

PANDUAN PRAKTIS DOKUMENTASI KEBIDANAN:

LANGKAH DEMI LANGKAH UNTUK
REKAM MEDIS YANG AKURAT



Penulis:

Winarni, Maya Sari, Musdalifah, Suparni, Lilis Candra Yanti,
Zaiyidah Fathony, Umi Fania Julianti, Nina Fitri

PANDUAN PRAKTIS DOKUMENTASI KEBIDANAN: LANGKAH DEMI LANGKAH UNTUK REKAM MEDIS YANG AKURAT

**Winarni
Maya Sari
Musdalifah
Suparni
Lilis Candra Yanti
Zaiyidah Fathony
Umi Fania Julianti
Nina Fitri**



GET PRESS INDONESIA

PANDUAN PRAKTIS DOKUMENTASI KEBIDANAN: LANGKAH DEMI LANGKAH UNTUK REKAM MEDIS YANG AKURAT

Penulis :

Winarni
Maya Sari
Musdalifah
Suparni
Lilis Candra Yanti
Zaiyidah Fathony
Umi Fania Julianti
Nina Fitri

ISBN : 978-623-125-477-1

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.

Penyunting : Ilda Melisa, A.Md., Kep.

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, November 2024

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

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Panduan Praktis Dokumentasi Kebidanan: Langkah Demi Langkah Untuk Rekam Medis Yang Akurat ini.

Buku Ini Membahas Konsep Dokumentasi, Teknik Pendokumentasian, Metode Pendokumentasian, Prinsip Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Dengan Pendekatan Catatan SOAP, SOAP Ibu Hamil, SOAP Ibu Bersalin, SOAP Ibu Nifas, SOAP Pada BBL.

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

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

Padang, Oktober 2024

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR TABEL	vi
DAFTAR GAMBAR	vii
BAB 1 KONSEP DOKUMENTASI.....	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengertian.....	1
1.3 Tujuan	2
1.4 Prinsip-Prinsip Dokumentasi Kebidanan.....	4
1.5 Manfaat Dokumentasi Kebidanan.....	7
1.6 Aspek Legal Dalam Dokumentasi Kebidanan	9
DAFTAR PUSTAKA	13
BAB 2 TEHNIK PENDOKUMENTASIAN	15
2.1 Teknik dokumentasi naratif.....	15
2.1.1 Keuntungan Teknik Dokumentasi Naratif	17
2.1.2 Kerugian Teknik Dokumentasi Naratif	18
2.1.3 Pedoman Penulisan Dokumentasi Naratif.....	19
2.2 Teknik Dokumentasi <i>Flow Sheet</i>	22
2.2.1 Pengertian Teknik Dokumentasi <i>Flow Sheet</i>	22
2.2.2 Keuntungan Teknik Dokumentasi <i>Flow Sheet</i>	24
2.2.3 Kerugian Teknik Dokumentasi <i>Flow Sheet</i>	24
2.2.4 Pedoman Penulisan Dokumentasi <i>Flow Sheet</i>	25
DAFTAR PUSTAKA	28
BAB 3 MODEL- MODEL PENDOKUMENTASIAN	29
3.1 Model Pendokumentasian <i>Problem Oriented</i> <i>Record (POR)</i>	29
3.1.1 Pengertian <i>Problem Oriented Record (POR)</i>	29
3.1.2 Keuntungan Dan Kerugian <i>Problem Oriented</i> <i>Record (POR)</i>	31
3.1.3 Contoh model dokumentasi <i>Problem Oriented</i> <i>Record (POR)</i>	32
3.2 Model Dokumentasi <i>Source Oriented Record (SOR)</i>	32
3.2.1 Pengertian <i>Source Oriented Record (SOR)</i>	32
3.2.2 Keuntungan dan Kerugian <i>Source Oriented</i> <i>Record (SOR)</i>	33

3.2.3 Contoh Model Dokumentasi <i>Source Oriented Record (SOR)</i>	34
3.3 Model Pendokumentasian <i>Charting By Exception (CBE)</i>	34
3.3.1 Pengertian <i>Charting By Exception (CBE)</i>	34
3.3.2 Komponen <i>Charting By Exception (CBE)</i>	36
3.3.3 Keuntungan Dan Kerugian <i>Charting By Exception (CBE)</i>	36
3.3.4 Pedoman Dan Format Model Dokumentasi <i>Charting By Exception (CBE)</i>	37
3.3.5 Format Pendokumentasian <i>Charting By Exception (CBE)</i>	37
3.3.6 Contoh Model Pendokumentasian <i>Charting By Exception (CBE)</i>	38
3.4 Model Dokumentasi Kardek	39
3.4.1 Pengertian Model Dokumentasi Kardek	39
3.4.2 Komponen Model Dokumentasi Kardek	39
3.4.3 Keuntungan Dan Kelemahan Model Pendokumentasian Kardek	39
3.4.4 Contoh Model Pendokumentasian Kardek	40
3.5 Model Pendokumentasian Sistem Komputerisasi (<i>Computer Based Patient Record/CPR</i>)	40
3.5.1 Pengertian Model <i>Computer Based Patient Record (CPR)</i>	40
3.5.2 Keuntungan dan kelemahan Model <i>Computer Based Patient Record (CPR)</i>	40
DAFTAR PUSTAKA	42
BAB 4 PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN	
KEBIDANAN DENGAN PENDEKATAN CATATAN SOAP... 43	
4.1 Prinsip pendokumentasian	43
4.2 Manajemen Kebidanan	45
4.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan	45
4.2.2 langkah dalam Manajemen Kebidanan	46
4.3 Pendekatan Catatan SOAP	49
4.4 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan Pendekatan Catatan SOAP	50
DAFTAR PUSTAKA	53

BAB 5 SOAP IBU HAMIL.....	55
5.1 Pendahuluan.....	55
5.2 Pendokumentasian Asuhan Kehamilan	55
5.3 Format Asuhan pada Kehamilan	56
5.3.1 DATA SUBJEKTIF	56
5.3.2 Data Obyektif.....	60
5.3.3 Analisa	61
5.3.4 Penatalaksanaan	61
DAFTAR PUSTAKA.....	63
BAB 6 SOAP IBU BERSALIN.....	65
6.1 Pendahuluan.....	65
6.2 Definisi Dokumentasi	65
6.3 Tujuan Dokumentasi	66
6.4 Manfaat Pendokumentasian Pada Asuhan Persalinan Yang Dilakukan Secara Rutin, JNPK-KR (2017).....	67
6.5 Menurut JNPK-KR (2017), aspek penting yang harus diperhatikan dalam dalam pendokumentasian asuhan persalinan	67
6.6 SOAP	68
6.6.1 Data Subyektif.....	68
6.6.2 Data Obyektif.....	72
6.6.3 Analisis.....	75
6.6.4 Penatalaksanaan	75
6.6.5 Catatan Perkembangan	75
DAFTAR PUSTAKA	81
BAB 7 SOAP IBU NIFAS.....	83
7.1 Pendahuluan.....	83
7.2 Manajemen Kebidanan Masa Nifas	83
7.2.1 Pengkajian.....	83
7.2.2 Perumusan Diagnose.....	92
7.2.3 Perencanaan	92
7.2.4 Pelaksanaan	92
7.2.5 Evaluasi.....	92
7.2.6 Dokumentasi	93
7.3 Tinjauan Kasus	93
DAFTAR PUSTAKA	98

BAB 8 SOAP PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)	101
8.1 Pendahuluan	101
8.2 Metode SOAP (<i>Subjective, Objective, Assesment, Planning</i>)	102
8.2.1 Defenisi.....	102
8.2.2 Manfaat.....	103
8.2.3 Alasan Penggunaan SOAP	104
8.2.4 Urutan Langkah Pencatatan SOAP pada Bayi Baru Lahir	105
8.3 Contoh Pendokumentasian metode SOAP Bayi Baru Lahir (BBL).....	108
DAFTAR PUSTAKA.....	112
BIODATA PENULIS	

DAFTAR TABEL

Tabel 3.1. Format Pendokumentasian POR.....	32
Tabel 3.2. Format Pendokumentasian SOR	34

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Pola Alur Pikir Bidan	51
Gambar 4.2. Penerapan manajemen varney dengan pendekatan SOAP	52
Gambar 5.1. Pengkajian Pada Kala I	76
Gambar 5.2. Pengkajian Pada Kala II	77
Gambar 5.3. Pengkajian Kala III	78
Gambar 5.4. Pengkajian Kala IV	79
Gambar 5.5. Pengkajian Kala IV	80

BAB 1

KONSEP DOKUMENTASI

Oleh Winarni

1.1 Pendahuluan

Dalam ranah kebidanan, pengembangan dan pemeliharaan dokumen menjadi hal yang tak terhindarkan. Dokumentasi bukan hanya sekadar pencatatan rutin, melainkan sebuah bentuk pencatatan dan dokumen otentik yang memegang nilai penting, terutama dalam konteks hukum. Pencatatan ini menjadi semakin signifikan seiring dengan tuntutan akan standar pelayanan kesehatan dan perlindungan terhadap hak pasien. Untuk merinci, bab ini mencakup pengertian tentang dokumentasi kebidanan, tujuan dari proses pencatatan ini, prinsip-prinsip yang harus dipegang, serta manfaatnya dalam berbagai aspek, termasuk administrasi, hukum, pendidikan, penelitian, ekonomi, dan manajemen. Dengan menggali aspek-aspek ini, kita dapat memahami betapa esensialnya dokumentasi kebidanan dalam memberikan asuhan yang berkualitas dan memberikan perlindungan kepada semua pihak yang terlibat dalam proses pelayanan kesehatan kebidanan.

1.2 Pengertian

Dokumentasi dalam bidang kebidanan adalah pencatatan dan dokumen asli yang memiliki nilai otentik, yang dapat digunakan sebagai bukti dalam konteks hukum. Kehadiran dokumentasi kebidanan memiliki arti besar bagi bidan, karena mencatat dan melaporkan perawatan kebidanan kepada klien menjadi suatu kebutuhan. Dokumentasi ini berperan sebagai panduan untuk menghadapi tuntutan dan tanggung jawab dalam menangani berbagai masalah yang mungkin timbul selama pelayanan kepada klien (Wulandari, dkk, 2017).

Pentingnya dokumentasi kebidanan dalam praktik bidan, khususnya saat memberikan asuhan kebidanan kepada klien, sangat

besar. Hal ini diperlukan karena adanya kebutuhan akan pencatatan dan pelaporan, yang berfungsi sebagai panduan dalam menghadapi tuntutan tanggung jawab dan potensi tanggung gugat terkait dengan berbagai permasalahan yang mungkin muncul selama pelayanan kepada klien (Handayani, 2017).

Saat ini, model dokumentasi asuhan kebidanan lebih sering menggunakan pendekatan manual, terutama di kalangan mahasiswa. Ketika berada di lapangan praktik, mahasiswa melaporkan hasil pengkajian data pasien dan asuhan yang diberikan secara manual melalui buku catatan. Kendala utamanya adalah kurang praktis karena memerlukan waktu yang cukup lama untuk pencatatan dan adanya risiko kehilangan data. Oleh karena itu, diperlukan penerapan metode pencatatan informasi pasien yang bersifat digital untuk meningkatkan efektivitas dan efisiensi proses dokumentasi (Juwita et al., 2019).

1.3 Tujuan

Tujuan dokumentasi adalah untuk mendukung kelancaran administrasi dalam upaya meningkatkan layanan kesehatan di rumah sakit atau puskesmas. Selain berperan sebagai dokumen yang bersifat rahasia, catatan mengenai pasien juga berfungsi untuk mengidentifikasi pasien dan mencatat informasi mengenai asuhan kebidanan yang telah diberikan (Vianty Mutya Sari & Tonasih, 2020).

Dokumentasi kebidanan memiliki sejumlah tujuan yang penting dalam konteks asuhan kebidanan masa nifas dan menyusui, seperti yang telah dijelaskan oleh Vianty Mutya Sari & Tonasih (2020):

1. Sarana Komunikasi:

Dokumentasi berfungsi sebagai alat komunikasi yang memfasilitasi pertukaran informasi dalam tiga arah, yaitu komunikasi ke bawah, ke atas, dan lateral. Dokumentasi yang akurat dan lengkap berperan dalam:

- a. Mendukung koordinasi asuhan kebidanan dari tim kesehatan.

- b. Mencegah duplikasi informasi pada pasien atau anggota tim kesehatan, mengurangi kesalahan, dan meningkatkan akurasi asuhan kebidanan.
 - c. Membantu tim bidan untuk efisiensi waktu yang optimal.
2. Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat:
- Dokumentasi berperan sebagai bukti yang dijalankan pada pasien, melindungi pasien dari segi kualitas pelayanan yang diterima, dan melindungi keamanan bidan dalam menjalankan tugasnya. Ini berkaitan dengan persiapan terhadap ketidakpuasan pasien terhadap pelayanan dan aspek hukum yang dapat dianggap dasar dalam menyelesaikan masalah hukum.
3. Informasi Statistik:
- Data statistik yang dihasilkan dari dokumentasi membantu dalam perencanaan kebutuhan di masa mendatang, termasuk kebutuhan sumber daya manusia, sarana, prasarana, dan teknis dalam konteks asuhan kebidanan.
4. Sarana Pendidikan:
- Dokumentasi yang baik membantu siswa kebidanan dan siswa kesehatan lainnya dalam belajar dan mengembangkan pengetahuan, baik teori maupun praktik lapangan.
5. Sumber Data Penelitian:
- Informasi dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian dalam bidang asuhan kebidanan, untuk menciptakan pelayanan yang aman, efektif, dan etis.
6. Jaminan Kualitas Pelayanan Kesehatan:
- Dengan melakukan dokumentasi secara cermat dan tepat, diharapkan pelayanan kebidanan yang berkualitas dapat terwujud. Jaminan kualitas adalah bagian integral dari pengembangan pelayanan kesehatan, dan dokumentasi membantu dalam pemantauan dan peningkatan kualitas asuhan kebidanan.
7. Sumber Data Asuhan Kebidanan Berkelanjutan:
- Dokumentasi memberikan data aktual dan konsisten yang mencakup semua asuhan kebidanan yang dilakukan,

membantu dalam perencanaan dan pelaksanaan asuhan kebidanan berkelanjutan.

8. Menetapkan Prosedur dan Standar:

Dokumentasi memainkan peran dalam menentukan prosedur dan standar yang harus diikuti dalam memberikan asuhan kebidanan yang berkualitas.

9. Mencatat:

Pencatatan digunakan untuk mengawasi kinerja peralatan, sistem, dan tenaga kerja di dalam pelayanan kesehatan yang membantu manajemen dalam pengambilan keputusan dan penilaian kualitas pekerjaan.

1.4 Prinsip-Prinsip Dokumentasi Kebidanan

Catatan klien merupakan data yang memiliki legitimasi dan juga memberikan manfaat yang signifikan, terutama dalam konteks asuhan. Prinsip-prinsip dokumentasi ini dapat diuraikan dalam dua aspek, yang memiliki relevansi sebagai berikut:

1. Ditinjau dari Isi:

- a. Mempunyai Nilai Administratif: Catatan medis mempunyai nilai administratif yang tinggi, karena catatan tersebut digunakan sebagai dasar perencanaan tindakan yang perlu disediakan untuk klien selama perawatan kebidanan.
- b. Mempunyai Nilai Hukum: Segala data mengenai klien adalah catatan resmi yang memiliki nilai hukum. Saat terjadi isu yang terkait dengan praktik kebidanan, dokumen ini dapat digunakan sebagai bukti di pengadilan. Oleh karena itu, data harus teridentifikasi dengan lengkap, jelas, obyektif, dan ditandatangani oleh tenaga kesehatan. Dalam konteks asuhan kebidanan, catatan pasien dapat menjadi bukti legal yang mengikuti pedoman hukum dan etika, membantu melindungi hak dan kepentingan pasien, dan memberikan jaminan bahwa pelayanan kebidanan telah dijalankan sesuai kriteria yang telah ditentukan.
- c. Mempunyai Nilai Ekonomi: Dokumentasi memiliki nilai ekonomi karena catatan yang lengkap bisa dijadikan

sebagai referensi dalam mempertimbangkan biaya asuhan kebidanan bagi klien. Dengan demikian, hal ini dapat membantu dalam pengelolaan biaya pelayanan kebidanan yang efisien.

- d. Mempunyai Nilai Edukasi: Dokumentasi memiliki nilai pendidikan karena urutan waktu dari kegiatan pelayanan kebidanan dapat digunakan sebagai materi pembelajaran bagi siswa kebidanan dan profesional kesehatan lainnya. Ini membantu dalam proses pendidikan dan peningkatan pengetahuan dalam bidang kebidanan.
 - e. Mempunyai Nilai Penelitian: Dokumentasi kebidanan memiliki nilai penelitian, dimana data yang terdapat di dalamnya dapat digunakan sebagai bahan penelitian dan pengembangan profesi kebidanan.
2. Ditinjau dari Teknik Pencatatan:
- a. Menyertakan nama pasien pada setiap lembar dokumen: Menyertakan nama pasien dalam setiap catatan adalah penting untuk identifikasi yang akurat dan rinci.
 - b. Menulis dengan Tinta (Idealnya Tinta Hitam): Penggunaan tinta memastikan bahwa catatan tetap dapat dibaca dan tidak mudah pudar.
 - c. Menulis/Menggunakan Simbol yang Telah Disepakati: Penggunaan simbol yang telah disepakati oleh institusi mempercepat proses pencatatan dan meminimalkan kebingungan.
 - d. Menulis Catatan dengan Tanggal, Jam, dan Observasi yang Akurat: Catatan harus mencakup informasi waktu dan kejadian yang sesuai dengan kenyataan, bukan interpretasi.
 - e. Hindari Penggunaan Kata-Kata Penilaian: Dalam pencatatan, hindari kata-kata seperti "tampaknya" atau "rupanya," yang bersifat penilaian, dan lebih berfokus pada fakta yang objektif.
 - f. Tuliskan Nama Jelas pada Pesanan, Observasi, dan Pemeriksaan: Memastikan bahwa nama orang yang melakukan tindakan atau observasi diidentifikasi dengan jelas dalam catatan.

- g. Gambarkan Hasil Temuan dengan Jelas: Hasil temuan seperti kondisi, tanda, gejala, warna, jumlah, dan ukuran harus digambarkan secara jelas dan disajikan dengan ukuran yang lazim digunakan.
- h. Interpretasi Data Harus Didukung oleh Observasi: Setiap interpretasi harus didasarkan pada pengamatan dan data yang obyektif.
- i. Jangan Biarkan Kolom Kosong: Pastikan semua kolom terisi dan jika tidak ada yang perlu dicatat, berikan tanda yang sesuai.
- j. Setiap Coretan Harus Disertai Paraf: Perubahan atau revisi harus diberi tanda tangan oleh yang bersangkutan untuk menjamin integritas dokumen.

Selain itu, beberapa prinsip yang harus diperhatikan dalam proses dokumentasi seharusnya menurut Kasmiati et al., (2023) adalah sebagai berikut:

1. Kesederhanaan (*Simplicity*):

Dalam pendokumentasian, penggunaan kata-kata yang sederhana dianjurkan. Dokumen harus mudah dibaca dan dimengerti, dan penghindaran istilah yang rumit atau kiasan yang dapat membingungkan pembaca adalah suatu keharusan.

