadi, irama

dan kualitas nadi. Pemeriksaan tekanan darah, harus mencantumkan posisi atau keadaan anak pada saat dilakukan pemeriksaan, apakah tidur, duduk, berbaring atau menangis. Pemeriksaan tekanan darah dapat dilakukan secara langsung atau tidak langsung, dengan menggunakan tensimeter. Pemeriksaan ini bertujuan untuk menilai adanya kelainan pada sistem kardiovaskuler. Pemeriksaan pernafasan, dilakukan dengan menilai frekuensi, irama, kedalaman, dan tipe atau pola pernafasan. Pemeriksaan suhu, dapat dilakukan melalui rektal, aksila dan oral untuk menilai keseimbangan suhu tubuh dan membantu menentukan diagnosis dini suatu penyakit.

2. Pemeriksaan kulit, kuku, rambut dan kelenjar getah bening
 - a. Pemeriksaan kulit, dilakukan untuk menilai pigmentasi, adanya sianosis, ikterus, ekzema, pucat, purpura, eritema, makula, papula, vesikula, pustula, ulkus, turgor kulit, kelembaban kulit, tekstur kulit dan edema.
 - b. Pemeriksaan kuku, dilakukan dengan inspeksi warna, bentuk dan keadaan kuku.
 - c. Pemeriksaan rambut, untuk menilai warna, kelembatan, distribusi dan karakteristik lain.
 - d. Pemeriksaan kelenjar getah bening, dengan melakukan palpasi daerah leher atau inguinal.
3. Pemeriksaan kepala dan leher
 - a. Kepala, menilai lingkaran kepala dan ubun-ubun.
 - b. Wajah, menilai kesimetrisan wajah, adakah paralisis wajah, dan pembengkakan.
 - c. Mata, menilai visus, keadaan palpebra, kelenjar

lakrimalis, duktus nasolakrimalis, sklera, kornea, pupil, lensa dan bola mata.

- d. Telinga, menilai telinga bagian luar, yaitu bentuk, besar dan posisi daun telinga, lubang telinga, membran tympani, pembesaran daerah mastoid dan fungsi pendengaran.
 - e. Hidung, menilai kelainan bentuk, adanya epistaksis.
 - f. Mulut, adakah trismus, halitosis, labioskisis, edema dan peradangan gusi, kelainan pada lidah, ukuran dan adanya tremor lidah, keadaan gigi dan pengeluaran saliva
 - g. Faring, menilai adanya hiperemia, edema, abses dan adanya pseudomembran,
 - h. Laring, adanya obstruksi laring disertai stridor, batuk dan suara serak.
 - i. Leher, menilai tekanan vena jugularis, massa pada leher dan pembesaran kelenjar tiroid.
4. Pemeriksaan dada, untuk menilai bentuk dan besar dada, kesimetrisan, gerakan dada, deformitas penonjolan, pembengkakan, dan kelainan lain.
 - a. Payudara, menilai perkembangan dan kelainan payudara anak, adanya ginekomastia patologis, galaktore sebelum pubertas.
 - b. Paru, inspeksi pengembangan paru saat bernafas, adakah kelainan patologis, palpasi kesimetrisan, fremitus dan krepitasi, perkusi langsung dan tidak langsung untuk mengidentifikasi suara paru, dan auskultasi untuk menilai suara nafas dasar dan tambahan.
 - c. Jantung, dengan cara inspeksi, palpasi denyut apikal, detak pulmonal, dan getaran bising. Perkusi

pembesaran jantung, auskultasi suara jantung meliputi suara jantung, irama dan bising.

5. Pemeriksaan abdomen, dengan inspeksi ukuran dan bentuk, auskultasi peristaltik usus dan suara bising, palpasi dinding abdomen, nyeri tekan, pembesaran organ dan perkusi abdomen. Auskultasi didahulukan, agar tidak terpengaruh stimulasi dari luar, antara lain palpasi dan perkusi. Periksa organ hati, ginjal dan lambung. Pemeriksaan dilanjutkan ke organ lain seperti anus dan rektum.
6. Pemeriksaan genetalia, laki-laki perhatikan ukuran dan bentuk penis, testis, kelainan lubang urethra dan peradangan testis dan skrotum. Perempuan adakah epispadia, tanda seks sekunder dan pengeluaran cairan.
7. Pemeriksaan tulang belakang dan ekstremitas, inspeksi adanya kelainan, kelemahan dan nyeri pada tulang belakang. Periksa tulang, otot dan sendi, jari tabuh, nyeri tekan, gaya berjalan, ataksia, spasme otot, paralisis, atrofi/hipertropi otot, kontraktur dan lain-lain.
8. Pemeriksaan neurologis, pertama, inspeksi kelainan neurologis seperti kejang, tremor, twitching, korea, parese, paralisis, diplegia, paraplegia, tetraplegia, hemiparese, hemiplegi. Kedua, pemeriksaan refleks superfisial, tendon dan patologis. Ketiga, tanda meningeal, Brudzinski I dan II. Keempat, pemeriksaan kekuatan dan tonus otot.

Langkah 2. Interpretasi Data

Melakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis, masalah dan kebutuhan tumbuh kembang anak berdasarkan data yang telah dikumpulkan pada langkah 1. Acuan untuk mendeteksi beberapa kelainan tumbuh kembang anak antara lain: 10% anak akan mencapai kemampuan pada usia dini, 50% anak akan mencapai kemampuan kemudian, 75% anak akan

mencapai kemampuan lebih kemudian, 90% anak sudah harus dapat mencapai kemampuan pada batas usia paling lambat rasiah dalam batas normal, dan 10% anak dimasukkan dalam kategori terlambat apabila belum bisa mencapai kemampuannya.

Secara umum, terdapat ciri-ciri anak yang memiliki kelainan dan perlu pemeriksaan skrining, di antaranya: usia 1-1,5 bulan belum bisa tersenyum spontan, usia lebih dari 3 bulan masih menggenggam dan belum bersuara, usia 4-5 bulan belum tengkurap dengan kepala diangkat, usia 7-8 bulan belum bisa duduk tanpa bantuan, usia 12 bulan belum bisa menjimpit, usia 15 bulan belum berjalan, usia 18 bulan belum mampu mengucapkan 4-5 kata, usia 2 tahun belum bisa menyebut nama anak sendiri, usia 30 bulan belum bisa menggambar, usia 3 tahun belum bisa berpakaian, usia 3,5 tahun belum bisa mengenal warna, usia 4 tahun belum bisa menggambar orang 3 bagian, usia 4,5 tahun belum bisa bercerita. Bila dijumpai anak dengan salah satu kondisi tersebut maka perlu dilakukan pemeriksaan skrining untuk mengenal berbagai masalah pertumbuhan dan perkembangan anak.