2. Akurasi (*Conservatism*):

Dokumentasi harus benar-benar akurat, didasarkan pada informasi yang berasal dari data yang dikumpulkan. Hal ini menghindari kesimpulan yang tidak tepat. Setiap catatan harus mencantumkan tanda tangan dan nama yang jelas dari penyedia asuhan.

3. Kesabaran (*Patience*):

Kesabaran adalah kunci dalam membuat dokumentasi yang akurat. Perlu waktu untuk memeriksa kebenaran data pasien yang telah atau sedang diperiksa.

4. Ketepatan (*Precision*):

Ketepatan dalam pendokumentasian adalah suatu persyaratan yang penting. Untuk memastikan ketepatan,

diperlukan penggunaan teknologi tinggi dalam menilai data klinis pasien, hasil laboratorium, dan pemeriksaan tambahan.

5. Kekonklusian (*Irrefutability*):

Dokumentasi harus jelas dan obyektif. Data yang ada harus benar-benar jelas dan obyektif, dan tidak boleh mengandung data samaran yang dapat menimbulkan kebingungan.

6. Kerahasiaan (*Confidentiality*):

Informasi yang diperoleh dari pasien harus didokumentasikan dan harus dijaga atau dilindungi sebagai rahasia yang sangat rahasia. Petugas kesehatan berkewajiban untuk menjaga kerahasiaan informasi pasien.

7. Catatan Singkat dan Lengkap (*Brief and Comprehensive*):

Dokumentasi dapat dimulai dengan catatan singkat, namun perlu untuk kemudian dilengkapi dengan nama dan identifikasi yang jelas.

8. Tidak Menulis Asuhan/tindakan yang Belum Dilakukan:

Tindakan yang belum dilaksanakan sebaiknya tidak dicatat. Hasil pengamatan atau observasi yang signifikan harus dicatat dengan segera. Dalam situasi darurat atau ketika bidan terlibat langsung dalam tindakan, sebaiknya ada seseorang yang ditugaskan khusus untuk mencatat semua tindakan secara berurutan.

9. Penulisan Nama dan Waktu Tindakan (*Clear Name and Timestamp*):

Setiap tindakan harus selalu mencantumkan nama yang jelas dan mencantumkan tanggal dan waktu tindakan dilakukan.

1.5 Manfaat Dokumentasi Kebidanan

Dalam konteks dokumentasi kebidanan sebagaimana disampaikan oleh Kasmianti et al., (2023), dapat diuraikan manfaat dari berbagai aspek yang relevan:

1. Aspek Administrasi:

- a. Dokumentasi digunakan untuk menentukan fokus asuhan yang perlu diberikan kepada klien atau kelompok.

- b. Dokumentasi membantu membedakan tanggung jawab bidan dari tanggung jawab anggota tim pelayanan kesehatan lainnya.
- c. Dokumentasi memungkinkan penelaahan dan pengevaluasian asuhan dengan tujuan meningkatkan kualitas pelayanan.
- d. Dokumentasi memberikan kriteria klasifikasi pasien, membantu dalam identifikasi dan pengelompokan pasien.
- e. Dokumentasi memberikan justifikasi atau dasar yang mendukung tindakan yang diambil.
- f. Dokumentasi memberikan data yang diperlukan untuk tinjauan administrasi dan aspek hukum.
- g. Dokumentasi memenuhi persyaratan hukum, akreditasi, dan standar professional yang berlaku.
- h. Dokumentasi berfungsi sebagai sumber data penelitian dan referensi pendidikan.

2. Aspek Hukum:

Seluruh data catatan mengenai klien memiliki nilai hukum dan dapat digunakan sebagai bukti dalam pengadilan. Oleh karena itu, data harus teridentifikasi dengan lengkap, jelas, objektif, dan harus dihindari pencatatan yang bisa menimbulkan pemahaman yang keliru

3. Aspek Pendidikan:

Dokumentasi memiliki manfaat pendidikan karena berisi urutan waktu dari kegiatan pelayanan kebidanan yang dapat dimanfaatkan sebagai materi atau referensi dalam pembelajaran bagi siswa dan para profesional.

4. Aspek Penelitian:

Dokumentasi memiliki manfaat dalam penelitian, karena data yang terkandung di dalamnya dapat dijadikan bahan penelitian dan pengembangan dalam bidang kebidanan.

5. Aspek Ekonomi:

Dokumentasi memiliki dampak ekonomi, karena mencatat semua asuhan yang diberikan dan membantu dalam perhitungan biaya asuhan yang diberikan kepada klien.

6. Aspek Manajemen:

Dengan menggunakan dokumentasi, manajemen dapat menilai sejauh mana kontribusi bidan dalam memberikan perawatan kepada klien. Hal ini memungkinkan penarikan kesimpulan mengenai efektivitas pelayanan dan mendukung upaya pembinaan serta pengembangan lebih lanjut dalam bidang kebidanan.

1.6 Aspek Legal Dalam Dokumentasi Kebidanan

Berdasarkan teori yang disajikan oleh Wildan dan Hidayat dalam (Handayani, 2017), aspek legal dalam dokumentasi merujuk pada proses pembuatan catatan yang harus mengikuti standar asuhan kebidanan yang telah diatur oleh hukum. Hal ini merupakan langkah yang sah untuk melindungi diri dari potensi gugatan hukum. Dalam konteks kasus hukum, rekam medis dapat digunakan sebagai dasar untuk berbagai klaim hukum atau sebagai alat pembelaan bagi bidan, perawat, dokter, atau fasilitas kesehatan.

Aspek hukum dalam pendokumentasian kebidanan melibatkan dua jenis tindakan hukum berikut ini.

1. Tindakan sipil atau personal

Tindakan sipil ini terkait dengan isu antara individu.

2. Tindakan kriminal

Kejahatan terkait dengan pertentangan antara individu dan masyarakat secara keseluruhan.

Dalam perspektif hukum, ketika suatu hal tidak didokumentasikan, hal itu menandakan bahwa pihak yang bertanggung jawab tidak menjalankan tugas sesuai dengan ketentuan. Jika seorang bidan tidak mengeksekusi atau menyelesaikan suatu kegiatan atau mencatatnya dengan tidak benar, dapat mengakibatkan tuntutan hukum terkait malpraktik. Dokumentasi kebidanan harus memiliki keandalan secara hukum, artinya harus memberikan laporan yang akurat mengenai perawatan yang diterima oleh klien.

Menurut Widan dan Hidayat dalam Handayani (2017), beberapa hal yang perlu diperhatikan agar dokumentasi dapat diakui sebagai aspek legal secara hukum adalah sebagai berikut.

1. Dokumentasi informasi yang terkait dengan aspek legal:
 - a. Pencatatan kebidanan pasien/klien harus diakui secara sah oleh hukum.
 - b. Catatan/grafik yang bersifat umum dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan..
 - c. Informasi yang terdokumentasi harus menyajikan ringkasan mengenai sejarah perawatan pasien dengan lengkap dan jelas.
 - d. Dokumentasi harus memiliki keakuratan yang sesuai dengan norma-norma kebidanan yang telah ditetapkan, sehingga mencerminkan standar pelayanan yang optimal dan profesional dalam bidang kebidanan.
2. Panduan untuk mencatat informasi yang bersifat hukum dan relevan:
 - a. Mengetahui tentang malpraktek yang melibatkan bidan, termasuk tanggung jawab terhadap klien, pelaksanaan tugas, dan dampak pada klien.
 - b. Memberikan perhatian yang memadai pada informasi mengenai kondisi dan perilaku klien, mencatat tindakan kebidanan dan medis, melakukan tindak lanjut, melaksanakan evaluasi fisik pada setiap shift, dan mendokumentasikan komunikasi antara bidan dan dokter.
 - c. Memberikan bukti konkret dan tepat terkait pelaksanaan proses kebidanan dengan keakuratan yang tinggi. Hal ini mencakup rekaman yang akurat dan dapat dipercaya terkait seluruh prosedur dan intervensi kebidanan yang dilakukan.
3. Pedoman hukum dalam mencatat pelayanan kebidanan:
 - a. Hindari menggunakan korektor atau mencoret tulisan yang salah; lebih baik beri garis lurus pada tulisan yang perlu diperbaiki dan tandai dengan paraf.
 - b. Jangan mencatat komentar yang bersifat kritis terhadap klien atau tenaga kesehatan lainnya.
 - c. Lakukan koreksi kesalahan secepat mungkin tanpa terburu-buru, pastikan informasi yang dicatat akurat.

- d. Pastikan informasi yang dicatat merupakan fakta yang sesuai dengan kejadian.
- e. Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat; apabila ada ruang kosong, beri garis lurus dan paraf untuk menghindari penambahan informasi yang tidak sesuai.
- f. Pastikan catatan dapat dibaca dan ditulis dengan tinta untuk mencegah terjadinya kesalahpahaman. Ketika memberikan layanan, sanksi diterapkan jika seorang bidan terbukti melakukan kelalaian atau kecerobohan dalam tindakannya.

Ketika memberikan layanan, sanksi diberlakukan jika seorang bidan terbukti lalai atau melakukan kecerobohan dalam tindakannya. Terkait hal ini, ada empat faktor kelalaian yang perlu terbukti oleh penuntut sebelum sanksi dapat dikenakan pada tindakan bidan, sebagaimana dijelaskan oleh Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati dalam (Handayani, 2017):

1. Kelalaian dalam menjalankan tugas bidan.

Profesi bidan memiliki peran dan fungsi sebagai pendidik dan pelaksana dalam memberikan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, dan masyarakat. Klaim dapat diajukan jika peran tersebut tidak dilaksanakan sepenuhnya atau jika bidan tidak serius dan ceroboh dalam melaksanakan tugasnya.

2. Tidak mematuhi standar praktik kebidanan.

Organisasi bidan telah menetapkan standar praktik kebidanan yang mengatur aturan dan batasan bagi praktik bidan, baik dalam praktik individu maupun berkelompok.

3. Adanya hubungan sebab-akibat terhadap timbulnya cedera.

Seorang bidan dianggap lalai jika tindakan yang dilakukannya dapat menimbulkan kerusakan pada sistem tubuh, misalnya melalui luka atau kerusakan lainnya.

4. Kerugian yang aktual akibat kelalaian.

Walaupun bidan berupaya memberikan kenyamanan dan keamanan pada pasien, tindakannya bisa mengakibatkan kerugian nyata pada pasien. Oleh karena itu, tindakan

tersebut mencerminkan kelalaian yang dapat mengakibatkan tuduhan dan tuntutan.

DAFTAR PUSTAKA

- Handayani, S. R., M.Mid. (2017). Dokumentasi Kebidanan. Pusdik SDM Kesehatan, Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, Jakarta.
- Juwita, J., Ahmad, M., Syarif, S., Mappaware, N. A., Prihantono, P., & Bahar, B. (2019). Recording Data Labour With Documentation Midwifery Based On Word Electric Browser (WEB). *Global Journal of Health Science*, 11(5), 149. doi:10.5539/gjhs.v11n5p149
- Sulfianti,, Evita Aurilia Nardina, & Kasmianti. (2023). Asuhan Kebidanan Pada Masa Nifas. 1 ed. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Vianty Mutya Sari & Tonasih. (2020). Tujuan Dokumen Pasien dalam Konteks Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui. Medan: Yayasan Kita Menulis.
- Wulandari, S., dkk. (2017). Konsep Dasar Dokumentasi Dalam Konteks Asuhan Kebidanan Masa Nifas Dan Menyusui. Medan: Yayasan Kita Menulis.

BAB 2

TEHNIK PENDOKUMENTASIAN

Oleh Maya Sari

BAB 2 yang akan membahas teknik dokumentasi bersama mahasiswa DIII Kebidanan. Mayoritas dari mahasiswa tentunya sudah terbiasa melakukan dokumentasi dan memberikan pelayanan kebidanan. Karena bidan tentu memiliki banyak tugas dan pendokumentasian data kebidanan membutuhkan banyak waktu, penulis tidak yakin apakah telah menyelesaikan semua dokumentasi secara akurat dan lengkap. Oleh karena itu, masuk akal jika mahasiswa tidak terlalu memikirkan dokumentasi. Tidak masalah apakah catatan tersebut mengikuti prosedur dokumentasi atau tidak—yang penting catatan tersebut telah didokumentasikan.

Untungnya, ada cara yang lebih efektif untuk mencatat dan menyimpan data obstetrik penting selama proses dokumentasi. Artinya, bergantung pada jenis teknik dokumentasi yang kita gunakan, jumlah waktu yang diperlukan untuk dokumentasi dapat bervariasi dan tidak selalu diperlukan. Oleh karena itu, saya menyampaikan ajakan kepada seluruh siswa untuk mulai mempelajari isi BAB 2, dan Anda bahkan dapat melengkapinya dengan membaca buku referensi yang disarankan untuk memperoleh pemahaman menyeluruh tentang metode dokumentasi. Bab ini akan membahas teknik dokumentasi *flowsheet* dan naratif.

2.1 Teknik dokumentasi naratif

Kemajuan pasien dilacak menggunakan teknik dokumentasi naratif, yaitu metode naratif dalam mencatat data. Karena merupakan teknik yang paling serbaguna, teknik narasi ini juga paling umum digunakan. Tenaga kesehatan dari berbagai kalangan dapat menerapkan metode ini (Widan dan Hidayat, 2012). Sedangkan menurut Handayani, dkk. (2012), teknik dokumentasi naratif merupakan bentuk dokumentasi

tradisional, yang paling lama digunakan (sejak dokumentasi layanan kesehatan dilembagakan) dan paling fleksibel, serta sering disebut sebagai dokumentasi berorientasi sumber. Selama jam kerja seorang bidan dapat mencatat kejadian-kejadian pelayanan pasien dengan menggunakan rekaman naratif, yaitu format buku harian atau cerita. Secara narasi, status pasien, intervensi, jalannya pengobatan, dan reaksi terhadap intervensi tersebut semuanya dijelaskan dalam paragraf singkat.

Satu-satunya metode yang digunakan untuk mencatat pemberian asuhan kebidanan sebelum dikembangkan teknik *flow sheet* (*flow sheet* dan *checklist*) adalah dengan menggunakan catatan naratif. Sementara itu, bentuk narasi merupakan metode pencatatan tradisional tertua yang bertahan paling lama dan merupakan sistem pencatatan yang serbaguna, menurut Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2020). Sering disebut dokumentasi berorientasi sumber, narasi naratif mengambil petunjuk dari sumber informasi asli. Siapapun petugas kesehatan yang memberikan informasi dapat diidentifikasi sebagai sumber atau asal dokumen tersebut. Observasi dan evaluasi masing-masing narasumber dijabarkan beserta kegiatan masing-masing. Gaya penulisan ini sangat berpegang teguh pada kronologi dan urutan kejadian. Kebijakan institusi biasanya menentukan siapa yang bertanggung jawab untuk melaporkan atau mencatat apa, bagaimana hal tersebut akan dilakukan, dan di mana hal tersebut akan disimpan. Organisasi tertentu, seperti ahli gizi atau catatan dokter, diciptakan khusus untuk itu.

Salah satu cara untuk mendokumentasikan kemajuan pasien adalah melalui penggunaan teknik narasi. Catatan naratif (orientasi pada sumber data) dapat diterapkan pada kondisi klinis apa pun karena sifatnya yang terbuka. Karena tidak ada kerangka kerja yang harus dipatuhi, bidan dapat mencatat temuan observasi mereka sehubungan dengan tanggal tertentu.

Berikut pembahasan mengenai kelebihan dan kekurangan dokumentasi bentuk naratif sehari-hari.

2.1.1 Keuntungan Teknik Dokumentasi Naratif

Keunggulan teknik dokumentasi naratif menurut Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2020) adalah sebagai berikut: banyak bidan yang mempelajari dan merasakan teknik pencatatan ini sejak masa kuliah; mudah untuk diintegrasikan dengan teknik dokumentasi lain, seperti menggunakan lembar alur dan rekaman narasi untuk mendokumentasikan kemajuan pasien. Idealnya, catatan naratif ini mencakup masalah pasien, intervensi yang dilakukan, dan reaksi pasien terhadap intervensi tersebut. Kronologi kejadian pasien dapat didokumentasikan dengan cepat dan mudah oleh bidan dalam situasi darurat dengan bantuan rekaman narasi. Bidan dapat memilih cara menyusun laporan, hanya dengan melaporkan masalah, kejadian, modifikasi intervensi, dan penilaian pasien. Catatan naratif ini juga membantu bidan dalam memahami setiap kejadian pasien secara berurutan.

Sejalan dengan riset dari Fauziah, Afroh, Sudarti (2010), keuntungan dokumentasi naratif seperti berikut.

1. Membuat dokumentasi kronologis (setiap masalah ditulis minimal satu kali per *shift* dan setiap masalah diberi nomor sesuai waktu ditemukannya) guna membantu menafsirkan atau menafsirkan secara berurutan peristiwa/tindakan perawatan yang dilakukan.
2. Mengizinkan petugas (bidan) untuk mencatat informasi sesuai pilihan dan preferensi mereka (catatan menunjukkan kredibilitas profesional).
3. Membuat dokumentasi kronologis, memberi nomor pada setiap masalah berdasarkan waktu ditemukannya, dan menuliskan masalah apa pun setidaknya satu kali per shift untuk membantu interpretasi kejadian perawatan dan tindakan yang dilakukan secara berurutan.
4. Formatnya memudahkan pencatatan masalah, peristiwa perubahan, intervensi, respon pasien, dan hasil (proses pencatatan sederhana).
5. Bidan merasa mudah menulis dan terkenal.
6. Dapat mengatasi setiap kondisi yang dialami pasien jika ditulis dengan benar.
7. Mudah untuk digabungkan ke dalam model lain.

2.1.2 Kerugian Teknik Dokumentasi Naratif

Kelebihan dan kekurangan adalah dua aspek berbeda dari dokumentasi naratif. Dokumentasi naratif juga memiliki kekurangan. Namun, kedua belah pihak seharusnya saling menyeimbangkan.

Kelemahan utama dari teknik dokumentasi naratif ini adalah catatannya tidak terstruktur, seperti yang dinyatakan oleh Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2009). Sulit untuk mengidentifikasi hubungan antar data karena hampir semua catatan naratif terputus-putus dan berpindah dari satu isu ke isu lainnya tanpa masuk akal. Belum lagi catatan ini berorientasi pada tugas dan memakan waktu. tidak selalu menunjukkan pemikiran kritis, tidak mampu membantu pengambilan keputusan, dan tidak meningkatkan kapasitas bidan dalam melakukan analisis dan penilaian yang baik.

Pengumpulan informasi yang berlebihan, terputus-putus, dan terfragmentasi dimungkinkan oleh catatan naratif ini, sehingga menjadikan informasi tersebut tidak bermakna. Tanpa menelusuri seluruh atau sebagian besar catatan pasien, terkadang sulit mendapatkan informasi tentang pasien. Sistem “pesan tersembunyi” atau informasi yang dimaksudkan untuk dipublikasikan tampaknya tidak asli. Untuk mendapatkan gambaran umum tentang pasien, penting untuk meninjau informasi awal dari masing-masing sumber. Karena teknik terbuka ini memerlukan keselarasan semua informasi yang berasal dari semua sumber, pendokumentasian setiap pasien memerlukan waktu yang lama. Menafsirkan rangkaian peristiwa bisa menjadi lebih menantang bila data terkait tidak disusun dalam urutan yang sama. Memantau perkembangan pasien dan keadaan akhirnya membutuhkan waktu.

Sesuai paparan dari Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010), kerugian dokumentasi naratif disebutkan seperti berikut.

1. Membuat data yang tercatat menjadi tidak jelas, tidak proporsional, atau kurang signifikan.
2. Tanpa kembali ke awal rekaman, sulit untuk mengidentifikasi asal mula permasalahan.

3. Informasi yang terekam hanya bersifat umum dan kurang mendalam.
4. Mengizinkan fragmentasi kata yang berlebihan dan kata-kata yang tidak bermakna; setiap sumber harus berulang agar terjadi tumpang tindih.
5. Menulis dan membaca catatan memerlukan banyak waktu. Menulis dan membaca catatan ini membutuhkan banyak waktu.
6. Data yang tidak terstruktur mungkin membingungkan.
7. Pengambilan informasi tanpa peninjauan catatan terkadang menjadi tantangan.
8. Membutuhkan peninjauan catatan dari beberapa sumber guna mengetahui dan memahami kondisi pasien secara keseluruhan.
9. Kemampuan bidan dalam menyebarkan informasi yang dikumpulkan adalah sebatas pencatatan.
10. Karena informasi terkait mungkin tidak didokumentasikan di lokasi yang sama, kronologi atau urutan kejadian mungkin lebih sulit untuk dipahami.

2.1.3 Pedoman Penulisan Dokumentasi Naratif

Sangat penting bagi kita untuk mematuhi aturan atau pedoman penulisan dokumentasi narasi ketika kita menulisnya.

Berikut penjelasan kaidah penyusunan dokumentasi narasi sejalan dengan teori dari Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2020).

1. Gunakan bahasa yang umum ketika mengacu pada hal-hal seperti penilaian data, diagnosis, tujuan asuhan kebidanan, rencana, pelaksanaan, intervensi, dan evaluasi.
2. Patuhi langkah-langkah berikut: memeriksa informasi pasien; menentukan masalah dan persyaratan perawatan; mengatur dan melaksanakan rencana pengobatan; dan menilai reaksi pasien terhadap perawatan medis dan kebidanan. Untuk menyelesaikan prosesnya, tinjau.
3. Sebagai bagian dari laporan, buatlah draf, edit, dan pelihara rencana perawatan.
4. Mengetahui perkembangan pasien, mengikuti perintah

dokter, dan mengawasi kesehatan fisik dan mental selama memberikan asuhan kebidanan.

5. Laporkan evaluasi setiap kali ada perubahan, baik sebelum, sesudah, ataupun setelah pasien dipulangkan.
6. Mengingat untuk tidak meninggalkan ruang atau bagian kosong saat menggunakan teknik perekaman naratif sangatlah penting. Inisial bidan harus dimasukkan dan dibuat garis pada bagian yang kosong.

Sementara itu, sejalan dengan riset dari Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010), pedoman maupun arahan penulisan dokumentasi naratif dipaparkan seperti berikut.

1. Terapkan batasan umum. Hal tersebut menyiratkan dokumentasi naratif harus ditulis sesuai dengan standar yang diterima.
Sebagai gambaran, awali kalimat dengan huruf kapital dan gunakan istilah yang sering digunakan.
 - a. Patuhi instruksi proses perawatan. Artinya, langkah-langkah proses perawatan—penilaian, analisis data, perencanaan, tindakan atau implementasi, dan evaluasi—harus diikuti saat mendokumentasikan.
 - b. Tetapkan garis waktu untuk tindakan petugas. Artinya dalam melakukan suatu tindakan atau mengikuti suatu instruksi diperlukan informasi waktu berupa hari, tanggal dan jam serta tanda tangan bidan yang melakukan tindakan tersebut.
 - c. Catat pernyataan penilaian pada interval yang ditentukan. Artinya, Anda perlu mencantumkan waktu, hari, dan tanggal evaluasi selesai dan didokumentasikan, serta tanda tangan bidan yang melaksanakannya, saat menulis evaluasi.

Setiap metode dokumentasi terdiri dari beberapa komponen. Komponen-komponen ini memerlukan perhatian untuk memastikan dokumentasi yang tepat dan sesuai dengan komponen-komponen tersebut. Ada enam bagian dokumentasi teknik naratif, seperti berikut.

1. Lembar penerimaan adalah dokumen yang biasanya memuat nama pasien, tanggal masuk, dan alasan masuk.
2. Selebar kulit
3. Lembar Petunjuk Dokter, yaitu dokumen yang memuat segala petunjuk yang diberikan dokter mengenai perawatan dan pengobatan pasien, seperti resep obat dan tindakan medis.
4. Lembar riwayat penyakit adalah dokumen yang memuat rincian seluruh penyakit yang pernah dialami pasien dan keluarganya. Biasanya, informasi ini mencakup riwayat penyakit serius serta riwayat warisan. Diabetes mellitus dan penyakit jantung adalah dua contohnya.
5. Lembar rekam medis perawat/bidan, yaitu dokumen yang memuat daftar asuhan keperawatan/kebidanan yang diterima atau direncanakan pasien, beserta hasil evaluasi pelayanannya.
6. Dokumen catatan lainnya. Contohnya: lembar catatan berupa fisioterapi, lembar perolehan laboratorium.

Untuk mencapai hasil dokumentasi yang lebih terstandarisasi (sesuai dengan peraturan terkait), petugas kesehatan perlu menyadari beberapa hal ketika menggunakan teknik narasi untuk dokumentasi. Hal-hal yang harus diperhatikan saat merekam narasi.

1. Memanfaatkan istilah-istilah yang banyak digunakan, seperti perencanaan, diagnosis, prognosis, penilaian, dan lain sebagainya.
2. Perhatikan tahapan-tahapan berikut pada saat pencatatan: mengumpulkan data obyektif dan subyektif; mengevaluasi kebutuhan pasien dan menentukan diagnosis dan prognosis; membuat rencana perawatan atau rencana tindakan dengan menetapkan tenggat waktu untukantisipasi hasil atau perkembangan; melaksanakan rencana dan memantau kemajuan atau respons pasien terhadap intervensi obstetrik/keperawatan; mengevaluasi sesuai dengan rencana; meninjau seluruh proses dan merevisi rencana sesuai kebutuhan.

3. Tulis, edit, dan selalu perbarui rencana perawatan sebagai bagian dari dokumentasi Anda.
4. Melakukan evaluasi rutin dan mengawasi kesehatan fisik dan mental pasien serta jalannya pengobatan, termasuk melaksanakan rencana dokter dan medis, pendidikan pasien, dan kemajuannya.
5. Dokumentasikan setiap pernyataan penilaian pada waktu tertentu, seperti saat pindah, masuk, atau ketika keadaan berubah.

Contoh pencatatan naratif:

(Tanggal 01 Februari 2024, di KIA puskesmas)

Ibu Wina sedang mengandung anak ketiga; Anak pertamanya, yang kini berusia tujuh tahun dan sehat, dilahirkan di bidan desa. Anak pertama lahir sendiri dan dalam keadaan sehat. Kondisi anak dalam keadaan baik saat anak kedua dilahirkan oleh bidan yang sama, namun terdapat komplikasi pada masa nifas, termasuk pendarahan pada dua jam pertama persalinan. Ibu Wina saat ini mengeluhkan badan lemas dan sering mual muntah. Dia menyelesaikan tes plano, dan temuannya menggembirakan.

2.2 Teknik Dokumentasi *Flow Sheet*

2.2.1 Pengertian Teknik Dokumentasi *Flow Sheet*

Selaras dengan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2012), teknik dokumentasi flow sheet merupakan suatu jenis catatan kemajuan nyata yang dimaksudkan untuk mengumpulkan data tertentu dari pasien berdasarkan parameter yang telah ditentukan. Petugas dapat mencatat data klinis klien dan hasil lain dari pengamatan atau pengukuran berulang pada lembar alur tanpa harus menuliskannya secara naratif. Para profesional kesehatan dapat dengan cepat menentukan kondisi pasien dengan memeriksa grafik pada lembar alur, yang menjadikannya cara tercepat dan paling efektif untuk mencatat informasi. Daftar periksa dan lembar alur biasanya lebih sering digunakan di ruang gawat darurat.

Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) memaparkan terkait bidan harus memberikan asuhan kebidanan dan mencatatnya

sebagai bagian dari tanggung jawab pekerjaannya. Kegiatan mendokumentasikan setiap pengobatan yang diberikan bidan membutuhkan banyak waktu. Teknik pencatatan flow sheet dikembangkan untuk mengurangi beban kerja dan waktu yang dibutuhkan bidan untuk mencatat secara naratif. Tujuan dari daftar pemeriksaan dan lembar alir ini adalah untuk mencatat penerapan kebidanan dan mengumpulkan data dari riset. Penggunaan lembar alir ini dengan benar dapat menghemat banyak waktu bidan saat membuat catatan. Sebagian besar waktu bidan akan tersita dalam mencatat hasil data rutin dan tinjauan perawatan. Lembar alir dapat digunakan untuk mendokumentasikan data rutin ini secara ringkas. Di sini, sangat penting untuk menghindari penyalinan informasi dari lembar alir ke dalam catatan kemajuan, karena hal ini akan membuang waktu dan tenaga serta meniadakan maksud awal lembar alir.

Antara lain tujuan pencatatan dengan teknik *flow sheet*.

1. Demi kecepatan dan efektivitas penanganan data dan dokumentasi.
2. Mengumpulkan informasi dari rekam medis pasien yang seharusnya tersebar.
3. Mendorong kesinambungan perawatan.
4. Kurangi rekaman yang berlebihan.
5. Melindungi hak-hak hukum pasien dan bidan.
6. Mampu mengevaluasi data pasien dengan cepat.
7. Bandingkan data pasien dengan cepat dan catat informasi yang diperlukan untuk menilai seberapa baik layanan yang diberikan.

Format pencatatan lembar alir biasanya berbentuk daftar pemeriksaan atau grafik. Pola pemenuhan kebutuhan sehari-hari, kebutuhan pelayanan kebidanan, tanda-tanda vital, pelacakan keseimbangan cairan dan elektrolit tubuh, gizi, penilaian sistem kulit dan tubuh, serta kadar darah dan glukosa termasuk data yang dapat dicatat. Selain itu, flow sheet dapat digunakan untuk mencatat data dasar, catatan pengobatan, KIE (Komunikasi, Informasi, dan Edukasi), serta catatan kemajuan

sehubungan dengan hasil observasi dan tindakan obstetrik.

2.2.2 Keuntungan Teknik Dokumentasi *Flow Sheet*

Berikut manfaat teknik dokumentasi *flow sheet* sejalan dengan riset dari Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2020).

1. Meningkatkan standar pencatatan observasi.
2. Memperkuat pertimbangan hukum.
3. Menjunjung atau memperkuat standar perawatan.
4. Memberikan dokumentasi obstetri yang lebih akurat.
5. Mengurangi fragmentasi data tentang pasien dan pelayanannya.
6. Batasi narasi yang terlalu luas.

Namun dokumentasi *flow sheet* memiliki kelebihan, sejalan dengan Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010).

1. Naikkan kaliber nada.
2. Lebih mudah dibaca.
3. Menegakkan standar perawatan secara ketat.
4. Pencatatan yang lebih akurat.
5. Mengurangi fragmentasi data dan membuat data dapat diakses.
6. Memungkinkan perbandingan data dalam beberapa periode waktu.
7. Baik secara hukum maupun praktis, informasi tersebut dicatat.
8. Cerita singkat.

2.2.3 Kerugian Teknik Dokumentasi *Flow Sheet*

Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati (2020) mengungkapkan kalau kelemahan utama dari metode dokumentasi *flow sheet*.

1. Meningkatnya jumlah rekam medis pasien membuat penggunaan dan penyimpanannya semakin sulit.
2. Duplikasi catatan, termasuk catatan pengobatan dan perawatan ICU, mungkin terjadi.
3. Bagian dari desain ini boleh dikosongkan. Ada ketidakpastian dan ruang untuk kesalahan penafsiran pada

- bagian kosong ini.
4. Terbatasnya ruang untuk pencatatan menyeluruh atas kejadian-kejadian luar biasa.
 5. Penerapan model *flow sheet* menemui hambatan.

Berikut kelemahan dokumentasi *flow sheet* sependapat dengan Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010).

1. Menciptakan kebutuhan penyimpanan dan memperluas rekam medis.
2. Mengizinkan duplikasi data, desain, dan format.
3. Tidak ada ruang untuk mendokumentasikan kejadian aneh yang terjadi saat menggunakan lembar alur.

2.2.4 Pedoman Penulisan Dokumentasi *Flow Sheet*

1. Pedoman *Flow sheet*

Sejalan dengan riset dari Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati (2020), syarat maupun pedoman berikut ini harus dipenuhi oleh *flow sheet* ataupun *checklist* agar dapat memenuhi standar.

- a. Perhatikan baik-baik dan patuhi format spesifik yang diinstruksikan.
- b. Sertakan kata kunci untuk melengkapi format.
- c. Apabila suatu parameter telah diamati atau diintervensi, tandai dengan tanda centang (√) atau tanda silang (X).
- d. Hindari meninggalkan bagian yang kosong pada lembar daftar pemeriksaan. Tunjukkan dengan 0 bahwa parameter tidak diamati.
- e. Apabila diperlukan, berikan penjelasan menyeluruh.
- f. Pastikan lembar alur disimpan di lokasi yang tepat di area yang ditentukan (rekam medis).
- g. Cantumkan nama pengasuh dengan jelas dan tandatangani dokumen tersebut.
- h. Catat tanggal dan waktu data dimasukkan.

2. Desain dan Bagian Umum dalam *Flow sheet*

Berikut ini adalah beberapa bagian dan desain umum pada *flow sheet*.

- a. Kolom yang mencantumkan nama petugas yang melakukan tindakan atau pemeriksaan.
- b. Temuan pengkajian, interaksi, observasi, aktivitas, dan pengetahuan, informasi, dan pendidikan (KIE).
- c. Temuan dari pengamatan atau tindakan unik.
- d. Nama, tanggal, bulan, dan tahun pasien, tanda tangan bidan, dan waktu.
- e. Cukup sertakan judul tindakan; semua informasi lainnya disediakan secara naratif. misalnya mengobati luka bakar. Sebagaimana dinyatakan dalam catatan kemajuan, ganti balutan.

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

Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) menjelaskan mengenai terdapat banyak variasi dalam proses merancang *flow sheet* dengan benar. Berikut ini adalah beberapa saran umum untuk membuat lembar alur.

- a. Hitung jumlah ruang yang dibutuhkan untuk mengisi format.
- b. Buat format yang mudah dibaca dan digunakan.
- c. Pilih apakah akan menggunakan format secara horizontal atau vertikal.
- d. Untuk menarik perhatian pada judul bagian dan informasi penting lainnya, gunakan huruf tebal dan miring.
- e. Pertimbangkan jarak informasi.
- f. Pastikan apakah format multi-halaman akan digunakan.
- g. Pertimbangkan bagaimana berbagai bagian akan mengkomunikasikan informasi dalam format tersebut.
- h. Berikan setiap pasien lembar alur kosong sehingga data dapat dipersonalisasi dan perawatan pasien dapat didokumentasikan.
- i. Jangan lupa untuk memberikan ruang kosong pada

halaman belakang *flow sheet* untuk catatan kemajuan multidisiplin jika tidak digunakan.

- j. Untuk menggambarkan standar pelayanan yang sama yang diberikan kepada pasien, pertahankan struktur dasar format lembar alur tetap utuh.
- k. Saat mengembangkan atau memperbarui format, pertimbangkan semua pihak terkait; jangan merancang format tanpa berkonsultasi terlebih dahulu dengan unit atau profesi lain.
- l. Minta personel sistem informasi komputer mengevaluasi gagasan untuk lembar alur.
- m. Berkonsultasi dengan karyawan yang akan menggunakan format tersebut.
- n. Dengan hati-hati melakukan penyesuaian terlebih dahulu terhadap format yang telah dibuat.
- o. Harus diakui bahwa proses pengembangan dan penerapan format lembar alur memakan waktu dan memerlukan alokasi waktu yang memadai.

Berbagai macam contoh dari *flow sheet* antara lain.

- a. *Activity Daily Living* atau disingkat ADL.
- b. Keperluan sehubungan dengan pertolongan bidan.
- c. Berbagai macam dari tanda vital.
- d. Keseimbangan cairan berupa *intake* dan *output*.
- e. Nutrisi.
- f. Riset mengenai kulit.
- g. Peninjauan dari sistem badan.
- h. Perolehan dari uji laboratorium berupa kadar gula darah maupun urine.

DAFTAR PUSTAKA

- Wildan dan Hidayat (2012) Dokumentasi Kebidanan, Jakarta, Salemba Medika.
- Muslihatun, Mudlilah dan Setiyawati, 2020. Dokumentasi Kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya
- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Desi Handayani, 2012, Buku Ajar dokumentasi Kebidanan, Jakarta Trans info media

BAB 3

MODEL- MODEL

PENDOKUMENTASIAN

Oleh Musdalifah

3.1 Model Pendokumentasian *Problem Oriented Record* (POR)

3.1.1 Pengertian *Problem Oriented Record* (POR)

Problem oriented record (POR) merupakan pendekatan yang berorientasi pada masalah, pendekatan ini pertama kali diperkenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari Amerika Serikat. Dalam format aslinya pendekatan berorientasi masalah ini dibuat untuk memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi, dengan system ini semua petugas kesehatan mencatat observasinya dari suatu daftar masalah.

Menurut (Sudarti and Fauziah, 2010) dalam bukunya menyatakan bahwa *Problem oriented record* (POR) merupakan metode untuk menyusun data pasien yang telah diatur untuk mengidentifikasi masalah kebidanan, model ini berpusat pada data tentang klien lalu di dokumentasikan dan disusun berdasarkan masalah klien. Pendokumentasian model POR mengintegrasikan semua data mengenai masalah yang di kumpulkan oleh dokter, bidan, perawat atau tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam pemberian pelayanan terhadap klien. Menurut (Wildan and Hidayat, 2011) terdapat empat komponen pada model pendokumentasian ini, yaitu:

1. Data dasar

Data dasar merupakan sekumpulan informasi yang diperoleh dari klien baik data subyektif maupun data obyektif melalui proses pengkajian ketikan klien pertama kali masuk rumah sakit atau pertama kali diperiksa. Data dasar mencakup pengkajian keperawatan/kebidanan,

riwayat penyakit/kesehatan, pemeriksaan fisik, pengkajian ahli gizi, data penunjang hasil laboratorium. Data dasar yang telah dikumpulkan akan digunakan sebagai sumber untuk mengidentifikasi masalah dan sebagai alat untuk mengembangkan daftar masalah klien.