Beberapa kelainan dan masalah berkaitan dengan tumbuh kembang anak di antaranya: Gagal tumbuh (*fail to thrive*); Gangguan makan (menolak makanan, pika, regurgitasi, anoreksia nervosa); Gangguan tidur (gangguan tidur teror dan gangguan tidur berjalan/ somnambulisme); Enuresis fungsional (pengeluaran urine tidak terkontrol akibat kegagalan toilet training dan negative reinforcement); Enkopresis fungsional (pengeluaran tinja tidak terkontrol); Gagap, mutisme efektif (gangguan bicara, menolak bicara pada situasi sosial); Gangguan perkembangan spesifik (membaca, menulis, berhitung, berbahasa, artikulasi, gangguan perkembangan motorik spesifik); Retardasi mental (IQ di bawah 70); Autisme (sindrom keanner, tidak mampu bersosialisasi, menggunakan bahasa,

perilaku berulang-ulang, bereaksi tidak biasa. Anak berbuat semaunya sendiri dalam berperilaku dan berfikir); Gangguan pemusatan perhatian (kurang konsentrasi dan hiperaktivitas impulsif); serta Penganiayaan dan pengabaian anak yang dapat menimbulkan sakit, cedera fisik atau emosional anak.

Contoh 1.

Diagnosis: Bayi laki-laki 9 bulan, dengan pertumbuhan dan perkembangan normal Masalah: tidak ada Kebutuhan:

- a. Imunisasi Hepatitis B.3 dan campak
- b. Konseling umum tentang gizi anak, imunisasi anjuran dan stimulasi perkembangan anak.

Contoh 2.

Diagnosis: Anak perempuan 3 tahun, dengan gizi buruk dan perkembangan suspect ada kelainan.

Masalah:

- a. Gangguan makan: pika berupa kebiasaan anak makan kertas.
- b. Pengabaian anak karena sosial ekonomi dan pengetahuan keluarga rendah.
- c. Anak tidak pernah mendapatkan imunisasi dasar dan lanjutan.

Kebutuhan:

- a. KIE tentang kebutuhan dan pemenuhan gizi anak balita dan bahaya pika.
- b. KIE tentang perkembangan dan stimulasi perkembangan pada anak.

Langkah 3. Identifikasi diagnosis atau masalah potensial

Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial yang mungkin akan terjadi berdasarkan diagnosis atau masalah yang sudah diidentifikasi.

Contoh:

Diagnosis potensial:

Gizi buruk dan tidak mendapatkan imunisasi potensial imunitas tubuh menurun

Masalah Potensial:

- a. Potensial terjadi masalah ekonomi bagi orang tua yang tidak mampu, karena anak membutuhkan perawatan intensif dan lebih lama
- b. Kebiasaan pika potensial menimbulkan anemia dan keracunan

Langkah 4. Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau ada hal yang perlu dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan lain sesuai kondisi anak, contoh: anak, usia 1 tahun yang semula disimpulkan berjenis kelamin perempuan terdeteksi adanya ambigue genitalia, membutuhkan pemeriksaan lebih lanjut dengan dokter dan psikiatri untuk identifikasi jenis kelamin dan mencegah trauma psikologis.

Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan menyeluruh yang rasional sesuai dengan temuan pada langkah sebelumnya. Contohnya:

1. Anak dengan kelainan atau masalah yang berkaitan dengan

tumbuh kembang.

- a. Gagal tumbuh, memberikan stimulasi lingkungan pada anak, makanan tambahan untuk mengurangi defisiensi protein, vitamin dan lain-lain, osikoterapi pada keluarga dan alternatif orang tua asuh.
- b. Gangguan makan, dengan memberikan terapi simptomatis, psikoterapi pada keluarga dan terapi kombinasi dalam makanan.
- c. Gangguan tidur, dengan melindungi anak dari kecelakaan (cedera), memberikan kenyamanan, membantu anak tidur dan kolaborasi dengan dokter bila gangguan berkepanjangan.
- d. Enuresis fungsional, dengan membatasi pemasukan cairan sebelum tidur, melatih mengendalikan retensi urine, latihan menahan kencing, positive reinforcement, toilet training dan kolaborasi dokter bila perlu.
- e. Enkopresis fungsional, dengan melatih anak toileting saat buang air besar, psikoterapi dan kolaborasi dokter bila perlu.
- f. Gagap, dengan memberikan terapi psikologis pada anak dan psikoterapi pada keluarga serta kolaborasi dokter bila perlu.
- g. Mutisme efektif, dengan memberikan terapi suportif agar anak mau bicara, reinforcement positive dan psikoterapi pada keluarga.
- h. Retardasi mental, dengan mencegah terjadinya gangguan kesehatan lain, selalu memperbaiki status gizi anak, melatih dan membantu anak melaksanakan tugas dan ketrampilan yang minimal dapat dikuasai anak sesuai tingkat retardasinya, selalu melibatkan

ahli terapi wicara, ahli rehabilitasi medis, psikiater, dan lain-lain.

2. Ajari orang tua terhadap tugas perkembangan anak sesuai dengan kelompok umur anak.
3. Berikan kesempatan anak untuk melaksanakan tugas perkembangan.
4. Lakukan asuhan kebidanan sesuai dengan kelompok usia tumbuh kembang seperti berikut ini:
 - a. Usia 0-1 tahun
 - 1) Berikan stimulasi dengan menggunakan bermacam-macam mainan berwarna di tempat tidur, seperti mobil, mainan dengan musik, dan lain-lain.
 - 2) Pangku atau gendong anak saat mau makan dalam keadaan tenang.
 - 3) Berikan waktu istirahat dan lakukan observasi orang tua selama berinteraksi dan makan.
 - 4) Berikan pengasuhan secara penuh.
 - 5) Biarkan tangan dan kaki bebas jika memungkinkan.
 - b. Usia 1-3,5 tahun
 - 1) Anjurkan anak melakukan perawatan diri sendiri seperti: makan, memakai baju dan lain-lain.
 - 2) Berikan stimulasi atau dorong anak untuk mengemukakan kata atau bahasa.
 - 3) Beri anak kesempatan untuk bermain dengan kelompok sebayanya seperti bermain teka-teki, buku bergambar, mobil-mobilan, balok mainan dan lain-lain.
 - 4) Anjurkan orang tua ikut aktif dalam asuhan anak.

c. Usia 3,5 – 5 tahun

- 1) Anjurkan anak melakukan perawatan diri sendiri, seperti: memakai baju, mandi, merawat mulut, rambut dan lain-lain.
- 2) Beri anak kesempatan untuk bermain dengan kelompok, seperti model mainan musik, boneka, buku-buku, kendaraan sepeda roda tiga, dan lain-lain.
- 3) Berikan buku cerita.
- 4) Anjurkan orang tua ikut aktif dalam asuhan anak.

Langkah 6. Melaksanakan Perencanaan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana).

Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif apabila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan

sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai dengan batasan ideal anak. Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen Kebidanan yang terdiri atas tujuh langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan klinis dalam memberikan asuhan Kebidanan yang dapat diaplikasikan/ diterapkan dalam setiap situasi.

*Contoh format pendokumentasian manajemen kebidanan
pada balita*

ASUHAN KEBIDANAN PADA BALITA

Tanggal masuk :

Pukul :

No. RM :

I. PENGKAJIAN Tgl/jam.....

A. Data Subyektif

1. Identitas Bayi

Nama :

Umur :

Jenis Kelamin :

Tanggal lahir :

2. Identitas penanggungjawab

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 :

Jenis :

Makanan pantang :

Pola minum :

Masalah :

2) Eliminasi

a) BAK

Frekuensijumlah.....warna.....