2. Daftar masalah

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

3. Daftar awal rencana asuhan

Rencana asuhan ditulis oleh tenaga yang telah menyusun daftar masalah. Dokter menulis instruksinya, sedangkan perawat atau bidan menulis instruksi rencana asuhan yang akan dilakukan sesuai dengan kondisi klien.

4. Catatan perkembangan (*protes note*)

Catatan perkembangan berisi catatan tentang perkembangan tiap-tiap masalah yang telah dilakukan tindakan, dan disusun oleh semua anggota yang terlibat dengan menambahkan catatan perkembangan pada lembar yang sama. Beberapa acuan catatan pada perkembangan yang dapat digunakan yaitu: SOAP (Subyektif Data, Obyektif Data, Assesment, Plan) SOAPIER (SOAP ditambah Intervensi, Evaluasi, Revisi) PIE (Problem, Intervensi, Evaluasi) (Lawintono, 2000).

3.1.2 Keuntungan Dan Kerugian *Problem Oriented Record* (POR)

Keuntungan *Problem Oriented Record* (POR) menurut (Wildan and Hidayat, 2011) yaitu:

1. Pencatatan ini berfokus pada masalah klien dan proses penyelesaian masalah dari pada tugas dokumentasi.
2. Pencatatan tentang kontinuitas atau kesinambungan dari asuhan kebidanan.
3. Evaluasi pemecahan masalah didokumentasikan secara jelas, data disusun berdasarkan masalah yang spesifik.
4. Daftar masalah merupakan "*checklist*" untuk dapat menetapkan diagnosa kebidanan serta masalah klien. Daftar masalah dapat membantu mengingatkan bidan untuk memberikan perhatian khusus pada masalah.
5. Daftar masalah dapat berperan sebagai daftar isi serta mempermudah pencarian data dalam pemberian asuhan
6. Masalah yang akan dilakukan intervensi dapat diidentifikasi dalam rencana asuhan.

Kerugian *Problem Oriented Record* (POR) menurut (Wildan and Hidayat, 2011) yaitu:

1. Penekanan hanya berdasarkan pada masalah, penyakit, ketidakmampuan dapat mengakibatkan pada tindakan yang negatif.
2. Kemungkinan timbulnya kesulitan jika belum dilakukan daftar masalah dan akan menimbulkan masalah yang baru.
3. Dapat menimbulkan masalah baru jika setiap hal harus dimasukkan dalam daftar masalah.
4. SOAPIER dapat menimbulkan pengulangan yang tidak perlu, jika sering ditemukan target evaluasi dan tujuan perkembangan klien sangat lambat.
5. Perawatan yang rutin mungkin diabaikan dalam pencatatan jika flowsheet untuk pencatatan tidak tersedia.
6. P (salam SOAP) memungkinkan terjadi pengulangan dengan rencana tindakan

3.1.3 Contoh model dokumentasi *Problem Oriented Record* (POR)

Tabel 3.1. Format Pendokumentasian POR

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Subyektif :..... Data Obyektif :.....			S : O : A : P :

Sumber : (Wildan and Hidayat, 2011)

3.2 Model Dokumentasi *Source Oriented Record* (SOR)

3.2.1 Pengertian *Source Oriented Record* (SOR)

Source Oriented Record (SOR) merupakan model dokumentasi yang berorientasi kepada sumber. Model ini terdapat catatan pasien ditulis oleh dokter dan riwayat asuhan yang ditulis oleh perawat atau bidan. Formulirnya terdiri dari formulir grafik, format pemberian obat, dan format catatan perawat yang berisi riwayat penyakit klien, perkembangan klien, pemeriksaan laboratorium dan diagnostic.

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

masing. Menurut (Wildan and Hidayat, 2011) terdapat lima komponen model pendokumentasian SOR, yaitu:

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

3.2.2 Keuntungan dan Kerugian *Source Oriented Record* (SOR)

Keuntungan dari model pendokumentasian SOR menurut (Wildan and Hidayat, 2011) yaitu:

1. Menyajikan data yang berurutan dan mudah diidentifikasi
2. Memudahkan bidan melakukan cara pendokumentasian
3. Proses pendokumentasian menjadi sederhana

Kerugian dari model pendokumentasian SOR menurut (Wildan and Hidayat, 2011) yaitu:

1. Sulit untuk mendapatkan data sebelumnya
2. Memerlukan waktu yang banyak dalam menentukan waktu pelaksanaan asuhan kebidanan
3. Membutuhkan pengkajian data dari beberapa sumber untuk menentukan masalah dan intervensi yang akan diberikan kepada klien.

4. Perkembangan klien sulit untuk dipantau

3.2.3 Contoh Model Dokumentasi *Source Oriented Record (SOR)*

Tabel 3.2. Format Pendokumentasian SOR

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan perkembangan
Tgl/bln/thn	Waktu tindakan	Bidan	Catatan ini meliputi: pengkajian, identifikasi masalah, rencana tindakan, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi efektivitas tindakan dan hasil. 1. Bidan 2. Nama & ttd
		Dokter	Catatan ini meliputi: observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan, identifikasi masalah baru dan penyelesaiannya, rencana tindakan, dan pengobatan tertentu. 1. Dokter 2. Nama dan ttd

Sumber: (Wildan and Hidayat, 2011)

3.3 Model Pendokumentasian Charting By Exception (CBE)

3.3.1 Pengertian Charting By Exception (CBE)

Charting By Exception (CBE) merupakan model pendokumentasian yang hanya mencatat secara naratif dari hasil atau penemuan yang menyimpang dari keadaan normal ataupun standar (Wildan and Hidayat, 2011). Model ini dibuat untuk mengatasi masalah dalam pendokumentasian dengan

membuat catatan pasien lebih nyata, efisien waktu dan mengakomodasi adanya informasi terbaru serta dinilai lebih efektif dan efisien untuk mengurangi adanya duplikasi dan pengulangan dalam memasukkan data. Menurut (Sudarti and Fauziah, 2010) *Charting By Exception (CBE)* terdiri dari beberapa elemen inti, yaitu:

1. Lembar Alur
Lembar alur sering digunakan dalam pendokumentasian kebidanan untuk pengkajian fisik. Lembar ini dapat berupa lembar instruksi dokter, catatan grafik, catatan penyuluhan, catatan pemulangan yang semuanya dalam satu lembar.
2. Dokumentasi berdasarkan referensi standar praktik
Pada system *Charting By Exception (CBE)* juga terdapat standar praktik kebidanan untuk mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian yang sesuai dengan lingkup praktik bidan.
3. Protokol dan instruksi incidental
Pedoman ini untuk memperjelas intervensi bidan yang berkaitan dengan perjalanan klinis sehingga memudahkan dan mengurangi kesalahan dalam pendokumentasian
4. Data dasar kebidanan
Catatan yang berisi riwayat kesehatan dan pengkajian fisik.
5. Rencana kebidanan berdasarkan diagnosis
Menggunakan rencana kebidanan yang bersifat individu untuk setiap pasien. Focus pada diagnosis keperawatan yang spesifik mencakup factor yang berhubungan dengan risiko, data pengkajian yang mendukung munculnya diagnosis kebidanan.
6. Catatan perkembangan
Penggunaan SOAP dalam CBE sangat terbatas pada situasi ketika diagnosis kebidanan diidentifikasi, diingatkan kembali, dinonaktifkan, atau diselesaikan. Ketika hasil yang diharapkan dievaluasi. Ketika ringkasan pemulangan dituliskan. Ketika revisi besar terhadap rencana dituliskan (Varney, 1997).

3.3.2 Komponen Charting By Exception (CBE)

1. Lembar alur (*flowsheet*)
2. Dokumentasi dilakukan berdasarkan standar praktik
3. Formulir diletakkan ditempat tidur klien. Pada pendokumentasian model *Charting By Exception (CBE)*, rekam medis/medical recordnya klien diletakkan didekat tempat tidur pasien (biasanya digantungkan di pembatas tempat tidur klien atau diletakkan di meja/tempat khusus dekat tempat tidur klien). Tujuannya yaitu untuk memudahkan bagi dokter dan tenaga medis untuk mengakses rekam medis klien.

3.3.3 Keuntungan Dan Kerugian Charting By Exception (CBE)

Keuntungan *Charting By Exception (CBE)* menurut (Wildan and Hidayat, 2011) yaitu:

1. Tersusunya 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 di harapkan 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 klien yang terbaru dapat diletakkan di tempat tidur klien
9. Jumlah halaman yang digunakan dalam dokumentasi lebih sedikit
10. Rencana tindakan kebidanan disimpan sebagai catatan yang permanen

Kerugian *Charting By Exception (CBE)* menurut (Wildan and Hidayat, 2011) yaitu:

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.

3.3.4 Pedoman Dan Format Model Dokumentasi *Charting By Exception (CBE)*

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

3.3.5 Format Pendokumentasian *Charting By Exception (CBE)*

1. Data dasar, data dasar ini meliputi data subyektif dan obyektif. Data subyektif meliputi anamnesa klien/pasien yaitu biodata, keluhan, riwayat penyakit, dll. Data obyektif yaitu data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang. Contohnya: *vital sign* (tensi, nadi, suhu, respirasi), pemeriksaan dari kepala sampai ke kaki (*head to toe*), pemeriksaan laboratorium, USG, dll.
2. Intervensi *flowsheet*, yaitu rencana tindakan yang ditulis secara *flowsheet*.
3. Grafik record, yaitu menuliskan data dalam bentuk grafik
4. Catatan bimbingan klien/pasien, yaitu catatan yang berisi tentang hal-hal yang sudah diinformasikan kepada

klien/pasien dan keluarga. Contohnya yaitu catatan tentang penyuluhan kesehatan.

5. Catatan pasien pulang, yaitu catatan yang berisi tentang informasi kepulangan klien. Contoh: waktu diperbolehkannya klien/pasien meninggalkan rumah sakit, hal-hal yang harus dihindari oleh pasien termasuk tindakan maupun makanan.
6. Format catatan asuhan kebidanan (menggunakan format SOAP), yaitu berisi tentang hasil pengkajian (data subyektif dan obyektif, analisa data, penatalaksanaan dan evaluasi)
7. Daftar diagnosa yaitu daftar dari hasil kesimpulan kondisi klien berdasarkan dari data subyektif dan obyektif
8. Diagnosa dengan standar kebidanan yaitu kesimpulan kondisi klien berdasarkan dari data subyektif dan obyektif yang memenuhi syarat nomenklatur kebidanan
9. Profil asuhan kebidanan yaitu gambaran dari asuhan kebidanan yang telah diberikan kepada klien/pasien (Hidayat, 2002)

3.3.6 Contoh Model Pendokumentasian *Charting By Exception (CBE)*

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

Diagnosa: seorang ibu hamil usia 34 tahun, usia kehamilan 28 minggu dengan pre eklampsia.

Intervensi:

- Jelaskan pada klien tentang kondisi kehamilannya
- Anjurkan ibu untuk bedrest
- Kolaborasi dengan dokter untuk pemberian terapi

Evaluasi:

- Subyektif: klien/pasien mengatakan masih nyeri di ulu hati dan pusing di daerah frontal
- Obyektif: tekanan satah 140/100 mmHg, nadi 88 x/m, suhu 37°C, DJJ 120 x/m.

3.4 Model Dokumentasi Kardek

3.4.1 Pengertian Model Dokumentasi Kardek

Model pendokumentasian kardek merupakan model pendokumentasian tradisional yang digunakan diberbagai sumber mengenai informasi pasien yang disusun dalam satu buku. Kardek biasa juga disebut sebagai system kartu dan membuat data penting tentang klien, ringkasan problem klien, dan terapinya (Wildan and Hidayat, 2011).

3.4.2 Komponen Model Dokumentasi Kardek

1. Data pasien pada kardek meliputi: nama, alamat, status perkawinan, tanggal lahir, *social security sumber*, agama dan kepercayaan.
2. Diagnosa kebidan, berupa daftar prioritas masalah
3. Pengobatan sekarang atau yang sedang dilakukan. Data ini meliputi: perawatan dan pengobatan, diet, intravenous therapy, konsultasi.
4. Test diagnostic meliputi: tanggal/jadwal, lengkap dengan hasilnya

3.4.3 Keuntungan Dan Kelemahan Model Pendokumentasian Kardek

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

2. Kelemahan kardek

Kelemahan dari kardek yaitu informasi dalam kardek hanya terbatas untuk tim kebidanan saja, tidak cukup tempat untuk menulis rencana kebidanan bagi klien dalam memasukkan data yang diperlukan dengan banyak masalah, tidak dibaca oleh bidan sebelum mereka memberikan pelayanan atau asuhan dan tidak *up to date* (Muslihatun and Setiyawati, 2009).

3.4.4 Contoh Model Pendokumentasian Kardek

1. Kartu ibu
2. Kartu anak
3. Kartu KB, dan lainnya

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

3.5.1 Pengertian Model Computer Based Patient Record (CPR)

Model *Computer Based Patient Record* (CPR) atau yang dalam istilah bahasa Indonesia disebut system komputerisasi adalah suatu model pendokumentasian yang menggunakan system computer dalam mencatat dan menyimpan data kebidanan. Model ini berupa segala bentuk catatan/dokumentasi terprogram secara jelas sehingga memudahkan dalam proses penegakan diagnosis dan mengurangi kegiatan pencatatan secara tradisional (Muslihatun and Setiyawati, 2009).

Beberapa pertimbangan dalam penggunaan CPR ini adalah karena jumlah data yang dikumpulkan tentang kesehatan seseorang sangatlah banyak dan metode ini merupakan penghantaran informasi yang lebih efisien dan efektif (Samil, 2001).

3.5.2 Keuntungan dan kelemahan Model *Computer Based Patient Record* (CPR)

Keuntungan Model *Computer Based Patient Record* (CPR)

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

Kelemahan Model *Computer Based Patient Record* (CPR)

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

DAFTAR PUSTAKA

- Hidayat, A.A.A. (2002) *Pengantar dokumentasi proses keperawatan*.
Lawintono, L. (2000) *Dokumentasi kebidanan*.
Muslihatun, M. and Setiyawati (2009) *Dokumentasi Kebidanan*.
yogyakarta: Fitramaya.
Samil, R.S. (2001) *Etika kedokteran indonesia*. jakarta.
Sudarti and Fauziah, A. (2010) *Buku ajar dokumentasi kebidanan*.
yogyakarta: Nuha Medika.
Varney, H. (1997) 'Varney's Midwifery', *Sudbury England: Jones and
Barlet Publishers*. [Preprint].
Wildan and Hidayat (2011) *Dokumentasi kebidanan*. jakarta:
salemba medika.

BAB 4

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN PENDEKATAN CATATAN SOAP

Oleh Suparni

Pendokumentasian yang baik adalah fondasi dari praktik kebidanan yang berkualitas. Mengetahui prinsip pendokumentasian dalam manajemen kebidanan sangat penting karena pertama, mendukung keberlangsungan perawatan yang berkualitas dan konsisten bagi pasien. Kedua, dokumentasi yang baik membantu dalam evaluasi dan penilaian perkembangan pasien dari waktu ke waktu. Ketiga, memastikan adanya catatan medis yang akurat dan lengkap yang dapat digunakan sebagai bukti hukum jika diperlukan. Keempat, memfasilitasi komunikasi yang efektif antara tim kesehatan dalam memberikan perawatan terpadu. Kelima, dokumentasi yang baik berkontribusi pada penelitian dan pengembangan ilmu kebidanan serta peningkatan praktik klinis. Pada topik ini, pembaca akan memahami prinsip-prinsip dasar pendokumentasian manajemen kebidanan menggunakan pendekatan catatan SOAP, yang memastikan bahwa setiap detail asuhan kebidanan tercatat dengan jelas dan sistematis.

4.1 Prinsip pendokumentasian

Dokumentasi merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan. Prinsip-prinsip dokumentasi adalah sebagai berikut (Handayani Sih Rini, 2017) :

1. **Lengkap**

Penting untuk memastikan bahwa setiap detail dari proses perawatan tercatat secara menyeluruh dan komprehensif saat mendokumentasikan data. Prinsip kelengkapan ini mencakup mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan kepada

pasien, termasuk intervensi medis dan tindakan lainnya. Selain itu, catatan kebidanan harus mencakup semua tahap proses kebidanan, mulai dari asesmen awal hingga evaluasi dan tindak lanjut. Tanggapan dan respons bidan atau perawat terhadap kondisi pasien, serta tanggapan pasien terhadap perawatan yang diberikan, juga perlu didokumentasikan. Terakhir, alasan pasien dirawat, termasuk diagnosis awal dan keluhan utama, harus dicatat dengan jelas.

2. Teliti

Maksud dari mendokumentasikan data dengan prinsip teliti adalah memastikan bahwa setiap detail tercatat dengan akurat dan hati-hati. Prinsip ini mencakup mencatat setiap perubahan rencana kebidanan, semua pelayanan kesehatan yang diberikan, dan pencatatan dilakukan pada lembar atau bagan yang telah ditentukan. Selain itu, tanda tangan atau paraf bidan harus dicantumkan dengan tepat, dan setiap kesalahan harus dikoreksi dengan baik. Terakhir, catatan hasil pemeriksaan harus sesuai dengan hasil laboratorium atau instruksi dokter yang diberikan

3. Berdasarkan fakta

Maksud dari mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip berdasarkan fakta adalah mencatat fakta daripada pendapat. Hal ini juga mencakup mencatat informasi yang berhubungan dalam bagan atau laboratorium, serta menggunakan bahasa aktif

4. Logis

Maksud dari mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip logis adalah memastikan bahwa catatan tersebut jelas dan logis. Hal ini juga mencakup pencatatan secara kronologis, mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar, penulisan yang dimulai dengan huruf besar, dan setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu yang terinci (jam, hari, tanggal, bulan, dan tahun)

5. Mudah dibaca

Maksudnya bahwa ketika mendokumentasikan data harus memenuhi prinsip dapat dibaca. Prinsip ini meliputi tulisan yang jelas dan dapat dibaca, bebas dari catatan dan koreksi,

penggunaan tinta, serta menggunakan singkatan atau istilah yang lazim digunakan.

4.2 Manajemen Kebidanan

Bagi seorang bidan, memiliki kemampuan dalam manajemen kebidanan tidak hanya meningkatkan kualitas asuhan yang diberikan, tetapi juga memberikan fondasi yang kuat untuk pengembangan karir profesionalnya.

4.2.1 Pengertian Manajemen Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah asuhan kebidanan untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah (Handayani Sih Rini, 2017).

Manajemen kebidanan adalah suatu proses yang melibatkan perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi asuhan kebidanan yang berfokus pada kesehatan ibu dan bayi. Manajemen kebidanan meliputi berbagai aspek, seperti diagnosis, identifikasi tindakan, pengembangan rencana asuhan, dan evaluasi, yang bertujuan untuk meminimalisir risiko kesehatan dan memastikan hasil yang optimal untuk ibu dan bayi (Mukhaarrim, Liliandriani and Maslan, 2023)(Hidayati and Susilo, 2023)(Mue Juwa, 2023).

Jadi manajemen kebidanan dalam pendokumentasian kebidanan adalah proses sistematis dan terstruktur yang melibatkan langkah-langkah untuk mengumpulkan, menganalisis, dan merekam informasi tentang asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien.

Dalam setiap kasus yang ditangani oleh bidan, pendekatan manajemen yang terstruktur sangat penting untuk membantu memecahkan masalah dari kehamilan hingga nifas dan bayi baru lahir. Dengan pendekatan ini, bidan dapat mengorganisasikan pikiran dan tindakan yang perlu dilakukan secara sistematis. Manajemen yang baik memungkinkan bidan untuk merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi setiap langkah perawatan dengan tepat. Selain itu, pendekatan ini juga memastikan bahwa setiap intervensi yang diberikan berdasarkan bukti dan standar praktik

yang terbaik. Dengan demikian, bidan dapat memberikan perawatan yang optimal dan berkualitas tinggi kepada ibu dan bayi.

Dalam manajemen kebidanan, terdapat tiga proses penting yang harus dilakukan oleh bidan. Pertama adalah proses pemberian asuhan kebidanan, di mana bidan memberikan perawatan dan dukungan yang diperlukan oleh ibu dan bayi. Kedua, pengambilan keputusan berdasarkan analisis kasus yang dihadapi, memastikan setiap tindakan didasarkan pada informasi dan data yang akurat. Ketiga, penyelesaian kondisi pasien yang sedang terjadi, memastikan bahwa masalah yang dihadapi pasien terselesaikan dengan efektif dan efisien. Oleh karena itu, bidan dituntut untuk berpikir secara kritis dan logis dalam memberikan asuhan kebidanan kepada klien, guna memastikan perawatan yang optimal dan berkualitas.

4.2.2 langkah dalam Manajemen Kebidanan

Langkah dalam manajemen kebidanan meliputi beberapa komponen yang saling terkait dan berfungsi untuk mencapai tujuan asuhan kebidanan yang efektif dan efisien. Berikut adalah beberapa langkah yang penting dalam manajemen kebidanan (A Pono, Akbar and M, 2022):

1. Pengumpulan Data

Langkah ini mencakup pengumpulan informasi mengenai pasien, seperti riwayat kesehatan, riwayat kehamilan, serta riwayat persalinan. Informasi ini dijadikan dasar untuk membuat diagnosis dan merencanakan tindakan yang tepat.

Bidan memulai pengumpulan informasi dengan melakukan wawancara mendalam untuk mengetahui riwayat kesehatan pasien, termasuk adanya penyakit kronis, operasi sebelumnya, atau alergi. Selanjutnya, bidan menanyakan riwayat kehamilan dan persalinan sebelumnya, mencatat jumlah kehamilan, jenis persalinan, dan komplikasi yang pernah terjadi. Setelah wawancara, bidan melakukan pemeriksaan fisik, seperti pengukuran tekanan darah, berat badan, dan pemeriksaan abdomen untuk menilai kondisi kehamilan saat ini. Jika diperlukan,

bidan merekomendasikan pemeriksaan penunjang seperti USG dan tes laboratorium untuk mendapatkan informasi tambahan mengenai kesehatan ibu dan janin. Semua data yang diperoleh kemudian didokumentasikan secara rinci, dianalisis, dan dijadikan dasar untuk menyusun rencana perawatan dan tindakan yang tepat, yang kemudian dijelaskan kepada pasien beserta edukasi yang diperlukan.

2. Interpretasi Data Dasar

Langkah ini melibatkan analisis data yang sudah dikumpulkan untuk menentukan diagnosis dan diagnosis/masalah potensial serta memahami kondisi pasien. Hal ini membantu dalam membuat keputusan yang tepat dan efektif.

Pada langkah ini, bidan menentukan diagnosis utama berdasarkan gejala dan temuan klinis yang ada. Selain itu, bidan mengidentifikasi diagnosis/masalah potensial yang mungkin timbul, seperti risiko preeklamsia atau persalinan prematur. Dengan memahami kondisi pasien secara menyeluruh, bidan dapat membuat keputusan yang tepat dan efektif dalam merencanakan perawatan dan intervensi yang diperlukan.

3. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Potensial

Identifikasi diagnosa atau masalah potensial yang terkait dengan kehamilan dan kondisi kesehatan pasien. Hal ini membantu dalam merancang tindakan yang sesuai dan mencegah komplikasi.

Bidan menilai data yang telah dikumpulkan untuk mengidentifikasi potensi masalah yang mungkin muncul terkait kehamilan dan kesehatan pasien, seperti risiko diabetes gestasional atau anemia. Berdasarkan hasil analisis ini, bidan mengidentifikasi diagnosa awal dan potensi komplikasi yang mungkin terjadi selama kehamilan. Dengan memahami kemungkinan masalah tersebut, bidan dapat merancang tindakan pencegahan dan perawatan yang sesuai untuk mengurangi risiko komplikasi. Langkah ini memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang proaktif dan tepat guna menjaga kesehatan ibu dan janin.

4. Kebutuhan Tindakan Segera

Langkah ini melibatkan tindakan yang diperlukan untuk menangani masalah yang dialami oleh pasien. Tindakan ini membantu mengurangi risiko komplikasi dan meningkatkan kualitas asuhan kebidanan.

Bidan melakukan pemantauan ketat terhadap kondisi kesehatan ibu dan janin untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah sedini mungkin. Selain itu, bidan memberikan edukasi kepada pasien mengenai tanda-tanda bahaya yang perlu diwaspadai dan langkah-langkah pencegahan yang dapat diambil. Dalam situasi darurat, bidan juga berkoordinasi dengan tenaga medis lainnya untuk memastikan penanganan yang cepat dan tepat demi mengurangi risiko komplikasi.

5. Rencana Asuhan

Langkah ini mencakup penyusunan rencana yang jelas dan spesifik untuk mengatasi masalah yang dialami oleh pasien. Tindakan ini membantu meningkatkan efisiensi dan efektivitas asuhan kebidanan.

Bidan menyusun rencana asuhan yang detail dan terstruktur berdasarkan hasil diagnosis dan kebutuhan pasien. Dalam rencana tersebut, bidan menentukan intervensi yang spesifik dan langkah-langkah yang harus dilakukan untuk mengatasi masalah yang ada. Bidan juga menetapkan jadwal pemantauan dan evaluasi untuk memastikan rencana tersebut berjalan dengan baik dan mencapai hasil yang diharapkan.

6. Pelaksanaan Asuhan

Pelaksanaan rencana asuhan yang telah dibuat, termasuk pemberian obat, pemeriksaan, dan tindakan lain yang diperlukan.

Bidan melaksanakan rencana asuhan yang sudah dibuat termasuk pemberian obat sesuai dengan resep dan dosis yang telah ditentukan untuk mengatasi kondisi medis pasien. Selain itu, bidan melakukan pemeriksaan fisik rutin untuk memantau perkembangan kesehatan ibu dan janin. Tindakan lain seperti pemeriksaan tanda vital, pengukuran

tinggi fundus uteri, dan pemantauan detak jantung janin juga dilakukan secara berkala. Bidan memastikan semua tindakan dijalankan sesuai rencana asuhan untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien.

7. Evaluasi Keberhasilan

Langkah ini melibatkan evaluasi hasil asuhan kebidanan yang telah diberikan. Hal ini membantu dalam meningkatkan kualitas asuhan kebidanan dan mencegah komplikasi.

Bidan harus melakukan evaluasi terhadap respons dan perkembangan kondisi pasien berdasarkan rencana asuhan yang telah diberikan. Evaluasi meliputi membandingkan hasil yang dicapai dengan tujuan yang telah ditetapkan dalam rencana asuhan. Dari hasil evaluasi ini, bidan dapat menilai efektivitas intervensi yang telah dilakukan, serta melakukan penyesuaian atau perubahan rencana asuhan bila diperlukan untuk mencegah kemungkinan terjadinya komplikasi dan meningkatkan kualitas asuhan kebidanan yang diberikan kepada pasien.

4.3 Pendekatan Catatan SOAP

Pendekatan catatan SOAP dalam kebidanan merupakan metode yang digunakan untuk mencatat dan mengelola informasi mengenai pasien dalam asuhan kebidanan. Format ini terdiri dari empat bagian: *Subjective* (subjektif), *Objective* (objektif), *Assessment* (penilaian), dan *Plan* (perencanaan) (Aisah Siti, Anggrita Sari, Juli Oktalia, Nurmiati, 2018).

Berikut adalah penjelasan lebih rinci tentang masing-masing bagian :

1. Subjektif

Bagian ini memuat informasi yang dilaporkan oleh pasien atau keluarga terkait keluhan atau gejala yang dialami. Contoh informasi yang dicatat dalam bagian ini meliputi keluhan nyeri, riwayat kesehatan, dan riwayat perawatan sebelumnya.

2. Objektif

Bagian ini memuat informasi yang diperoleh dari pemeriksaan fisik dan hasil tes laboratorium. Contoh data yang dicatat dalam bagian ini meliputi hasil pemeriksaan darah, tekanan darah, dan hasil pemeriksaan fisik.

3. *Assessment* (Penilaian)

Bagian ini berisi penilaian atau diagnosis yang dibuat berdasarkan informasi yang diperoleh dari bagian subjektif dan objektif. Contoh informasi yang dicatat dalam bagian ini meliputi diagnosis medis, prognosis, dan rencana perawatan

4. *Planning* (Penatalaksanaan)

Bagian ini memuat rencana perawatan yang akan dilaksanakan untuk pasien. Contoh informasi yang dicatat dalam bagian ini meliputi rencana pengobatan, rencana pemeriksaan, dan rencana perawatan.

4.4 Pendokumentasian Manajemen Kebidanan

Pendekatan Catatan SOAP

Pola pikir Varney dalam manajemen kebidanan digunakan untuk memberikan asuhan kebidanan yang komprehensif dan terintegrasi. Melalui pendekatan tujuh langkahnya, Varney memastikan bahwa setiap aspek dari perawatan pasien diperhatikan secara menyeluruh, mulai dari pengumpulan data dan identifikasi masalah hingga perencanaan, implementasi, dan evaluasi tindakan. Pendekatan ini memungkinkan bidan untuk merencanakan dan melaksanakan perawatan yang tidak hanya berdasarkan gejala klinis, tetapi juga mempertimbangkan aspek holistik dari kesehatan pasien. Dengan menggunakan pola pikir ini, bidan dapat memberikan asuhan yang terstruktur, terdokumentasi dengan baik, dan berfokus pada keseluruhan kesejahteraan ibu dan bayi.

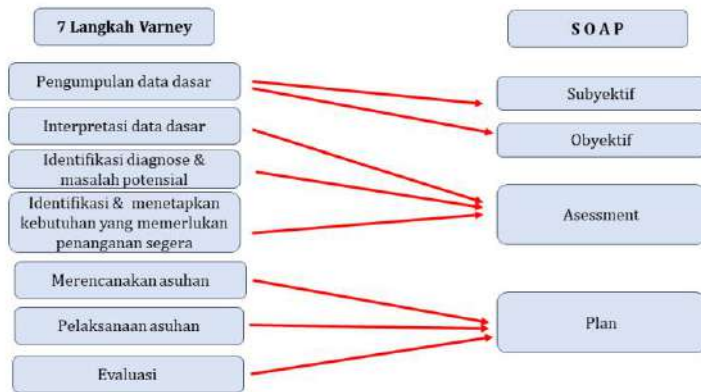
POLA ALUR PIKIR BIDAN

5 langkah (Kompetensi Bidan)	7 langkah (Varney)
Pengumpulan data dasar	Pengumpulan data dasar
Diagnosis	Interpretasi data dasar
	Identifikasi diagnosa & masalah potensial
	Identifikasi dan menetapkan kebutuhan yg memerlukan penanganan segera
Perencanaan	Merencanakan asuhan
Implementasi	Pelaksanaan asuhan
Evaluasi	Evaluasi

Gambar 4.1. Pola Alur Pikir Bidan

Manajemen kebidanan menurut 7 langkah Varney dan pendokumentasian dengan pendekatan SOAP memiliki keterkaitan yang erat dalam praktik kebidanan. Keduanya merupakan alat penting yang membantu bidan dalam memberikan asuhan yang terstruktur dan terdokumentasi dengan baik. Keterkaitan antara manajemen kebidanan 7 langkah varney dan pendokumentasian SOAP dapat dilihat pada gambar 4.2 dibawah ini :

Penerapan Dokumentasi dalam Catatan Kebidanan dengan pendekatan SOAP



Gambar 4.2. Penerapan manajemen varney dengan pendekatan SOAP

Dengan memahami dan mengintegrasikan kedua pendekatan ini, bidan dapat memastikan bahwa setiap langkah dalam manajemen kebidanan terdokumentasi dengan jelas dan sistematis. Hal ini mendukung perawatan yang efektif, aman, dan berkualitas tinggi bagi pasien. Pendokumentasian yang baik memudahkan bidan dalam merencanakan, melaksanakan, dan mengevaluasi tindakan yang diperlukan, serta memastikan kontinuitas perawatan yang optimal. Melalui pendekatan yang terstruktur ini, bidan dapat memberikan asuhan yang lebih tepat sasaran dan responsif terhadap kebutuhan pasien, sehingga meningkatkan keselamatan dan kualitas layanan kebidanan secara keseluruhan.

DAFTAR PUSTAKA

- A Pono, S., Akbar, N. and M, A. (2022) 'Manajemen Asuhan Kebidanan Intranatal Care pada Ny. S dengan Pre Eklamsia Ringan', *Window of Midwifery Journal*, 03(01), pp. 1–11. Available at: <https://doi.org/10.33096/wom.vi.471>.
- Aisah Siti, Anggrita Sari, Juli Oktalia, Nurmiati, J.M. (2018) *Panduan Penulisan Catatan Soap Dalam Pendokumentasian Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Handayani Sih Rini, M.T. sri (2017) *Bahan Ajar Kebidanan: Dokumentasi Kebidanan*. 1st edn, Kemenkes RI. 1st edn. Edited by Sri Utami. Jakarta: Kemenkes RI. Available at: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://fiskal.kemenkeu.go.id/ejournal%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006%0Ahttps://doi.org/10.1>.
- Hidayati, N. and SUSILO, H.M. (2023) 'Penatalaksanaan Constipation Pada Ibu Nifas Dengan Manajemen Kebidanan', *Jurnal Kebidanan*, 12(2), pp. 44–49. Available at: <https://doi.org/10.47560/keb.v12i2.521>.
- Mue Juwa, M.M. (2023) 'Manajemen Asuhan Kebidanan Antenatal dengan Anemia pada Trimester I', *Jurnal Impresi Indonesia*, 2(1), pp. 10–15. Available at: <https://doi.org/10.58344/jii.v2i1.1794>.
- Mukhaarrim, M.S., Liliandriani, A. and Maslan, M. (2023) 'Gambaran Penerapan Manajemen Kebidanan Terhadap Cakupan Persalinan Di Wilayah Kerja Puskesmas Binuang Tahun 2022', *Journal Pegguruang: Conference Series*, 5(2), p. 541. Available at: <https://doi.org/10.35329/jp.v5i2.4694>.

BAB 5

SOAP IBU HAMIL

Oleh Lilis Candra Yanti

5.1 Pendahuluan

Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 938 tahun 2007 mencantumkan bahwa dalam menjamin asuhan yang berkualitas telah ditetapkan Standar Asuhan Kebidanan pada standar keenam tercantum mengenai “pencatatan asuhan kebidanan”. Oleh sebab itu, bidan wajib untuk mencatat dan mendokumentasikan asuhan yang telah diberikan sebagai bentuk pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan asuhan yang telah dilakukan dalam pelayanan kebidanan. Salah satu ciri asuhan kebidanan yang baik adalah adanya pencatatan yang akurat dan lengkap sehingga kualitas asuhan yang diberikan dapat terukur dan dapat diidentifikasi kesesuaiannya dengan standar yang ditetapkan.

Penatalaksanaan asuhan manajemen kebidanan adalah proses memecahkan masalah dengan menggunakan tindakan yang berdasarkan pada teori ilmiah. Kemudian dilakukan pendokumentasian dengan pendekatan berorientasi masalah fokusnya ada pada masalah klien, sehingga memudahkan pendokumentasian dengan catatan perkembangan yang terintegrasi.

Pendokumentasian yang benar adalah pendokumentasian atau pencatatan asuhan yang diberikan kepada seorang pasien, yang merupakan hasil proses berfikir bidan yang sistematis dalam menghadapi seorang pasien sesuai langkah-langkah manajemen. Pendokumentasian manajemen kebidanan dengan metode SOAP terdiri dari S (Data Subjektif), O (Data Objektif), A (Analisa), P (Penatalaksanaan).

5.2 Pendokumentasian Asuhan Kehamilan

Pendokumentasian asuhan pada ibu hamil yaitu pencatatan seluruh proses asuhan yang diberikan kepada ibu hamil, mulai dari

pengkajian data subjektif dan objektif, merumuskan analisa serta melakukan penatalaksanaan yang terdiri dari rencana, pelaksanaan dan evaluasi asuhan.

Tujuan pendokumentasian yaitu antar petugas kesehatan atau bidan dapat digunakan sebagai bahan komunikasi seperti melakukan koordinasi dalam melaksanakan asuhan, mencegah informasi yang tidak perlu atau berulang, dan mengurangi kesalahan. Selain itu dokumentasi juga sebagai bahan evaluasi, bahan laporan, bahan tindak lanjut melaksanakan asuhan dan bahan pertanggungjawaban dan tanggung gugat serta bahan acuan dalam pengumpulan data.

Sesuai dengan aspek legal pendokumentasian kebidanan maka syarat dokumentasi harus jelas, ringkas, mudah dipahami, ditulis dengan tinta hitam, tidak boleh dihapus menggunakan penghapus dan apabila ada kesalahan harus dicoret dan diparaf, jangan ada bagian yang kosong, harus ditulis sendiri, yang didokumentasikan harus fakta yang telah dilakukan.

5.3 Format Asuhan pada Kehamilan

ASUHAN KEBIDANAN ANTENATAL CARE PADA NY “”
G..P..A.. UK ... MINGGU
DI

No. Register :
Tanggal masuk : Jam
Tanggal pengkajian : Jam
Tempat :
Nama pengkaji :

5.3.1 DATA SUBJEKTIF

1. Identitas / Biodata

Nama Ibu :
Umur :
Suku Bangsa :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :

Alamat Lengkap :
No. HP :

Nama suami :
Umur :
Suku Bangsa :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat Lengkap :
No. HP :

2. Anamnesese

- a. Alasan Kunjungan ini :
b. Keluhan :
c. Riwayat Menstruasi :
 1) Menarche : tahun
 2) Teratur/tidak :
 3) Siklus :
 4) Lamanya :
 5) Banyaknya :
 6) Sifat darah :
 7) Dismenorrhea :
 8) Flour albus :

- d. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu :

No	Hamil ke	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Penyulit	Bayi		Keadaan Nifas
						PB/BB /K	Keadaan	
1.								
2.								