Keluhan.....

b) BAB

Frekuensijumlah.....warna.....

Keluhan.....

3) Istirahat

Siang.....malam.....

Keluhan.....

4) Aktivitas :

5) Personal hygiene:.....

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

KU :
 Kesadaran :
 PB :
 BB :
 LLA :
 LK :
 LD :
 Vital sign : T : N : S : R :

2. Pemeriksaan fisik

Kepala :
 Muka :
 Mata :
 Hidung :
 Bibir :
 Telinga :
 Leher :
 Aksila :
 Dada :
 Abdomen :
 Genetalia :
 Ektremitas :

3. Pemeriksaan penunjang

II. INTEPRETASI DATA

A. Diagnosa Kebidanan :

Data Dasar : DO/DS

B. Masalah

Data Dasar : DO/DS

III. DIAGNOSA POTENSIAL

IV. ANTISIPASI MASALAH

V. PERENCANAAN

VI. PELAKSANAAN

VI. EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal.....Jam.....

DATA SUBJEKTIF

.....

DATA OBJEKTIF

.....

ASSESMENT

.....

PLANNING (Termasuk Pendokumentasian, Implementasi dan Evaluasi)

Tanggal.....Jam.....

F. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA GANGGUAN SISTEM REPRODUKSI

Beberapa teknik penulisan dalam dokumentasi asuhan kebidanan pada gangguan sistem reproduksi antara lain sebagai berikut.

Langkah 1. Pengkajian Data

Data yang harus dikumpulkan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi, meliputi: Biodata/identitas baik pasien maupun suami/keluarga, data subjektif dan data objektif, yang terdiri atas pemeriksaan fisik, pemeriksaan panggul dan pemeriksaan laboratorium/penunjang lainnya. Biodata yang dikumpulkan dari pasien dan suami/keluarganya, meliputi: nama, umur, agama, suku/bangsa, pendidikan, pekerjaan dan alamat lengkap.

Data subjektif dari pasien dengan gangguan sistem reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi:

- Keluhan utama dan kunjungan saat mi kunjungan pertama atau kunjungan ulang
- Riwayat perkawinan, terdiri atas: status perkawinan, perkawinan ke, umur ibu saat perkawinan dan lama

- perkawinan
- Riwayat Menstruasi, meliputi: HPMT, siklus menstruasi, lama menstruasi, dismenorhoe, perdarahan pervaginam dan fluor albus
- Riwayat obstetri Para (P)... Abortus (Ab)... Anak hidup (Ah)...), meliputi: perdarahan pada kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, hipertensi dalam kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu, BB lahir bayi kurang dari 2500 gram atau lebih dari 4000 gram serta masalah selama kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu.
- Riwayat Keluarga Berencana, meliputi: jenis metode yang dipakai, waktu, tenaga dan tempat saat pemasangan dan berhenti, keluhan/alasan berhenti
- Riwayat kesehatan, meliputi: riwayat penyakit sistemik yang sedang/pernah diderita (penyakit jantung, hipertensi, DM, TBC, ginjal, asma, epilepsi, hati, malaria, penyakit kelamin, HIV/AIDS), riwayat penyakit sistemik keluarga, riwayat penyakit ginekologi dan riwayat penyakit sekarang.
- Riwayat kecelakaan, operasi, alergi obat/makanan
- Pola Pemenuhan kebutuhan sehari-hari, meliputi: pola nutrisi (makan dan minum), eliminasi (BAB dan BAK), personal hygiene, aktivitas dan istirahat
- Keadaan psikososial, meliputi: pengetahuan dan respon pasien terhadap keluhan/kondisi yang dihadapi saat ini, jumlah keluarga di rumah, respon keluarga terhadap keadaan pasien, dukungan keluarga, pengambilan keputusan dalam keluarga dan pilihan mendapatkan pengobatan.

Data objektif dari pasien dengan gangguan sistem reproduksi yang harus dikumpulkan, meliputi:

- Pemeriksaan fisik, meliputi:

- 1) Keadaan umum, meliputi: kesadaran, keadaan emosi dan postur badan pasien selama pemeriksaan, BB.
- 2) Tanda-tanda vital: tekanan darah, suhu badan, frekuensi denyut nadi dan pernafasan.
- 3) Kepala dan leher, meliputi: edema wajah, mata (kelopak mata pucat, warna sklera), mulut (rahang pucat, kebersihan, keadaan gigi (karies, karang, tonsil), leher (pembesaran kelenjar tiroid, pembuluh limfe).
- 4) Payudara, meliputi: bentuk dan ukuran, hiperpigmentasi * areola, keadaan puting susu, retraksi, massa, pengeluaran cairan dan pembesaran kelenjar limfe
- 5) Abdomen, meliputi: adanya bentuk, adanya bekas luka, benjolan/masa tumor, nyeri tekan
- 6) Ekstremitas, meliputi: edema tangan dan kaki, pucat pada kuku jari, varises, refleksi patella
- 7) Genitalia, meliputi: luka, varises, kondiloma, cairan (warna, konsistensi, jumlah, bau, keluhan gatal/panas), keadaan kelenjar bartholini (pembengkakan, cairan, kista), nyeri tekan, hemoroid dan kelainan lain.
- 8) Punggung, ada kelainan bentuk atau tidak.
- 9) Kebersihan kulit.

b. Pemeriksaan ginekologi

Inspekulo, meliputi: keadaan serviks (cairan/darah, luka/ peradangan/tanda-tanda keganasan), keadaan dinding vagina (cairan/darah, luka).

Pemeriksaan bimanual untuk mencari letak serviks, adakah dilatasi dan nyeri tekan/goyang. Palpasi uterus untuk menentukan ukuran, bentuk dan posisi, mobilitas, nyeri, adanya masa.

c. Pemeriksaan penunjang

Pada kondisi tertentu, pasien harus menjalani beberapa pemeriksaan penunjang untuk melengkapi data yang telah dikumpulkan dan keperluan menegakkan diagnosis pasien.

Beberapa pemeriksaan laboratorium yang harus dilakukan pada pasien dengan gangguan sistem reproduksi, adalah pemeriksaan melalui sampel darah, sekret/cairan per vaginam, atau biopsi jaringan tubuh. Selain itu mungkin dibutuhkan beberapa pemeriksaan diagnostik, antara lain: USG, Histerosalingografi (HSG) atau laparoscopi dan lain-lain.

Langkah 2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosis atau masalah dan kebutuhan klien berdasarkan interpretasi yang benar atas dasar data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah atau diagnosis yang spesifik. Contoh: Diagnosis: P3 AbO Ah3 umur 52 tahun dengan kistoma ovarii.

Masalah: Perasaan mual terus-menerus, tidak sampai muntah. Kebutuhan: Konseling tentang penyebab mual dan nutrisi yang adekuat.

Langkah 3. Mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosis yang telah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila

diagnosis/masalah potensial ini benar-benar terjadi. Contoh:
 Diagnosis potensial: Kistoma ovarii potensial terjadi keganasan.
 Masalah potensial: Mual terus menerus potensial kebutuhan nutrisi tidak terpenuhi.

Langkah 4. Mengidentifikasi dan menetapkan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan/atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Beberapa data mungkin mengindikasikan situasi yang gawat dan bidan harus bertindak segera untuk kepentingan keselamatan jiwa pasien.

Dari data yang dikumpulkan dapat menunjukkan satu situasi yang memerlukan tindakan segera sementara yang lain harus menunggu intervensi dari dokter, misalnya adanya kistoma ovarii potensial keganasan, mengharuskan bidan untuk bertindak cepat, antara lain: secara mandiri memperbaiki keadaan umum, secara kolaborasi bekerjasama dengan bagian diit untuk menentukan diit yang tepat bagi pasien dan kolaborasi dengan dokter spesialis untuk pemeriksaan Patologi Anatomi untuk memastikan apakah benar terjadi keganasan atau tidak dan tindakan pembedahan.

Langkah 5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini dilakukan perencanaan yang menyeluruh, ditentukan langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi, pada langkah ini informasi/data dasar yang tidak lengkap dapat dilengkapi.

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

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

Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini haruslah rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan atau tidak akan dilakukan klien. Rasional berarti tidak berdasarkan asumsi, tetapi sesuai dengan keadaan klien dan pengetahuan teori yang benar dan memadai atau berdasarkan suatu data dasar yang lengkap dan bisa dianggap valid sehingga menghasilkan asuhan klien yang lengkap dan tidak berbahaya.

Langkah 6. Melaksanakan perencanaan

Pada langkah ini bidan mengarahkan atau melaksanakan rencana asuhan secara efektif dan aman. Pelaksanaan asuhan ini sebagian dilakukan oleh bidan, sebagian oleh klien sendiri atau oleh petugas kesehatan lainnya. Walau bidan tidak

melaksanakan seluruh asuhan sendiri, tetapi dia tetap memiliki tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya (misalnya memantau rencananya benar-benar terlaksana).

Bila perlu berkolaborasi dengan dokter misalnya karena adanya komplikasi. Manajemen yang efisien berhubungan dengan waktu, biaya serta peningkatan mutu asuhan. Kaji ulang apakah semua rencana telah dilaksanakan.

Langkah 7. Evaluasi

Pada langkah ini dievaluasi keefektifan asuhan yang telah diberikan, apakah telah memenuhi kebutuhan asuhan yang telah teridentifikasi dalam Diagnosis maupun masalah. Pelaksanaan rencana asuhan tersebut dapat dianggap efektif apabila anak menunjukkan pertumbuhan dan perkembangan yang lebih baik, terjadi pencapaian dalam tugas perkembangan sesuai dengan kelompok usia dan ukuran fisik sesuai dengan batasan ideal anak.

Ada kemungkinan bahwa sebagian rencana tersebut terlaksana dengan efektif dan mungkin sebagian belum efektif. Karena proses manajemen asuhan ini merupakan suatu kegiatan yang berkesinambungan maka perlu evaluasi, kenapa asuhan yang diberikan belum efektif. Dalam hal ini mengulang kembali dari awal setiap asuhan yang belum efektif, melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian dan modifikasi apabila memang diperlukan. Langkah-langkah proses manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses berfikir yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis, karena proses manajemen tersebut berlangsung di dalam situasi klinik.

Manajemen Kebidanan yang terdiri atas tujuh langkah ini merupakan proses berfikir dalam mengambil keputusan

klinis dalam memberikan asuhan Kebidanan yang dapat diaplikasikan/ diterapkan dalam setiap situasi.

G. PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA BERENCANA

Dokumentasi asuhan kebidanan pada ibu/akseptor keluarga berencana (KB) merupakan bentuk catatan dari asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu yang akan melaksanakan pemakaian KB atau calon akseptor KB seperti pil, suntik, implant, IUD, metode operasi pria (MOP), dan lain sebagainya.

Beberapa teknik penulisan dalam dokumentasi asuhan kebidanan pada akseptor KB antara lain.

1. Mengumpulkan data

Data yang dikumpulkan pada akseptor *antara* lain identitas pasien, keluhan utama tentang keinginan menjadi akseptor, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat menstruasi (bagi akseptor wanita), riwayat perkawinan, riwayat KB, riwayat obstetri, keadaan psikologis, pola kebiasaan sehari-hari; riwayat sosial, budaya dan ekonomi; pemeriksaan fisik dan penunjang.

2. Melakukan interpretasi data dasar

Interpretasi data dasar yang akan dilakukan adalah berasal dari beberapa data yang ditemukan pada saat pengkajian ibu/akseptor KB.

3. Melakukan identifikasi diagnosis atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Beberapa hasil dari interpretasi data dasar dnpal digimakan dalam mengidentifikasi diagnosis atau masalah potensial kemungkinan sehingga ditemukan beberapa diagnosis atau masalah potensial ibu/akseptor KB seperti ibu ingin menjadi akseptor KB Pil dengan antisipasi masalah potensial seperti potensial terjadinya peningkatan berat badan, potensial fluoralbus meningkat, obesitas, mual dan pusing.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera atau masalah potensial pada ibu/akseptor KB

Langkah ini dilakukan untuk mengantisipasi dan melakukan konsultasi dan kolaborasi dengan kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien seperti kebutuhan KIE (komunikasi, informasi, dan edukasi).

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

Rencana asuhan menyeluruh pada ibu/akseptor KB yang dilakukan sebagaimana contoh berikut: apabila ibu adalah akseptor KB pil, maka jelaskan tentang perigertian dan keuntungan KB pil, anjurkan. menggunakan pil secara teratur dan anjurkan untuk periksa secara dini bila ada keluhan.

6. Melaksanakan perencanaan

Pada tahap ini dilakukan rencana asuhan kebidanan menyeluruh yang dibatasi oleh standar asuhan kebidanan pada ibu/akseptor KB.

7. Evaluasi

Evaluasi pada ibu/akseptor KB dapat menggunakan bentuk SOAP sebagai berikut.

S : Data subjektif

Berisi tentang data dari pasien melalui anamnesis (wawancara) yang merupakan ungkapan langsung tentang keluhan atau masalah KB.

O : Data objektif

Data yang didapat dari hasil observasi melalui pemeriksaan fisik sebelum atau selama pemakaian KB.

A : Analisis dan interpretasi

Berdasarkan data yang terkumpul kemudian dibuat kesimpulan meliputi diagnosis, antisipasi diagnosis atau masalah potensial, serta perlu tidaknya tindakan segera.

P : Perencanaan

Merupakan rencana dari tindakan yang akan diberikan termasuk asuhan mandiri, kolaborasi, tes diagnosis atau laboratorium, serta konseling untuk tindak lanjut.

Contoh format pendokumentasian manajemen kebidanan pada keluarga berencana

ASUHAN KEBIDANAN PADA KELUARGA BERENCANA

Tanggal masuk :

Pukul :

No. RM :

I. PENGKAJIAN Tgl/jam.....

A. Data Subyektif

1. Identitas Istri Suami

Nama :.....

Umur :.....

Agama :.....

Pendidikan :.....

Pekerjaan :.....

Suku/bangsa :.....

Alamat :.....

Telp :.....