- e. Riwayat Kehamilan Ini :
 1) G.....P.....A.....
 2) Hari Pertama Haid Terakhir :
 3) Keluhan-keluhan pada
 a) Trimester I :
 b) Trimester II :

- c) Trimester III :
- 4) Pergerakan anak pertama kali :
- 5) Bila pergerakan sudah terasa, pergerakan anak 24 jam terakhir :
- 6) Imunisasi TT :
- 7) Obat/Suplemen :
- f. Riwayat kontrasepsi yang digunakan
 - 1) Alat kontrasepsi yang pernah digunakan :
 - 2) Lamanya penggunaan :
 - 3) Keluhan/masalah :
 - 4) Alasan berhenti :
 - 5) Rencana KB selanjutnya :
- g. Riwayat perkawinan
 - 1) Status perkawinan :
 - 2) Usia saat kawin :
 - 3) Lama perkawinan :
- h. Riwayat Penyakit Sistemik yang pernah diderita
 - 1) Jantung :
 - 2) Ginjal :
 - 3) Asma / TBC paru :
 - 4) Hepatitis :
 - 5) DM :
 - 6) Hipertensi :
 - 7) Epilepsi :
 - 8) Lain-lain :
- i. Riwayat Penyakit Keluarga
 - 1) Jantung :
 - 2) Hipertensi :
 - 3) DM :
 - 4) HIV/AIDS :
 - 5) Keturunan kembar :
 - 6) Penyakit jiwa :
- j. Pola nutrisi (makan dan minum)
 - 1) Sebelum hamil
Frekuensi dan porsi :
 - 2) Saat hamil

Frekuensi dan porsi serta perubahan makan yang dialami
(termasuk ngidam, nafsu makan dan lain-lain)

:

3) Pantangan :

k. Pola eliminasi (BAK dan BAB)

1) Sebelum hamil

2) Frekuensi dan konsistensi :

3) Saat hamil

Frekuensi dan konsistensi serta perubahan eliminasi yang dialami (keluhan) :

l. Pola Istirahat dan tidur

1) Sebelum hamil

Lama tidur siang dan malam :

2) Saat hamil

Perubahan pola istirahat dan tidur baik siang maupun malam yang dialami serta keluhan :

m. Pola aktivitas sehari-hari

1) Sebelum hamil

Kegiatan sehari-hari dan olahraga

2) Saat hamil

Perubahan kegiatan sehari-hari dan olahraga serta keluhan

n. Pola personal hygiene

1) Sebelum hamil

Frekuensi mandi, gosok gigi dan ganti pakaian

2) Saat hamil

Perubahan frekuensi mandi, gosok gigi dan ganti pakaian

o. Pola seksualitas

Frekuensi dan keluhan sebelum dan selama hamil

p. Riwayat sosial, kultural dan spriritual

1) Perasaan tentang kehamilan ini :

2) Respon suami dan keluarga terhadap kehamilan :

3) Pengambilan keputusan dalam keluarga :

4) Pantangan/adat istiadat atau kebiasaan yang berhubungan dengan kehamilan :

5) Kebiasaan hidup merokok dan minum minuman keras :

6) Ketaatan dalam menjalankan ibadah dan aktivitas keagamaan :

7) Pengetahuan ibu tentang kehamilan dan permasalahannya
:

5.3.2 Data Obyektif

1. Keadaan umum :
2. Kesadaran :
3. Tanda-tanda Vital :
 - a. Tekanan darah :
 - b. Denyut nadi :
 - c. Pernapasan :
 - d. Suhu :
4. BB sebelum hamil :
5. BB sekarang :
6. LILA :
7. Tinggi badan :
8. Tafsiran Persalinan :
9. Usia Kehamilan :
10. Pemeriksaan Fisik
 - a. Kepala : kebersihan, warna rambut, rontok/tidak, ada nyeri tekan/tidak
 - b. Muka : pucat/tidak, oedema/tidak
 - c. Mata : simetris/tidak, konjungtiva dan sklera
 - d. Hidung : kebersihan, benjolan dan nyeri tekan/tidak
 - e. Mulut : bibir, gigi, caries, oedema gusi
 - f. Telinga : simetris/tidak, serumen
 - g. Leher : pembesaran kelenjar tyroid, kelenjar limfe dan pembesaran vena jugularis
 - h. Dada/Payudara
 - a. Simetris :
 - b. Benjolan :
 - c. Areola :
 - d. Putting susu :
 - e. Nyeri tekan :
 - i. Abdomen
 - a. Bekas luka :
 - b. Striae gravidarum :

- c. Linea nigra :
- d. Nyeri tekan :
- j. Ekstremitas
 - a. Oedema tangan dan jari:
 - b. Oedema Tibia dan kaki :
 - c. Varices Tungkai :
 - d. Refleks Patella :
- k. Genitalia : oedema/tidak, varices dan pengeluaran vagina (Jika diperlukan)
- 11. Pemeriksaan Leopold
 - a. Leopold I :
 - b. Leopold II :
 - c. Leopold III :
 - d. Leopold IV :
 - e. Tafsiran Berat Janin (TBJ) :
 - f. Denyut Jantung Janin (DJJ) :
 - g. Pemeriksaan panggul (dilakukan jika ada indikasi)
 - 1) Distansia spinarum : 24-26 cm
 - 2) Distansia cristarum : 28-30 cm
 - 3) Kongjungata eksternal : 18-20 cm
- 12. Pemeriksaan Penunjang
Pemeriksaan laboratorium : darah, urine, protein urine (jika diperlukan)

5.3.3 Analisa

Identifikasi Diagnosa

Ny "...." G... P... A..., umur, usia kehamilan, janin tunggal/kembar, hidup/mati, punggung kanan/kiri, presentase kepala/bokong, konvergen/divergen, intra/ekstra uteri, keadaan ibu dan janin baik.

5.3.4 Penatalaksanaan

Meliputi pelaksanaan rencana asuhan menyeluruh, menggunakan kata kerja aktif misalnya memberikan, menganjurkan, menjelaskan. Asuhan menyeluruh pada ibu hamil disertai dengan hasil asuhan atau evaluasi asuhan yang meliputi :

1. Terapi dan Asuhan
2. Pendidikan Kesehatan

3. Konseling
4. Kolaborasi (bila diperlukan)
5. Rujukan (bila diperlukan)
6. Tindak Lanjut

DAFTAR PUSTAKA

- Ayu Mandariwati, Gusti, dkk. 2016. Buku Asuhan Kebidanan Kehamilan Berbasis Kompetensi. Jakarta : Penerbit Buku Kedokteran EGC.
- Elizabeth Siwi Walyani. 2018. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.
- Hatijar, Irma Suryani dan Lilis. 2020. Buku Ajar Asuhan Kebidanan pada Kehamilan. Sugguminasa : CV. Cahaya Bintang Cemerlang.
- I Yeyeh Rukiyah, dkk. 2012. Asuhan Kebidanan I (Kehamilan). Trans Info Media.
- Irianti, Bayu dkk. 2014. Asuhan Kehamilan Berbasis Bukti. Sagung Seto.
- Rismalinda. 2014. Dokumentasi Kebidanan. Penerbit In Media.
- Yusari Asih, Risneni. 2016. Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan. Trans Info Media.
- Widy Nurwiandani. 2018. Buku Dokumentasi Kebidanan. Pustaka Baru Press.
- Vita Sutanto, Andina dan Yuni. 2021. Asuhan Kebidanan Kehamilan. Yogyakarta : Pustaka Baru Press.

BAB 6

SOAP IBU BERSALIN

Oleh Zaiyidah Fathony

6.1 Pendahuluan

Dokumentasi yang jelas, tepat, dan mudah diakses merupakan elemen penting dalam praktik kebidanan yang berkualitas dan berbasis bukti. Dokumentasi asuhan kebidanan penting untuk media komunikasi di antara para bidan dan pemberi asuhan lain yang terlibat dalam perawatan klien. Dokumentasi kebidanan berkaitan dengan semua catatan yang dikerjakan bidan mengenai asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien. Dokumentasi yang berkualitas dalam persalinan mencakup semua rincian tentang seorang wanita dalam persalinan, baik secara tertulis maupun elektronik, yang dengan jelas menggambarkan asuhan yang diberikan kepada wanita tersebut. Ini adalah bukti kejadian dalam persalinan dan waktu terjadinya (Dike *et al.*, 2015). Dokumen pemantauan persalinan sehari-hari dan pencatatan hasil di bangsal persalinan meliputi informasi mengenai pasien, seperti data diri, diagnosis, instruksi yang diberikan tenaga kesehatan, hasil kolaborasi, hingga rencana tindakan dan jadwal pemeriksaan yang hendak dilakukan serta partograf.

6.2 Definisi Dokumentasi

Dokumentasi adalah catatan perawatan, penilaian klinis, penilaian profesional, dan pemikiran kritis yang digunakan oleh seorang profesional kesehatan dalam kaitannya dengan penyediaan perawatan pasien. Dokumentasi ini dapat mencakup catatan kesehatan tertulis dan elektronik, grafik observasi, tindakan, hasil, daftar periksa, buku komunikasi, laporan shift/manajemen dan catatan anekdot klinis atau refleksi pribadi (yang dipegang oleh dokter secara pribadi atau bentuk dokumentasi lain yang berkaitan dengan perawatan yang diberikan. Oleh karena itu, dokumentasi medis (rekam medis atau catatan berbasis kertas) adalah salah satu

catatan kesehatan (klinis) di mana kita perlu menilai tingkat atau status praktiknya. Tentu saja, praktik atau dokumentasi tersebut dapat dicatat atau dilakukan oleh dokter, perawat, bidan, dan penyedia layanan kesehatan (profesional kesehatan) pada umumnya (Program Studi Administrasi Rumah Sakit, 2021).

Selama persalinan, partograf memainkan peran penting dalam proses pencatatan. Semua fasilitas kesehatan harus mematuhi dan melaksanakan sistem pencatatan yang diatur secara nasional. Status pasien, LISO, asuhan neonatus, laporan persalinan atau tindakan medis, laporan kejadian yang tidak diinginkan, kohort pasien, komplikasi yang terjadi, hasil pengobatan, dll. harus dicatat dan dilengkapi secara rutin (JNPK-KR, 2017).

6.3 Tujuan Dokumentasi

Tujuan dari dokumentasi kebidanan lebih dari sekadar mencatat rincian klinis dari asuhan yang diberikan kepada ibu bersalin. Catatan kebidanan dapat meningkatkan pengalaman perawatan persalinan seorang wanita, berdampak pada keselamatan ibu dan bayi serta berkontribusi pada penelitian dan proses organisasi (Handayani & Mulyati, 2017). Dokumentasi persalinan membantu dalam mengevaluasi asuhan yang diberikan oleh bidan. Dokumen kebidanan memungkinkan penyediaan perawatan yang berkualitas untuk wanita dalam persalinan melalui berbagi informasi di antara penyedia layanan kesehatan, memberikan bukti kemajuan dan hasil persalinan, penelitian, dan jaminan kualitas keuangan. Dokumen ini juga menyediakan template yang mendukung pengembangan pendidikan kebidanan. Bidan harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang dokumen dalam kebidanan, pentingnya dokumentasi dalam persalinan, apa yang harus didokumentasikan, dan seluruh proses dokumentasi (Dike *et al.*, 2015).

Catatan yang jelas tentang semua tindakan dan pertimbangan klinis akan membantu pemahaman para pemberi asuhan, pengambilan keputusan ibu, dan tinjauan yang efektif terhadap kesejahteraan ibu dan bayi. Selanjutnya, pencatatan yang teliti dan cermat terhadap pemahaman dan pengalaman

ibu, serta kemajuan klinis ibu dan bayinya akan memungkinkan semua tenaga kesehatan untuk meningkatkan standar perawatan yang diberikan dengan menyesuaikan layanan mereka dengan kebutuhan individu ibu dan bayinya.

6.4 Manfaat Pendokumentasian Pada Asuhan Persalinan Yang Dilakukan Secara Rutin , JNPK-KR (2017)

1. Sebagai alat bantu pengambilan keputusan klinik, sebagai sarana untuk mengevaluasi keefektifan serta kesenjangan asuhan yang telah diberikan, agar asuhan berikutnya bisa lebih baik
2. Sebagai informasi tentang intervensi atau asuhan yang berguna dari perspektif metode keperawatan, dan bisa digunakan oleh petugas atau tenaga kesehatan lainnya
3. Merupakan rekaman yang abadi tentang perawatan dan pengobatan yang diberikan
4. Sebagai alat komunikasi antara satu petugas ke petugas lainnya yang melanjutkan asuhan, terutama dalam kasus rujukan.
5. penolong persalinan akan memperoleh informasi yang diperlukan terkait asuhan yang telah dilakukan
6. Ada potensi digunakan untuk studi kasus atau penelitian.
7. Sebagai masukan untuk data statistik nasional maupun daerah termasuk angka morbiditas dan mortalitas ibu dan bayi

6.5 Menurut JNPK-KR (2017), aspek penting yang harus diperhatikan dalam pendokumentasian asuhan persalinan, yaitu:

1. Kapan asuhan diberikan (tanggal dan waktu)
2. Data diri petugas penolong persalinan
3. tanda tangan atau paraf dari penolong persalinan harus ada pada semua catatan
4. Hasil asuhan, dicatat dengan tepat, jelas, dan dapat dibaca
5. Catatan harus terpelihara dengan baik agar selalu tersedia

6. Kerahasiaan data harus tetap terjaga

6.6 SOAP

6.6.1 Data Subyektif

Data yang dikumpulkan dari pasien berdasarkan pendapat mereka tentang situasi dan kejadian disebut data subjektif. Data bisa diperoleh dari riwayat keperawatan pasien, yang mencakup persepsinya, perasaan, dan pendapatnya tentang status kesehatannya. Informasi dari sumber lain, seperti keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya, juga dapat dianggap sebagai data subjektif jika didasarkan pada pendapat pasien (Muttaqin, 2010). Menurut (Idrus, 2020), anamnesis yang baik harus dapat menggali empat ide utama dan tujuh butir mutiara anamnesis

Empat ide utama yang dimaksud adalah melakukan anamnesis dengan cara mencari data :

1. Riwayat penyakit saat ini
2. Riwayat penyakit yang pernah diderita sebelumnya
3. Riwayat penyakit yang pernah terjadi pada anggota keluarga
4. Riwayat sosial dan Ekonomi

Identitas pasien harus diperiksa pertama sebelum melakukan anamnesis:

1. Identitas : nama, usia, alamat, suku/bangsa, agama, pendidikan, pekerjaan
2. Keluhan Utama:

Keluhan utama adalah sesuatu yang dirasakan yang membuat seseorang datang ke fasilitas kesehatan untuk mencari pertolongan, atau sesuatu yang dirasakan yang membuat tidak nyaman sehingga perlu mendapatkan penanganan. Atau keluhan yang dirasakan saat dilakukan pengkajian, misalnya : demam, sesak napas, sakit pinggang, dll. (Idrus, 2020). Kemudian dilanjutkan anamnesis yang terstruktur dengan menggunakan tujuh pertanyaan, sebagai berikut:

- a. Di bagian tubuh yang mana keluhan dirasakan?
- b. Kapan keluhan mulai dirasakan dan berapa lama?
- c. Apakah keluhan yang dirasakan sangat mengganggu?
- d. Keluhan yang dirasakan rasanya seperti apa?

- e. Adakah faktor yang memperberat keluhan yang dirasakan
- f. Adakah faktor yang bisa mengurangi keluhan yang dirasakan ?
- g. Analisis sistem untuk keluhan utama

3. Status Perkawinan

Yang perlu didokumentasikan terkait status perkawinan adalah:

- a. Kawin/tidak
- b. Usia saat pertama menikah
- c. Lama menikah
- d. Berapa kali menikah
- e. Dengan suami sekarang sudah berapa lama usia pernikahannya
- f. Istri keberapa dari suami yang sekarang

4. Riwayat Haid

Anamnesis terkait data menstruasi memberikan informasi terkait fungsi organ reproduksi, menyangkut hal-hal berikut : umur pertama kali mendapatkan haid, frekuensi, siklus, lamanya, ciri-ciri darah, HPHT, nyeri haid, perdarahan di luar siklus haid (Hani, 2011).

5. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

- a. Masa Kehamilan dikaji tentang komplikasi saat kehamilan seperti hipertensi/pre-eklampsia, IUGR, polihidramnion, dan oligohidramnion (Park *et al.*, 2020).
- b. Masa Persalinan dikaji apakah ada riwayat persalinan dengan forcep, vacuum, caesar, partus lama (Park *et al.*, 2020). Jika ada riwayat persalinan caesar , untuk kelahiran selanjutnya besar kemungkinan juga harus melalui metode caesar.
- c. Masa Nifas diidentifikasi apakah mengalami penyulit seperti perdarahan, infeksi, masalah dalam menyusui atau pernah mengalami masalah psikologis. Berat bayi penting dikaji sebagai ilustrasi kapasitas dari ruang panggul ibu (Park *et al.*, 2020).

6. Riwayat KB

Alat kontrasepsi apa saja yang pernah ibu gunakan, berapa lama, jika ada pergantian apakah alasannya, alasan berhenti menggunakan alat kontrasepsi dan rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan setelah melahirkan.

7. Riwayat Kehamilan Sekarang

Catat mengenai pada umur kehamilan berapa ibu memeriksakan diri, kemana ibu melakukan pemeriksaan, apa saja keluhan, apa penanganan yang didapatkan, dan apakah telah mendapatkan imunisasi TT

8. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Ibu

Informasi tentang keadaan kesehatan sebelumnya, penyakit apa saja yang pernah dialami, perawatan, dan tindakan yang pernah didapatkan dari petugas kesehatan, serta faktor apa saja yang beresiko dengan kondisi kesehatan saat ini disebut riwayat kesehatan ibu dahulu. Riwayat kesehatan ibu dahulu meliputi informasi tentang penyakit pasien sebelumnya, keluhan, dan tindakan medis (seperti operasi atau pengobatan) (Jeogihantoro, 2023).

b. Riwayat Kesehatan Keluarga

informasi tentang kondisi kesehatan yang terjadi dalam keluarga pasien, termasuk penyakit menurun, penyakit menular, atau penyakit kronis yang dialami keluarga. Riwayat penyakit tertentu dapat meningkatkan kemungkinan pasien menderita penyakit yang sama. Selain itu, riwayat keluarga yang sehat juga dapat menunjukkan faktor risiko genetik atau lingkungan yang mempengaruhi kesehatan seseorang (Jeogihantoro, 2023).

9. Data Biologis

a. Pola Nutrisi

Dokumentasikan kapan terakhir ibu makan/minum dan banyaknya.

Selama menjalani proses persalinan, di beberapa penelitian sebenarnya tidak perlu ada pembatasan asupan makanan dan minuman (Fathony *et al.*, 2022). Selama persalinan dan selama proses kelahiran, anjurkan

ibu untuk mendapatkan asupan makanan dan air. Selama fase laten persalinan, beberapa ibu masih ingin makan, tetapi setelah memasuki fase aktif, mereka hanya ingin minum cairan. Selama proses persalinan, disarankan agar anggota keluarga menawarkan makanan ringan dan minuman sesering mungkin. Ini dapat membuat ibu merasa nyaman. Ada kemungkinan bahwa aturan yang membatasi konsumsi makanan dapat menyebabkan ketakutan (Varney, 2006).

b. Pola Eliminasi

Dokumentasikan kapan ibu BAK/BAB terakhir, serta masalah yang mungkin dialami.

Jumlah dan durasi berkemih juga harus dicatat. (JNPKKR, 2017).

c. Personal Hygiene

Dokumentasikan kapan ibu terakhir mandi dan gosok gigi.

Bidan dapat memenuhi beberapa kebutuhan kebersihan pribadi, seperti membersihkan daerah genitalia (vulva-vagina, anus), dan memberikan kemudahan bagi ibu untuk mandi. Mandi selama persalinan tidak dilarang. Karena proses melahirkan memiliki makna spiritual yang dalam, sebagian budaya malah menuntut ibu untuk mandi membersihkan diri. Secara ilmiah, mandi tidak hanya dapat membersihkan seluruh tubuh, tetapi juga dapat meningkatkan sirkulasi darah, yang membuatnya lebih nyaman dan lebih nyaman untuk ibu. (Varney, 2006).

d. Pola Aktivitas

Saat persalinan membutuhkan mobilitas dan pengaturan posisi, ibu dapat memilih posisi nyaman ibu selama proses persalinan, kurangi berbaring terlentang. Aktivitas ini dapat membantu mempercepat penurunan kepala bayi sehingga persalinan menjadi lebih singkat (JNPK-KR, 2017).

e. Tidur dan Istirahat

Dokumentasikan berapa lama ibu bisa istirahat setelah merasakan mules/ kontraksi.

Bidan dapat memberikan kesempatan kepada ibu untuk mencoba bersantai tanpa tekanan fisik dan emosional saat tidak mengalami kontraksi. Ini memungkinkan mereka memenuhi kebutuhan istirahat dan tidur mereka. Sebaiknya ibu berusaha untuk tidak mengantuk pada kala kedua. Selama observasi, bidan bisa membiarkan ibu tidur atau istirahat pada kala IV. Ibu dapat mengurangi trauma yang terkait dengan persalinan dengan mendapatkan cukup istirahat setelah persalinan untuk membantu fungsi alat reproduksi mereka pulih (Varney, 2007).

10. Data Psikososial dan Spiritual

Memaparkan kondisi sosial, dan spiritual pasien dan keluarga. Dokumentasikan mengenai ibadah apa yang ibu lakukan saat ini, bagaimana perasaan ibu dalam menghadapi proses persalinan, bagaimana pengetahuan tentang proses persalinan, siapa pendamping yang ibu harapkan, dan siapa yang menjadi penentu keputusan dalam keluarga.

6.6.2 Data Obyektif

Beberapa data dasar yang termasuk data objektif menurut Rukmi dkk (2022), meliputi:

1. Penampilan pasien: warna kulit pucat, kebiruan, edema, kurus, obesitas, kulit bersisik, pernafasan cuping hidung, dan lain-lain.
2. Observasi dasar: TTV, saturasi O², terpasang oksigen, tingkat kesadaran, kondisi pupil mata, warna air kemih, warna dasar luka, dan sebagainya.
3. Keseimbangan cairan.
4. Hasil pemeriksaan lainnya, seperti hasil laboratorium *X-ray*, *CT-scan*, dll.

Beberapa data obyektif yang bisa dikaji dan didokumentasikan meliputi:

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan Umum

Postur tubuh, mimik wajah, penampilan secara umum , posisi saat dikaji, serta bahasa tubuh (Irwan & Risnah, 2022).

b. Kesadaran

Sadar penuh, apatis, delirium, somnolen, somnolen, tidur, semi koma, dan koma adalah kondisi neurologis yang dievaluasi berdasarkan tiga faktor: reaksi membuka mata, reaksi verbal, dan reaksi motorik (Irwan & Risnah, 2022).

c. Tanda-tanda Vital: tekanan darah setiap empat jam, nadi dan suhu setiap satu jam. Secara umum, tanda-tanda vital ibu meningkat selama persalinan karena metabolisme ibu meningkat (Irwan & Risnah, 2022).

2. Pemeriksaan Fisik

a. Muka: ada tidaknya pembengkakan serta mengidentifikasi kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat et al, 2015).

b. Mata: Tujuan dari pemeriksaan sclera adalah untuk menentukan kualitas warna, normal berwarna putih. Selain itu, konjungtiva diperiksa untuk mengetahui apakah ada anemia. Konjungtiva biasanya merah muda (Hidayat & Uliyah, 2015). Selain itu, untuk mengidentifikasi kemungkinan pre-eklampsia, pengkajian mata yang kabur harus dilakukan.

c. Payudara: Bentuk, warna, kesimetrisan, benjolan abnormal, nyeri tekan dan pengeluaran kolostrum.

d. Ekstremitas: edema dan varices

3. Pemeriksaan Khusus

a. Obstetri

1) Abdomen Inspeksi : bentuk, adakah luka operasi. Palpasi: Pemeriksaan leopold I-IV

2) Tafsiran Tanggal Persalinan: Tujuannya adalah untuk mengetahui apakah persalinan itu prematur, postmatur, atau cukup bulan

- 3) Tafsiran Berat Janin
- 4) Denyut jantung janin normal antara 120-160 ×/menit
- 5) Kontraksi: frekuensi dan durasi

b. Gynekologi

- 1) Inspeksi: pada kondisi normal, tidak ada hemoroid di anus, tidak ada pembengkakan di kelenjar bartolini dan kelenjar skene, pengeluaran lendir darah dan air ketuban juga harus diidentifikasi (Mochtar, 2011).
- 2) Pemeriksaan Dalam: Periksa genitalia eksterna, adakah luka atau massa (benjolan) termasuk kondiloma, varices vulva atau rektum, atau luka parut di perineum. Apakah ada pengeluaran pervagina, nilai vagina, pembukaan dan penipisan serviks, nilai penurunan bagian terbawah janin, pada presentasi kepala tentukan titik penunjuknya (JNPK-KR, 2017).
- 3) Kesan Panggul: WHO menyatakan bahwa, Pelvimetri internal biasanya dilakukan pada pasien dalam tahapan persalinan dan tidak direkomendasikan untuk dilakukan secara rutin pada ibu hamil yang sehat dengan kemajuan persalinan yang normal

c. Pemeriksaan Penunjang

- 1) Hemoglobin: pada saat persalinan, nilai hemoglobin meningkat 1,2 gram per 100 mililiter selama persalinan dan, jika tidak ada kehilangan darah yang tidak normal, akan kembali ke nilai sebelum persalinan pada hari pertama post partum. (Varney, dkk, 2007).
- 2) *Cardiotocography* (CTG): dilakukan untuk mengidentifikasi kondisi janin.
- 3) USG: Pemeriksaan ultrasonografi (USG) yang dilakukan pada akhir trimester ketiga menjelang persalinan berguna untuk mengidentifikasi potensi komplikasi, serta untuk mengevaluasi presentasi janin, kecukupan air ketuban, denyut jantung, dan berat janin (Mochtar, 2011).
- 4) Protein Urine dan glukosa urine (Varney, 2006).

6.6.3 Analisis

Pada tahap ini, identifikasi masalah atau diagnosa bergantung pada interpretasi yang akurat dari data yang telah dikumpulkan. Dengan menginterpretasikan data dasar ini, diagnosa dan masalah yang tepat dapat dibuat

Dalam praktik kebidanan, seorang bidan menetapkan diagnosa yang sesuai dengan standar nomenklatur diagnosa kebidanan. Untuk menentukan diagnosa atau masalah harus menggunakan data dasar, yaitu informasi subjektif dan objektif (Yulizawati *et al*, 2019).

6.6.4 Penatalaksanaan

Selama bidan bekerja sama dengan dokter atau tim medis lainnya untuk merawat klien yang bermasalah, bidan tetap harus bertanggung jawab atas pelaksanaan rencana asuhan bersama yang lengkap.

Pelaksanaan yang efisien akan berkaitan dengan waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien (Yulizawati *et al*, 2019). Pada penatalaksanaan urutkan mulai dari untuk mengatasi masalah nyata, kemudian masalah potensial.

6.6.5 Catatan Perkembangan

1. Kala I

Kala I terdiri dari pertanyaan-pertanyaan tentang temuan selama fase laten, grafik melewati atau tidak, masalah-masalah lain yang timbul, penatalaksanaannya, dan hasil penatalaksanaan masalah tersebut. Untuk pertanyaan nomor 10 (intervensi terhadap temuan) dan nomor 11 (penyimpangan grafik dilatasi serviks), hanya melingkari jawaban yang sesuai. Pertanyaan berikutnya hanya diisi jika terdapat masalah lain, cara dan hasil penatalaksanaannya (JNPK-KR, 2017).

KALA I

- 10 Temuan pada fase laten: Perlu Intervensi: Y / T
- 11 Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y / T
- 12 Masalah pada fase aktif, sebutkan:.....
- 13 Penatalaksanaan masalah tersebut:.....
- 14 Hasilnya.....

Gambar 6.1. Pengkajian Pada Kala I (JNPK-KR, 2017).

Jika setelah pengkajian awal perlu dilakukan penilaian ulang 4 jam kemudian dan ibu masih berada pada kala I maka, pengkajian dan pencatatan bisa dilaporkan pada catatan perkembangan. Jika ibu sudah memasuki fase aktif perlu dimulai pemantauan kemajuan persalinan dengan menggunakan partograf.

Kadaan ibu dan bayi yang harus dinilai dan dicatat menurut JNPK-KR (2017), yaitu:

- a. Detak jantung janin: setiap 30 menit
- b. Frekuensi dan durasi kontraksi uterus: setiap 30 menit
- c. Nadi setiap tiga puluh menit
- d. Pembukaan serviks setiap empat jam
- e. Penurunan bagian terbawah janin setiap empat jam
- f. Tekanan darah dan suhu tubuh setiap empat jam
- g. Produksi urin, aseton dan protein setiap dua sampai empat jam

2. Kala II

Data yang dikaji pada kala II adalah: apakah ibu dilakukan tindakan episiotomi ?, siapa pendamping saat proses persalinan ?, apakah terjadi gawat janin?, apakah terjadi distosia bahu dan masalah lainnya?

15. Episiotomi:

☐ Ya, indikasi.....

☐ Tidak

16. Pendamping pada saat persalinan:

☐ suami

☐ dukun

☐ keluarga

☐ teman

☐ tidak ada

17. Gawat janin:

☐ Ya, tindakan yang dilakukan:

a.....

b.....

☐ Tidak

☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasilnya:

18. Distosia bahu

☐ Ya, tindakan yang dilakukan:

a.....

b.....

C.....

☐ Tidak

19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tersebut dan hasilnya:.....

Gambar 6.2. Pengkajian Pada Kala II (JNPK-KR, 2017).

3. Kala III

Data yang dikaji pada kala III terdiri dari lamanya kala III, pemberian oksitosin 1 menit setelah bayi lahir, peregang tali pusat, masase pada fundus, cek kelengkapan plasenta, plasenta yang tidak lahir lebih dari 30 menit, robekan jalan lahir, atonia uteri, jumlah darah yang keluar, masalah lain, penatalaksanaan dan hasilnya (JNPK-KR, 2017).

- 20 Inisiasi Menyusu Dini
☐ Ya
☐ Tidak, alasannya.
- 21 Lama kala III:menit
- 22 Pemberian Oksitosin 10 U IM?
☐ Ya, waktu menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan..
 Penjepitan tali pusat.....menit setelah bayi lahir
- 23 Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
☐ Ya, alasan:.....
☐ Tidak
- 24 Penegangan tali pusat terkendali?
☐ Ya
☐ Tidak, alasan:.....
- 25 Masase fundus uteri?
☐ Ya
☐ Tidak, alasan:.....
- 26 Plasenta lahir lengkap (intact): Ya/Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 a.....
 b.....
- 27 Plasenta tidak lahir > 30 menit:
☐ Tidak
☐ Ya, tindakan:
 a.....
 b.....
 C.....
- 28 Laserasi:
☐ Tidak
☐ Ya, dimana.....
- 29 Jika laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4
 Tindakan:
☐ Penjahitan, dengan/tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan:.....
- 30 Atonia uteri:
☐ Ya, tindakan:
 a.....
 b.....
 C.....
☐ Tidak
- 31 Jumlah darah yang keluar:
- 32 Masalah lain pada kala III dan Penatalaksanaannya:

 Hasilnya:.....

Gambar 6.3. Pengkajian Kala III (JNPK-KR, 2017).

4. Kala IV

Tekanan darah, nadi, suhu, tinggi fundus, kontraksi uterus, kondisi kandung kemih, dan jumlah darah yang keluar adalah semua informasi yang dicatat dalam kala IV tentang keadaan umum ibu setelah melahirkan bayi dan plasenta. Pemantauan dengan Kala IV ini sangat penting untuk mengidentifikasi komplikasi atau kesiapan penolong untuk menghadapi masalah atau komplikasi obstetrik segera seperti syok hipovolemik, perdarahan pascapersalinan primer, atau infeksi. Jika masalah muncul selama kala IV, (JNPK-KR, 2017).

KALA IV 33. Kondisi Ibu : KU.....TD:.....mmHg, Nadi....x/mnt, Napas....x/mnt 34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya..... Hasilnya.....

Gambar 6.4. Pengkajian Kala IV (JNPK-KR, 2017).

5. Bayi baru lahir

Berat badan dan panjang badan, jenis kelamin, penilaian bayi baru lahir, penyulit, cacat bawaan, tindakan apa saja yang dilakukan sesuai kondisi bayi, pemberian ASI awal, masalah lain yang ditemukan.

Kaji sesuai isi format di bawah ini:

35. Berat badan..... gram
36. Panjang.....cm
37. Jenis kelamin: L / P
38. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
39. Bayi lahir:
- ☐ Normal, tindakan:
 - ☐ menghangatkan
 - ☐ mengeringkan
 - ☐ rangsangan taktil
 - ☐ IMD atau naluri menyusu segera
 - ☐ tetes mata profilaksis, vitamin K1, dan imunisasi Hepatitis B
 - ☐ Asfiksia, tindakan:
 - ☐ menghangatkan bebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)
 - ☐ mengeringkan
 - ☐ rangsangan taktil
 - ☐ ventilasi positif (bila perlu)
 - ☐ asuhan pascareusitasi
 - ☐ lain-lain, sebutkan:.....
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan
 - Hipotermi: ya/tidak, tindakan:
 - a.....
 - b.....
 - c.....
 - Cacat bawaan, sebutkan:
40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
- ☐ Ya, waktu..... jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan:.....
41. Masalah lain, sebutkan:.....

Gambar 6.5. Pengkajian Kala IV (JNPK-KR, 2017).

DAFTAR PUSTAKA

- Dike, F. M., Onasoga, O. A., & Njoku, E. (2015). Documentation in labour among midwives in Madonna university teaching hospital elele, rivers state, Nigeria. *International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 4(5), 1404–1409. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20150719>.
- Fathony, Z., Ramdhaniah, N., & Rahmah, A. (2022). Penyuluhan Kebutuhan Dasar Ibu Bersalin. *Jurnal Perak Malahayati: Pengabdian Kepada Masyarakat (PKM)*, 4(2), 268–276.
- Hani, Ummi. (2011). *Asuhan Kebidanan Pada Kehamilan Fisiologis*. Jakarta: Salemba Medika.
- Handayani, S. R., & Mulyati, T. S. (2017). *Dokumentasi Kebidanan: Vol. Cetakan Pertama* (S. Utami, B. A. Darmanto, & A. N. Aisyah, Eds.; Cetakan Pertama). Kementrian Kesehatan Republik Indonesia.
- Hidayat, A. Alimul A., Uliyah M. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia Edisi 2 Buku 1*. Jakarta: Salemba Medika. <https://onesearch.id/Record/IOS12532.slims-778>.
- Idrus, F. (2020). Manual Keterampilan Klinik I Panduan Pembelajaran Komunikasi Dokter-Pasien. In Departemen Ilmu Kedokteran Jiwa (Psikiatri) Fakultas Kedokteran Universitas Hasanuddin Makassar.
- Irwan, M., & Risnah. (2022). *Dasar-Dasar Ilmu Keperawatan: Vol. Cetakan Pertama* (S. Arafah & F. Al Hijrah, Eds.; Cetakan Pertama). Deepublish: Grup CV Budi Utama.
- Jeogihantoro, R. (2023). Teknik Anamnesis Yang Efektif Dalam Praktek Kedokteran: Vol. Cetakan Pertama (R. Jeogihantoro, Ed.; Cetakan Pertama). WGH Press.
- JNPK-KR. (2017). *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: Departemen Kesehatan Indonesia.
- Mochtar, R. (2011). *Sinopsis Obstetri Fisiologi Patologi Jilid 2*. Jakarta: EGC.
- Manuaba, I.B.G., I.A.C. Manuaba, dan I.B.G.F. Manuaba. (2007). *Pengantar Kuliah Obstetri*. Jakarta: EGC.

- Muttaqin, Arif. (2010). *Pengkajian Keperawatan: Aplikasi pada Praktik Klinik*. Jakarta: Salemba Medika.
- Park, K., Wu, P., & Gulati, M. (2020). Obstetrics and Gynecological History. *JACC: Case Reports* , 2(1), 161–163. <https://doi.org/10.1016/j.jaccas.2019.11.035>.
- Program Studi Administrasi Rumah Sakit. (2021). *Manajemen Rekam Medis Modul Praktikum*.
- Rukmi, DK. dkk., (2022) *Metodologi Proses Asuhan Keperawatan*.
- Varney, Hellen. (2006). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Edisi 4 Volume I*. Jakarta: EGC.
- Varney, H. Et, all. (2007). *Buku Ajar Kebidanan Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Yulizawati., Insani Aldina Ayunda., B Lusiana El Sinta., Andriani Feni. (2019). *Buku Ajar Asuhan Kebidanan Pada Persalinan*. Sidoarjo: Indomedia Pustaka.

BAB 7

SOAP IBU NIFAS

Oleh Umi Fania Julianti

7.1 Pendahuluan

Pendokumentasian dengan SOAP pada ibu nifas dapat dilakukan dalam kegiatan aktivitas asuhan yang dilakukan oleh bidan pada manajemen kebidanan pada ibu nifas yang diuraikan pada langkah pengkajian/pengumpulan data dasar, menetapkan diagnose dan masalah kebidanan, menetapkan perencanaan, melakukan pelaksanaan tindakan, evaluasi asuhan dan yang terakhir pendokumentasian. Pendokumentasian asuhan kebidanan pada masa nifas sudah sesuai aturan pada standar pelayanan kebidanan untuk menggunakan metode SOAP (*Subjektif, Objektif, Assesment dan Planning*). Pendokumentasian dengan metode SOAP menjadi salah satu bukti dalam melakukan pencatatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan khususnya ibu masa nifas (Pitriani and Andriyani, 2021). Pendokumentasian ini dikaji dari ibu setelah persalinan 2 jam sampai 42 hari pada masa nifas.

7.2 Manajemen Kebidanan Masa Nifas

7.2.1 Pengkajian

Pengkajian didefinisikan suatu bagian yang dilakukan bidan bertujuan mendapatkan data ataupun informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari pasien, suami ataupun keluarga yang berkaitan dengan kondisi klien. (Enggar, Maineny and Veronica, 2022). Adapun pengumpulan data meliputi data subjektif dan data objektif yang ditemukan pada klien (Jefri and Yanti, 2023).