2. Anamnesa

a. Keluhan Utama

b. Riwayat Perkawinan

Perkawinan kemenikah sejak umur.....

lama perkawinan..... status

c. Riwayat Haid

Menarche.....HPM.....

lama.....

Teratur/tidak.....Sakit/tidak.....

Siklus.....

d. Riwayat Obstetric

P.....A.....Ah.....

No	Th	Jenis Persa- linan	Peno- long	Tempat	H/m	Jenis	Bb Lahir	Kompli- kasi	Ket

e. Riwayat KB

No	PASANG					LEPAS			
	Metode	Tgl	Petu- gas	Tempat	Ket	Tgl	Petu- gas	Tempat	Ket

f. Riwayat Kesehatan

- 1) Riwayat Kesehatan Yang Lalu
- 2) Riwayat Kesehatan Sekarang
- 3) Riwayat Kesehatan Keluarga

g. Riwayat persalinan terakhir

Kala	Lama	Tindakan	Perdarahan	Ket

g. Pola Kebutuhan Sehari-hari

1) Nutrisi

Porsi makan sehari :

Jenis :

Makanan pantang :

Pola minum :

Masalah :

2) Eliminasi

a) BAK

Frekuensi jumlah warna

Keluhan.....

b) BAK

Frekuensi jumlah warna

Keluhan.....

3) Istirahat

Siang.....malam.....
 Keluhan.....
 4) Aktivitas :.....
 5) Personal Higiene:.....
 6) Pola Seksual :.....

i. Data Psikososial Spiritual
 Pengetahuan ibu dan keluarga
 tentang kontrasepsi :.....
 Pengambilan keputusan
 oleh :.....
 Ketaatan ibu beribadah :.....
 Ibu tinggal bersama :.....

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan umum

KU :.....
 Kesadaran :.....

TB :.....

BB :.....

LILA :.....
 Vital sign :T :.....N :.....S :.....R :.....

2. Pemeriksaan obstetrik

Kepala :.....
 Muka :.....
 Mata :.....

Leher :.....
 Aksila :.....
 Payudara :.....
 Abdomen :.....
 Genetalia :.....
 Ektremitas :..... (Reflek Patela Kanan/Kiri)

3. Pemeriksaan Penunjang

II. INTEPRETASI DATA

A. Diagnosa kebidanan :

Kunjungan ulang : seorang akseptor KB kunjungan
 ulang

Akseptor baru : Seorang ibu calon akseptor KB

Data Dasar : DO/DS

B. Masalah

Data Dasar : DO/DS

III. DIAGNOSA POTENSIAL

IV. ANTISIPASI MASALAH

V. PERENCANAAN

VI. PELAKSANAAN

VII.EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal.....Jam.....

DATA SUBJEKTIF

.....

DATA OBJEKTIF

.....

ASSESMENT

.....

PLANNING (Termasuk Pendokumentasian, Implementasi dan Evaluasi)

Tanggal.....Jam.....

.....

DAFTAR PUSTAKA

- Bates, B. 1998, *Buku Saku Pemeriksaan Fisik dan Riwayat Kesehatan Edisi 2*, EGC, Jakarta.
- Cunningham F. G. 2001. *Obstetri William*. Jakarta :EGC
- Depkes RI (pusdiknakes). 2001. *Konsep Asuhan Kebidanan*. Jakarta.
- Depkes RI (pusdiknakes). 2003. *Konsep Asuhan Kebidanan*, Tridasi Printer . Jakarta.
- Depkes RI, 2003, *Konsep Asuhan Kebidanan*, Tridasi Priter. Jakarta.
- Depkes RI, 2008, *Konsep Persalinan Normal*, Jakarta.
- Farer H, 2001. *Perawatan Maternitas*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, A.A.A. 2002. *Pengantar Dokumentasi Proses Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Hidayat, AAA, 2005, *Pengantar Ilmu Keperawatan anak I*, Salemba Medika, Jakarta.
- Kusnadi, D. *Dokumentasi Catatan Medik (rekam medis)* Rumah Sakit.
- Lawintono, L. 2000. *Dokumentasi Kebidanan*. St Carolus. Jakarta.
- Mochtar, R. 1998. *Sinopsis Obstetri Jilid I* . Jakarta : EGC

- Nursalam, 2001. *Proses & Dokumentasi Keperawatan Konsep & Praktik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Pengurus Pusat Ikatan Bidan Indonesia, 2001, *50 Tahun Ikatan Bidan Indonesia Menyongsong Masa depan*, Jakarta.
- Pengurus pusat Ikatan Bidan Indonesia, 2001. *50 Tahun Ikatan bidan Menyongsong Masa depan*, Jakarta.
- Pengurus pusat Ikatan Bidan Indonesia, 2003. *Manajemen Kebidanan Metode SOAP*, Jakarta.
- Pusat Pendidikan Keperawatan Carolus (PPKC), 2004, *Modul pelatihan Manajemen asuhan Kebidanan*, PPKC, Jakarta
- Pusdiknakes. 2003. *Asuhan Antenatal*. WHO-JHPIEGO
- Ranuh, IGN, dkk, 2005, *Pedomam Imunisasi di Indonesia*, Edisi Kedua, Satgas Imunisasi-IDAI, Jakarta
- Sunarsih, 2005. *Upaya Peningkatan Jumlah Kunjungan Pelayanan Antenatal di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Sutomo Surabaya*.
- Varney, H. 1997. *Varney's Midwifery*. FA Davis Company. Philadelphia.
- Wijaya, L, 2003, *Manajemen Rekam Medis dan Informasi Kesehatan*, Jakarta.
- Winkjosastro H, 2005. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.

Lampiran 1

LAMPIRAN

**PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA NOMOR: 749A/IMENKES/PER/XII/1989
TENTANG REKAM MEDIS/
MEDICAL RECORD
MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**

Menimbang:

- a. Bahwa dalam rangka mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi seluruh masyarakat perlu adanya peningkatan mutu pelayanan kesehatan.
- b. Bahwa peningkatan mutu pelayanan kesehatan harus disertai adanya sarana penunjang yang memadai, antara lain melalui penyelenggaraan rekam medis pada setiap saran pelayanan kesehatan.
- c. Bahwa untuk mencapai tujuan huruf a dan b tersebut di atas dipandang perlu menetapkan peraturan menteri kesehatan tentang rekam medis.

Mengingat:

1. Undang-Undang Nomor 9 Tahun 1960 tentang Pokok-pokok Kesehatan (Lembaran Negara Tahun 1960 Nomor 131, tambahan Lembaran Negara Nomor 2068).
2. Undang-Undang Nomor 6 Tahun 1963 tentang Tenaga Kesehatan Lembaran Negara Tahun 1963 Nomor 79, tambahan Lembaran Negara Nomor 2576).
3. Undang-Undang nomor 7 Tahun 1971 tentang Ketentuan-

ketentuan Pokok Kearsipan (Lembaran Negara Tahun 1971 Nomor 32, tambahan Lembaran Negara Nomor 2964).

4. Peraturan Pemerintah Nomor 10 Tahun 1966 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran (Lembaran Negara 1966 Nomor 21, tambahan Lembaran Negara Nomor 2803).
5. Peraturan Pemerintah Nomor 7 Tahun 1987 tentang Penyerahan Sebagian Urusan Pemerintahan dalam Bidang Kesehatan kepada Daerah (Lembaran Negara 1987 Nomor 9, tambahan Lembaran Negara Nomor 3347).

MEMUTUSKAN

Menetapkan :

Peraturan menteri kesehatan republik Indonesia tentang rekam medis.

BAB I

Ketentuan Umum

Pasal 1

Dalam peraturan ini yang dimaksud dengan :

- a. Rekam medis adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan, dan pelayanan pada pasien pada sarana pelayanan kesehatan.
- b. Sarana pelayanan kesehatan adalah tempat yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan baik untuk rawat jalan maupun rawat inap yang dikelola oleh pemerintah ataupun swasta.
- c. Dokter adalah dokter umum/dokter spesialis dan dokter gigi/dokter gigi spesialis.

- d. Tenaga kesehatan lain adalah tenaga kesehatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung kepada pasien.
- e. Direktur jenderal adalah direktur pelayanan medis dan atau direktur jenderal pembinaan kesehatan masyarakat.

BAB II

Tata Cara Penyelenggaraan

Pasal 2

Setiap sarana pelayanan kesehatan yang melakukan pelayanan rawat jalan maupun rawat inap wajib membuat rekam medis.

Pasal 3

Rekam medis sebagaimana yang dimaksud pasal 2 dibuat oleh dokter dan atau tenaga kesehatan lainnya yang memberikan pelayanan langsung kepada pasien.

Pasal 4

Rekam medis harus dibuat segera dan dilengkapi seluruhnya setelah pasien menerima pelayanan.

Pasal 5

1. Pembetulan kesalahan catatan dilakukan pada tulisan yang salah dan diberi paraf oleh petugas yang bersangkutan.
2. Penghapusan tulisan dengan cara apa pun tidak diperbolehkan.

Pasal 6

1. Lama penyimpanan rekam medis sekurang-kurangnya untuk jangka waktu 5 (lima) tahun terhitung dan tanggal terakhir pasien berobat.

2. Lama penyimpanan rekam medis yang berkaitan dengan hal-hal yang bersifat khusus dapat ditetapkan tersendiri.

Pasal 7

1. Setelah batas waktu sebagaimana dimaksud pasal 7 dilampaui, rekam medis dapat dimusnahkan.
2. Tata cara pemusnahan sebagaimana dimaksud ayat 1 ditetapkan oleh direktur jenderal.

Pasal 8

Rekam medis harus disimpan oleh petugas yang ditunjuk oleh pimpinan sarana pelayanan kesehatan.

BAB III

Permilikan dan Pemanfaatan

Pasal 9

1. Berkas rekam medis milik sarana pelayanan kesehatan.
2. Isi rekam medis milik pasien.

Pasal 10

Rekam medis merupakan berkas yang wajib dijaga kerahasiannya.

Pasal 11

1. Pemaparan isi rekam medis hanya boleh dilakukan oleh dokter yang merawat pasien dengan izin tertulis dari pasien.
2. Pimpinan sarana pelayanan kesehatan dapat memaparkan isi rekam medis tanpa izin pasien berdasarkan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Pasal 12

Pimpinan sarana kesehatan bertanggung jawab atas :

- a. Hilangnya rusaknya ataupun pemalsuan rekam medis.
- b. Penggunaan oleh orang/badan yang tidak berhak.

Pasal 13

Rekam medis dapat dipakai sebagai :

- a. Dasar pemeliharaan kesehatan dan pengobatan pasien.
- b. Bahan pembuktian dalam perkara hukum.
- c. Bahan untuk keperluan penelitian dan pendidikan.
- d. Dasar pembayaran biaya pelayanan kesehatan.
- e. Bahan untuk menyiapkan statistik kesehatan.

BAB IV

Isi Rekam Medis

Pasal 14

Isi rekam medis untuk pasien rawat jalan dapat dibuat selengkap-lengkapannya dan sekurang-kurangnya memuat identitas, anamnesis, diagnosis, dan tindakan/pengobatan.

Pasal 15

Isi rekam medis untuk pasien rawat inap sekurang-kurangnya memuat :

- Identitas pasien.
- Anamnesis.
- Riwayat penyakit.
- Hasil pemeriksaan laboratorium.
- Diagnosis.

- Persetujuan tindak medis.
- Tindakan/pengobatan.
- Catatan observasi klinis dan hasil pengobatan.
- Resume akhir dan evaluasi pengobatan.

BAB V

Pengorganisasian

Pasal 16

Pengelolaan rekam medis dilaksanakan sesuai dengan tata cara kerja organisasi sarana pelayanan kesehatan.

Pasal 17

Pimpinan sarana pelayanan kesehatan wajib melakukan pembinaan terhadap petugas rekam medis untuk meningkatkan keterampilan.

Pasal 18

Pengawasan terhadap penyelenggaraan rekam medis dilakukan oleh direktur jenderal.

BAB VI

Sanksi

Pasal 19

Pelanggaran terhadap ketentuan-ketentuan dalam peraturan ini dapat dikenakan sanksi administratif mulai dari teguran lisan sampai pencabutan surat izin.

BAB VII

Ketentuan Peralihan

Pasal 20

Semua sarana pelayanan kesehatan harus menyesuaikan diri dengan ketentuan-ketentuan dalam peraturan ini paling lama 1 (satu) tahun sejak berlakunya peraturan ini.

BAB VIII

Ketentuan Penutup

Pasal 21

Hal-hal teknis yang belum diatur dalam petunjuk pelaksanaan peraturan ini akan ditetapkan oleh direktur jenderal sesuai dengan bidang tugas masing-masing.

Pasal 22

Peraturan menteri ini berlaku sejak tanggal ditetapkan. Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan peraturan ini dengan penempatannya dalam berita negara Republik Indonesia.

Di tetapkan di Jakarta

Pada tanggal: 2 Desember 1989

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK
INDONESIA

Dr. ADHYATMA, M.P.H.

Lampiran 2

PETUNJUK PELAKSANAAN PENYELENGGARAAN REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT

(Kep.Dirjen Yanmedik Nomor 78/Yan.Med/RS.Um.Dik/
YMU/I/91)

Pendahuluan

1. Bahwa dalam rangka upaya peningkatan mutu serta efisiensi pelayanan kesehatan di rumah sakit, perlu adanya dukungan dari berbagai faktor yang terkait.
2. Bahwa sebagai salah satu faktor yang ikut mendukung keberhasilan upaya tersebut adalah terlaksananya penyelenggaraan Rekam Medis yang sesuai dengan standar yang berlaku.
3. Adanya PP Nomor 10 tahun 1996 tentang Wajib Simpan Rahasia Kedokteran/Lembaran Negara tahun 1966 Nomor 21 tambahan lembaran negara Nomor 2803 sebagai dasar menjamin terlaksananya rekam medis di rumah sakit.
4. Adanya Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 034/Birhup/1972 tentang Perencanaan dan Pemeliharaan RS, di mana antara lain disebutkan bahwa guna menunjang terselenggaranya rencana induk yang baik, maka setiap rumah sakit diwajibkan.
 - a. Mempunyai dan merawat statistik yang *up to date*.
 - b. Membina rekam medis yang berdasarkan ketentuan-ketentuan yang telah ditetapkan.
5. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 134/1978 tentang Struktural Organisasi dan Tata Kerja RSU di mana antara

lain disebutkan bahwa salah satu bagian adalah pencatatan medis.

6. Dalam perundang-undangan yang ada, rekam medis belum dapat dikelola dengan memuaskan. Untuk mengatasi masalah tersebut diterbitkan peraturan Menkes No. 749a/menkes/per/XII/89 tentang Rekam Medis.
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 749a/Menkes/per/XII/89 mengatur pengelolaan rekam medis di semua sarana pelayanan kesehatan, karena itu perlu ditetapkan petunjuk pelaksanaan penyelenggaraan rekam medis di RS.
8. Petunjuk pelaksanaan ini dimaksudkan sebagai:
 - a. Pedoman bagi rumah sakit dalam menyelenggarakan rekam medis.
 - b. Dasar untuk menjamin kesamaan pengertian dalam hal penyelenggaraan rekam medis.

Pengertian-pengertian

1. Rekam medis di rumah sakit adalah berkas yang berisikan catatan dan dokumen tentang identitas, anamnesis, pemeriksaan, diagnosis, pengobatan, tindakan, dan pelayanan lain yang diberikan kepada seorang pasien selama di rawat di rumah sakit yang dilakukan di unit-unit rawat jalan termasuk unit gawat darurat dan unit rawat inap.
2. Rumah sakit yang dimaksud adalah rumah sakit umum dan rumah sakit khusus baik milik depkes, pemda, ABRI, BUMN, maupun swasta.
3. Dokter adalah dokter umum, dokter spesialis, dokter gigi, dan dokter gigi spesialis.
4. Dokter tamu adalah dokter yang statusnya bukan dokter

sebagai dokter tetap di suatu rumah sakit.

5. **Residens** adalah dokter umum yang sedang mengikuti spesialisasi.
6. **Tenaga kesehatan lain** adalah tenaga paramedis perawatan dan nonperawatan yang ikut memberikan pelayanan kesehatan secara langsung pada pasien.

Tata cara penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit :

1. Setiap rumah sakit wajib membuat rekam medis sesuai dengan petunjuk teknis direktur jenderal pelayanan medis.
2. **Tenaga yang berhak** membuat rekam medis di rumah sakit adalah:
 - a. **Dokter umum**, dokter spesialis, dokter gigi, dokter gigi spesialis yang bekerja di rumah sakit tersebut.
 - b. **Dokter tamu** pada rumah sakit tersebut.
 - c. **Residens** yang sedang melaksanakan kepaniteraan klinik.
 - d. **Tenaga paramedis perawatan** dan paramedis non perawatan yang langsung terlibat didalam pelayanan kepada pasien di rumah sakit, meliputi antara lain: perawat, perawat gigi, bidan, tenaga laboratorium klinik, gizi anaestesi, penata rontgen, rehabilitasi medik, dan lain sebagainya.
 - e. Dalam hal dokter luar negeri melakukan alih teknologi kedokteran yang berupa tindakan/konsultasi kepada pasien yang membuat rekam medis adalah dokter yang ditunjuk oleh direktur rumah sakit.
3. **Kelengkapan isi rekam medis**
 - a. Setiap tindakan/konsultasi yang dilakukan terhadap pasien, selambat-lambatnya dalam waktu 1x24 jam harus

ditulis dalam lembar rekam medis.

- b. Semua pencatatan harus ditanda tangani oleh dokter/ tenaga kesehatan lainnya sesuai dengan kewenangannya dan ditulis nama terangnya serta diberi tanda tangan.
 - c. Pencatatan yang dibuat mahasiswa kedokteran dan mahasiswa lainnya ditandatangani dan menjadi tanggung jawab dokter yang merawat atau dokter pembimbingnya.
 - d. Pencatatan yang dibuat oleh residens harus diketahui oleh dokter pembimbingnya.
 - e. Dokter yang merawat dapat memperbaiki kesalahan penulisan dan melakukannya pada saat itu juga serta diberi tanda tangan.
 - f. Penghapusan tulisan dengan cara apa pun tidak diperbolehkan.
4. **Penyimpanan**
- a. Penyimpanan rekam medis dapat dilakukan dengan cara sentralisasi dan desentralisasi. Sentralisasi adalah penyimpanan rekam medis dipusatkan di satu tempat/ unit rekam medis. Desentralisasi penyimpanan rekam medis di masing-masing unit pelayanan rumah sakit yang belum mampu melakukan penyimpanan rekam medis dengan sistem sentralisasi, dapat menggunakan sistem desentralisasi.
 - b. Rekam medis rumah sakit disimpan sekurang-kurangnya 5 tahun dihitung dari tanggal terakhir berobat.
 - c. Dalam hal rekam medis yang berkaitan dengan kasus tertentu dapat disimpan lebih dari 5 tahun.
 - d. Penyimpanan rekam medis dapat dilakukan sesuai

dengan perkembangan teknologi penyimpanan, antara lain dengan microfilm.

5. Tata cara pemusnahan rekam medis

- a. Rekam medis yang sudah memenuhi syarat untuk dimusnahkan dilaporkan kepada direktur rumah sakit.
- b. Direktur rumah sakit membuat surat keputusan tentang pemusnahan rekam medis dan menunjuk tim pemusnahan rekam medis.
- c. Tim pemusnahan rekam medis melaksanakan pemusnahan dan membuat berita acara pemusnahan yang disahkan direktur rumah sakit.
- d. Berita acara dikirim kepada pemilik rumah sakit dengan tembusan kepada direktur jenderal pelayanan medis.

Pemilikan dan pemanfaatan rekam medis:

1. Berkas rekam medis adalah milik rumah sakit

Direktur rumah sakit bertanggung jawab:

- a. Hilangnya/rusakanya atau pemalsuan rekam medis.
 - b. Penggunaan oleh badan atau orang yang tidak berhak.
- ##### 2. Isi rekam medis adalah milik pasien yang wajib dijaga kerahasiannya. Untuk melindungi kerahasiaan tersebut dibuat ketentuan sebagai berikut.
- a. Hanya petugas rekam medis yang diizinkan masuk ke ruang penyimpanan berkas rekam medis.
 - b. Dilarang mengutip sebagian atau seluruh isi rekam medis untuk badan-badan atau perorangan, kecuali bila telah ditentukan oleh peraturan perundang-undangan yang berlaku.

3. Peminjaman rekam medis:

- a. Peminjaman rekam medis untuk keperluan pembuatan makalah, riset, dan lain-lain oleh seorang dokter/tenaga kesehatan lainnya sebaiknya dikerjakan di kantor rekam medis.
- b. Mahasiswa kedokteran dapat meminjam rekam medis jika dapat menunjukkan surat pengantar dari dokter ruangan.
- c. Dalam hal pasien mendapat perawatan lanjutan di rumah sakit atau institusi lain, berkas rekam medis tidak boleh dikirimkan, akan tetapi cukup diberikan resume akhir pelayanan.

4. Rekam medis dapat dipakai sebagai:

- a. Sumber informasi medis dari pasien yang berobat ke rumah sakit yang berguna untuk keperluan pengobatan dan pemeliharaan kesehatan pasien.
- b. Alat komunikasi antar dokter dengan dokter lainnya, anatar dokter dengan paramedis dalam usaha memberikan pelayanan pengobatan dan perawatan.
- c. Buku tertulis (*documentary evidance*) tentang pelayanan yang telah diberikan oleh rumah sakit dan keperluan lainnya.
- d. Alat untuk analisa dan evaluasi terhadap kualitas pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit.
- e. Alat untuk melindungi kepentingan hukum bagi pasien, dokter, tenaga kesehatan lainnya dan rumah sakit.
- f. Untuk penelitian dan pendidikan.
- g. Untuk perencanaan dan pemanfaatan sumber daya.

- h. Untuk keperluan lain yang ada kaitannya dengan rekam medis.

Isi rekam medis rumah sakit:

1. Untuk pasien rawat jalan termasuk pasien gawat darurat, rekam medis memuat informasi pasien antara lain sebagai berikut.
 - a. Identitas pasien.
 - b. Anamnesis:
 - Keluhan utama;
 - Riwayat sekarang;
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan/kontak
 - c. Pemeriksaan fisik, laboratorium, khusus lainnya.
 - d. Diagnosis kerja/deferensial diagnosis.
 - e. Pengobatan/tindakan
2. Untuk rawat inap, rekam medis memuat informasi pasien antara lain sebagai berikut.
 - a. Identitas pasien.
 - b. Anamnesis:
 - Keluhan utama;
 - Riwayat sekarang;
 - Riwayat penyakit yang pernah diderita
 - Riwayat keluarga tentang penyakit yang mungkin diturunkan/kontak

- c. Pemeriksaan fisik, laboratorium, khusus lainnya.
- d. Diagnosis kerja/deferensial diagnosis/diagnosis akhir.
- e. Persetujuan pengobatan/tindakan.
- f. Pengobatan/tindakan.
- g. Catatan konsultasi.
- h. Catatan perawatan dan tenaga kesehatan lainnya.
- i. Catatan observasi klinik dan hasil laboratorium.
- j. Resume akhir dan evaluasi pengobatan.

Pengorganisasian:

1. Dalam penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit, terdapat kegiatan-kegiatan sebagai berikut.
 - a. Penerimaan pasien
 - b. Pencatatan
 - c. Pengelolaan data medis
 - d. Penyimpanan rekam medis
 - e. Pengambilan kembali rekam medis (retrivai)
2. Pembinaan dan pengawasan.
 - a. Direktur rumah sakit wajib melakukan pembinaan terhadap petugas yang berkaitan dengan rekam medis serta pengetahuan dan keterampilan mereka.
 - b. Direktur rumah sakit wajib membuat prosedur kerja tetap penyelenggaraan rekam medis di rumah sakit masing-masing.
 - c. Di dalam melakukan pembinaan pengawasan, direktur rumah sakit dapat membentuk dan dibantu komite rekam medis.

Sanksi

1. Direktur jenderal pelayanan medis dapat memberikan sanksi administratif sesuai dengan ketentuan yang berlaku terhadap pimpinan rumah sakit yang tidak melaksanakan ketentuan yang tercantum dalam Peraturan Menkes Nomor 749a/Menkes/Per/XII/1989.
2. Direktur rumah sakit dapat memberikan sanksi administratif sesuai dengan ketentuan perundang-undangan yang berlaku terhadap semua petugas RS yang tidak melaksanakan ketentuan yang tercantum dalam keputusan Direktur Jenderal Pelayanan Medis ini.

Lampiran 3

Lampiran

Keputusan Menteri Kesehatan RI

No : 900/MENKES/SK/VII/2002

Tanggal : 25 Juli 2002

Tentang : Registrasi dan Praktik Bidan

PENCATATAN DAN PELAPORAN

1. Dalam melaksanakan pelayanan kebidanan, bidan harus melaksanakan pencatatan hasil pelayanan, baik berupa rekam medis kebidanan untuk setiap pasien maupun rekapitulasi hasil pelayanan sebagai dasar untuk pembuatan laporan.
2. Bidan setiap memberikan pelayanan kebidanan harus sesuai dengan peraturan yang berlaku. Informasi yang dibuat dalam rekam medis sekurang-kurangnya:
 - a. Identitas pasien
 - b. Data kesehatan
 - c. Data persalinan
 - d. Data bayi yang dilahirkan (panjang badan dan berat badan)
 - e. Tindakan dan obat yang diberikan
3. Bidan secepat mungkin memberikan kartu menuju sehat (KMS) balita dan KMS ibu hamil atau buku KIA, yang telah di isi dengan hasil pemeriksaan kepada setiap balita dan ibu hamil untuk di bawa pulang.
4. Pelaporan yang dilakukan dengan mengikuti ketentuan program pemerintah, khususnya dalam pelayanan KIA dan KB, pelaporan ditujukan kepada Puskesmas setempat,

sebulan sekali. Data yang dilaporkan minimal meliputi:

- a. Jumlah ibu hamil yang dilayani (K1, K4)
- b. Jumlah persalinan (PN)
- c. Jumlah persalinan abnormal (perdarahan, infeksi, preeklamsia/eklamsia dan gangguan obstetri lainnya)
- d. Jumlah kelahiran
 - 1) lahir hidup
 - 2) lahir mati
- e. Jumlah ibu yang dirujuk dan kelainannya
- f. Jumlah ibu hamil, bersalin, nifas (yang dilayani) meninggal

Dokumentasi Kebidanan perlu dilakukan karena dapat digunakan sebagai bahan untuk mempertanggung jawabkan tindakan yang dilakukan dan juga bila ada kejadian gugatan, maka dokumentasi kebidanan dapat membantu. Bidan sebagai tenaga kesehatan dan pelaksana asuhan kebidanan wajib mencatat dan melaporkan kegiatannya yang dokumentasinya harus tersimpan dengan baik. Sistem pendokumentasian yang dilaksanakan dapat memberikan manfaat antara lain sebagai sarana komunikasi antara tenaga kesehatan, sarana untuk dapat mengikuti perkembangan dan evaluasi pasien, dapat dijadikan data penelitian dan pendidikan, mempunyai nilai hukum dan merupakan dokumen yang sah. Dalam kebidanan banyak hal penting yang harus didokumentasikan yaitu segala asuhan atau tindakan yang diberikan oleh bidan baik pada ibu hamil, bersalin, nifas, bayi, dan keluarga berencana.

Buku ini berisi :

Konsep dasar dokumentasi, Teknik Pendokumentasian, Model Pendokumentasian, Prinsip Pendokumentasian Manajemen Kebidanan, Rancangan Format Pendokumentasian : a. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil, b. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin, c. Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas, d. Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir, e. Asuhan Kebidanan Pada Tumbuh Kembang Balita, f. Asuhan Kebidanan Pada Gangguan Sistem Reproduksi g. Asuhan Kebidanan Pada Keluarga Berencana, Daftar pustaka, Lampiran

PERPUS



ISBN : 978-979-15565-0-7