1. Data subjektif

Data subjektif merupakan hasil tindakan wawancara ataupun anamnesa terkait dengan keluhan ataupun kondisi klien. Anamnesa terdiri dari 2 yaitu autoanamnesa dan alloanamnesa. Autoanamnesa adalah wawancara medis

yang dilakukan secara langsung antara bidan dengan klien sedangkan alloanamnesa adalah wawancara medis yang dilakukan dengan keluarga klien yang mendampingi klien saat di fasilitas kesehatan. Hal ini dilakukan apabila klien yang datang ke fasilitas kesehatan dalam keadaan darurat ketiak klien tidak memungkinkan untuk dilakukan anamnesa. Data subjektif menjadi data pendukung yang penting dalam menegakkan diagnosa kebidanan. Adapun data subjektif terdiri dari :

a. Identitas

1) Nama

Salah satu bagian dari identitas klien dan suami agar mengenal dan memastikan klien yang mendapatkan pelayanan kebidanan.

2) Umur

Kajian umur klien perlu dilakukan untuk memperhatikan kelompok umur pada pasien termasuk dalam usia produktif atau tidak. Selain itu juga untuk mengkaji komunikasi interpersonal yang baik dalam melakukan pengkajian serta menyampaikan hasil asuhan kepada pasien.

3) Suku/bangsa

Suku juga mempengaruhi budaya atau adat istiadat kepercayaan masyarakat berhubungan terhadap kesehatan sehari-hari. Selain itu juga salah aspek yang dapat di perhatikan dalam melakukan komunikasi dengan pasien.

4) Agama

Agama klien penting untuk dikaji mengingat keyakinan ibu dapat mendorong hal-hal positif secara spiritual meningkatkan motivasi, kepercayaan dan keyakinan sehingga memudahkan bidan dalam membimbing saat asuhan diberikan kepada klien.

5) Pendidikan

Perlu dikaji karena penting untuk melihat intelektual klien sehingga dapat memudahkan

komunikasi yang dilakukan saat diberikan asuhan dan klien dapat memahami dengan jelas informasi yang disampaikan bidan selama asuhan.

6) Pekerjaan

Perlu dikaji pekerjaan untuk melihat status ekonomi dan menjadi pertimbangan dalam memberikan terapi yang memadai untuk klien.

7) Alamat

Bertujuan untuk memudahkan kunjungan rumah untuk melakukan asuhan yang berikutnya dan follow up kesehatan klien.

b. Riwayat pasien

1) Keluhan Utama

Masalah yang ditemukan pada klien ataupun alasan klien datang ke fasilitas kesehatan yang kemungkinan diakibatkan ketidaknyaman yang dialami klien pada masa nifas. misalnya ibu ingin memeriksakan kesehatannya setelah persalinan. Adapun keluhan yang terjadi pada masa nifas antara lain perut kontraksi, nyeri luka perineum, nyeri ulu hati, pandangan kabur, payudara membesar, ASI tidak lancer, masalah pada putting mammae, diuresis, konstipasi, tungkai kaki odema, nyeri pada payudara dll. Adapun dari keluhan/masalah pasien ini juga menjadi data pengkajian yang perlu diperhatikan karena bisa menjadi salah satu tanda gejala fisiologi bahkan patologis pada diagnose kebidanan (Saputri, 2020).

2) Riwayat kebidanan

Hal ini juga sangat penting untuk di kaji oleh bidan sebagai data acuan jika pasien mengalami masalah pada masa nifas

3) Menstruasi

Pengkajian riwayat menstruasi juga untuk melihat gambaran tentang keadaan umumnya pada sistem reproduksi klien. Ada beberapa data yang harus bidan kaji pada riwayat kebidannya yaitu menarche, siklus,

volume, keluhan, dan gangguan kesehatan pada alat reproduksi. Menarche merupakan pertama kali seorang perempuan mengalami menstruasi. Umumnya perempuan akan mengalami menarche pada usia 14 tahun. Siklus menstruasi merupakan jarak dari menstruasi yang selama dialami dengan menstruasi berikutnya, yang dihitung dengan lama hari. Lama menstruasi merupakan lama seseorang mengalami menstruasi pada setiap periodiknya yang dihitung dalam hitungan hari. Penggunaan pembalut saat menstruasi menjelaskan seberapa banyak darah yang keluar saat terjadi siklus menstruasi, hal ini dapat dikaji dari penggunaan pembalut yang digunakan klien rata-rata dalam 1 hari selama siklus menstruasi. Keluhan yang dirasakan klien juga harus dikaji untuk menjelaskan apakah terdapat keluhan dan gangguan pada saat menstruasi, misalnya nyeri bagian perut saat menstruasi bahkan sampai tidak dapat melakukan aktivitas (Kristianingrum, 2021)

4) Riwayat kesehatan

Data pada riwayat ini dapat digunakan untuk menilai kemungkinan adanya penyulit pada post partum. Yang perlu dikaji apakah pasien memiliki kondisi penyakit yang menular misalnya TBC, hepatitis, HIV dll dan penyakit yang menurun dari keluarga misalnya hipertensi dan diabetes mellitus.

5) Status perkawinan

Pada bagian ini berkaitan dengan status obstetri seperti usia saat menikah, status perkawinan, lama perkawinan.

c. Pola Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola nutrisi

Pola nutrisi yang diterapkan oleh klien dapat di evaluasi sudah sesuai atau belum dengan kebutuhan nutrisi yang harusnya dipenuhi oleh klien. Adapun pola nutrisi yang perlu dikaji antara lain frekuensi makan, banyaknya, menu, jenis

makanan, ada tidaknya berpantang makanan, kebutuhan cairan dalam sehari-hari dan keluhan.

Menu makanan yang diterapkan sesuai dengan pola makan yang seimbang bagi ibu nifas. Apabila ibu kurang seimbang maka akan ada zat gizi yang diasup tidak akan terpenuhi. Berdasarkan masalah tersebut bidan dapat memberikan pendidikan kesehatan tentang pola makan dengan gizi yang seimbang terutama menu seimbang selama masa nifas (Roichana and Ari Pratiwi, 2017).

Bidan juga menanyakan jenis makanan apa saja yang dimakan ibunya dalam sehari pasca persalinan. Frekuensi makanan juga memberikan identifikasi mengenai kalori ataupun zat gizi makanan yang di konsumsi ibu, apakah sudah memenuhi kebutuhan nutrisi sedangkan banyaknya makan dapat dikaji seberapa banyak makanan dalam satu kali waktu makan, Hal ini dapat dijadikan gambaran seberapa banyak porsi makanan yang ibu konsumsi dalam sehari. Pantang makan dikaji bidan untuk menilai pengaruh kebiasaan klien dalam penenuhan nutrisi apakah cukup untuk menambah kalori dan zat gizi lainnya yang bermanfaat untuk penyembuhan dan kebutuhan nutrisi selama masa nifas. Pola minum juga dikaji dengan kebiasaan pasien sehari-hari dalam memenuhi kebutuhan cairan yang cukup, sehingga ada beberapa pertanyaan kepada pasien tentang kecukupan minum yaitu banyaknya minum dalam sehari dan ditanya juga jenis minuman yang biasa dikonsumsi pasien sehari-hari.

Hal ini menjadi kajian bidan untuk memberikan asuhan pada klien dalam memenuhi kebutuhan nutrisi selama masa nifas.

2) Pola eliminasi

Ibu harus dapat berkemih minimal 4 – 6 jam setelah proses persalinan dan pastikan tidak ada masalah

selama berkemih untuk mencegah terjadinya infeksi pada saluran kemih selama masa nifas. Selain itu ibu nifas dapat BAB spontan pada hari ke 3 post partum diakibatkan dari proses persalinan dan fungsi pada pencernaan yang lambat akibat tonus otot menurun setelah proses bersalin.

3) Pola istirahat

Istirahat dibutuhkan oleh ibu yang mana bidan perlu melakukan pengkajian tentang kebiasaan istirahat klien agar dapat mengetahui apakah istirahat yang dilakukan sudah memadai atau belum serta hambatan yang selama masa post partum dari waktu istirahatnya. Bidan melakukan pengkajian lama tidur siang dan malam selama post partum.

4) Pola aktivitas

Bidan perlu mengkaji pekerjaan ibu untuk mengidentifikasi kategori seberapa berat aktivitas yang dilakukan pasien selama post partum yang dilakukan dirumah. Apabila aktivitas yang berat akan meningkatkan resiko kelelahan sehingga perlu diberikan penjelasan mengurangi dulu pekerjaan rumah sampai ibu sehat dan pulih kembali. Hal ini pentingnya dilakukan mobilisasi secara bertahap pada ibu masa nifas (Maryati and Anjani, 2023).

5) Hubungan seksual

Perlu di kaji apakah ibu nifas sudah melakukan hubungan badan untuk menilai apakah ada masalah yang berkaitan dengan organ reproduksi

6) Personal hygiene

Perlunya pengkajian pada segi personal higiene karena berhubungan dengan kesehatan ibu. Apabila menjaga kebersihan diri yang kurang baik bidan melakukan pendidikan kesehatan bimbingan-bimbingan agar pasien dapat secara mandiri melakukan personal hygiene dengan baik dan

dengan segera. Adapun yang dapat dilakukan dalam menjaga kebersihan diri pasien yaitu mandi, keramas, ganti baju dan celana dalam, mengganti pembalut, kebersihan kuku, kemudian kebiasaan menjaga kebersihan diri pada bayinya dengan mandi menjaga kebersihan tali pusat, pakaian dan peralatan yang digunakan untuk merawat bayi.

d. Data psiko-sosial

- 1) Respon suami dan keluarga terhadap bayi
Adanya respon yang baik dari keluarga terhadap kelahiran bayi dapat mempercepat adaptasi ibu dalam menerima peran barunya. Bidan dapat bertanya secara langsung kepada pasien dan keluarga, ekspresi wajah yang ditampilkan menggambarkan respon mereka terhadap kelahiran bayi dan dukungan yang positif kepada pasien (Ambarwati and Susanti, 2021).
- 2) Respon ibu terhadap bayi
Bidan perlu mengkaji respon ibu terhadap kelahiran bayinya, dikaji apakah respon terhadap bayinya positif bahkan sebaliknya. Apabila ibu yang memiliki respon positif maka akan mudah untuk melibatkan dan membantu ibu dalam perawatan pada bayinya (Ambarwati and Susanti, 2021).
- 3) Pengetahuan ibu tentang perawatan bayi
Bidan perlu mengkaji perawatan sehari-hari ibu terhadap bayi, pengalaman atau riwayat paritas yang dapat dijadikan suatu pelajaran untuk membantu klien dalam perawatan pada bayi.
- 4) Perencanaan KB
Perlu dikaji riwayat penggunaan KB atau apabila pasien mau menggunakan KB setelah masa nifas. bidan harus menyimpulkan informasi berkaitan dengan penggunaan kontrasepsi yang tepat pada kondisi pasien dan keinginan pasien agar tidak mengalami masalah selama masa post partum.
- 5) Latar belakang sosial budaya

Perlunya pengkajian latar belakang budaya yang dipercayai dan dianut karena ada beberapa budaya dapat mempengaruhi masa post partum ibu. Hal ini tentunya dapat berdampak positif maupun negatif selama masa penyembuhan pada masa post partum.

2. Data objektif

a. Keadaan umum

Perlunya menilai keadaan umum pasien sehat, lemah, sakit dikelompokkan ringan, sedang dan berat. Hal ini dinilai keadaan pasien dalam keadaan darurat atau tidak.

b. Kesadaran

Tingkat kesadaran pasien dapat diukur pada 3 aspek yaitu respon mata, verbal dan motoric. Adapun tingkat kesadaran dapat dikelompokkan pada compos mentis, apatis, delirium, samnolen, sopor, semi koma dan koma. Tingkat kesadaran penting untuk dikaji karena ada beberapa factor yang dapat menurunkan kesadaran seseorang.

c. Status emosional

Status emosional merupakan gambaran dari kesehatan mental seseorang, begitu juga pada masa nifas tentunya factor psikologis juga berpengaruh pada kesehatan ibu dan juga bayi.

d. TTV

Pengkajian pada tanda-tanda vital juga penting untuk dilakukan karena pada masa nifas terjadi perubahan yang fisiologis bahkan pathologis. Pengukuran tanda-tanda vital masih dikatakan normal yaitu apabila TD < 140/90, R 16-20 kali/menit, S 37,5-38 ° C, N 80-100 kali/menit.

e. Pemeriksaan head to too

1) Kepala

Pemeriksaan pada bagian kepala yaitu kulit kepala dan distribusi rambut. Periksa kulit kepala untuk melihat kebersihan rambut misalnya ada ketombe

sedangkan pada distribusi rambut untuk mengetahui warna rambut dan apakah rambut menyebar dengan rata atau ada yang rontok.

2) Leher

Pemeriksaan bagian leher menilai apakah ada pembesaran kelenjar vena jugularis, kelenjar tiroid dan kelenjar limfe.

3) Dada

Pemeriksaan pada bagian dada dengan memperhatikan melakukan inspeksi pada payudara, perhatikan hiperpigmentasi di sekitar aerola, putting mammae menonjol atau tidak, kebersihan payudara, dan apakah ada pengeluaran ASI pada payudara atau tidak (Pekamilla and Fitriani, 2023).

4) Perut

Pemeriksaan pada bagian ini untuk mengkaji apakah terdapat luka post SC/operasi, tinggi fundus uteri (TFU), kontraksi uterus, konsistensi uterus dan kandung kemih.

5) Genetalia

Pemeriksaan pada genetalia dengan mengkaji pengeluaran lochea apakah sudah sesuai dengan tahapnya dengan memperhatikan warna jumlah yang keluar dan baunya. Selain itu juga dikaji apakah ada bekas jahitan, kebersihan, edema dan warna nya (Atikah, Andryani. A and Setiawati, 2020).

6) Anus

Pengkajian pada anus untuk menilai apakah ada masalah selama nifas seperti hemoroid.

7) Ekstremitas atas dan bawah

Pengkajian pada ekstremitas juga dilakukan untuk mengkaji apakah ada masalah selama masa nifas, seperti mengkaji edema atau tidak, varies atau tidak.

f. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang dapat kita dapatkan dari hasil pemeriksaan laboratorium, pemeriksaan rontgen, USG dll.

7.2.2 Perumusan Diagnose

Pada langkah ini setelah bidan mendapatkan data pengkajian data subjektif dan objektif sehingga perlu merumuskan diagnose kebidanan sehingga bidan dapat menyimpulkan kondisi masa nifas fisiologis atau patologis (Mardani and Anjarwati, 2022).

7.2.3 Perencanaan

Berdasarkan diagnose yang di dapat bidan dapat merencanakan tindakan asuhan serta memperhatikan masalah yang temukan/gangguan pada ibu, mencegah infeksi, mengatasi kecemasan, pendidikan kesehatan dari kebutuhan dan bahkan sampai tanda bahaya dan perawatan sehari-hari pada ibu dan bayi (Mardani and Anjarwati, 2022).

7.2.4 Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan yang diberikan dapat dilakukan dengan tindakan mandiri, kolaborasi bahkan rujukan. Diperlukan tindakan pengawasan pada pasien selama masa nifas untuk memastikan kondisi klien agar dalam keadaan sehat. Pastikan bahwa asuhan yang telah diberikan sejalan dengan rencana kebidanan yang dibuat. Bidan memberikan pelayanan kebidanan harus melibatkan suami dan keluarga sehingga pelaksanaan asuhan ditanggung secara bersama-sama (Fiorent, Herawaty Purba and Hartini Janet Laga, 2021).

6.2.5 Evaluasi

Evaluasi diperlukan untuk mengetahui keberhasilan dari asuhan yang diberikan. Ada 2 hal yang perlu diperhatikan pada evluasi asuhan kebidanan yaitu efektivitas asuhan untuk mengatasi masalah dan hasil asuhan yang dilakukan bidan. Evaluasi keefektifan asuhan untuk melihat apakah tindakan yang diberikan

sudah sesuai dengan perencanaan asuhan, yang mana rencana harus dilakukan secara efektif dan efisien dalam pelaksanaannya sesuai dengan tujuan asuhan kebidanan. Evaluasi ini juga dapat dikaji saat dilakukan kunjungan nifas (KF). Hasil asuhan bagian dari konkritnya asuhan yang diberikan berupa kondisi pasien yang semakin pulih, meningkatnya kesejahteraan emosional, peningkatan pengetahuan dan keterampilan mengenai perawatan diri dan bayi serta peningkatan kemandirian pasien dan keluarga dalam memenuhi kebutuhan kesehatan selama masa post partum (Khaerunnisa, Saleha and Inayah Sari, 2021).

7.2.6 Dokumentasi

Dokumentasi di buat menggunakan metode SOAP yaitu dengan komponen subjektif, objektif, assessment dan planning (Zulfitra, Primasari and Syofiah, 2020).

7.3 Tinjauan Kasus

Contoh kasus pada Ibu Nifas

Pengkajian :

Tanggal : 1-02-2024

Pukul : 08.00 WIB

Data Subjektif

Identitas

Nama Ibu : Ny. "I"
Umur : 25 tahun
Agama : Islam
Suku/bangsa : Melayu
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Pasiran
No. hp : 0821XXXX

Nama Suami : Tn."S"
Umur : 30 tahun
Agama : Islam
Suku/bangsa :Melayu
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : PNS
Alamat : Pasiran
No. hp : 0813XXXX

Status perkawinan

Umur : 18 tahun
Lama perkawinan : 7 tahun

Keluhan Utama

Ibu mengatakan telah melahirkan akan pertamanya pada tanggal 1-2-2024 Pukul 02.00 WIB, jenis kelamin anak perempuan, BB 3000 gram, PJ 49 cm, mengeluh keras pada perut.

Riwayat menstruasi

Menarche	: 12 tahun	Siklus	: 28 hari
HPHT	: 06-05-2023	Lama	: 6-7 hari
Dismenorea	; Tidak ada	Warna	: Merah
Bau	: Anyir	Flour Albus	: Tidak ada

Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

hami l	UK	JP	penolo ng	masala h	BB/P B	J K	ASI	KB
1	37 mg	Norm al	Bidan	Tidak ada	3000 /50	P	Ad a	Belum

Riwayat kesehatan

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami penyakit kronis, menular dan menahun seperti Diabetes Melitus, Jantung, Hipertens, Asma, Hepatitis, HIV.

Riwayat kesehatan keluarga

Ibu mengatakan tidak pernah mengalami penyakit kronis, menular dan menahun seperti Diabetes Melitus, Jantung, Hipertens, Asma, Hepatitis, HIV

Pola kebutuhan sehari-hari masa nifas

1. Pola nutrisi : frekuesi makan sebanyak 1 kali dengan jenis makanan nasi, lauk pauk, sayur dan buah, minum 1 gelas
2. Pola eliminasi : belum BAB dan BAK sudah 1 kali
3. Pola istirahat : 2 jam setelah melahirkan
4. Personal higiene : belum mandi, cuci muka dan belum mengganti pembalut
5. Ambulasi : miring kiri kanan
6. Pola seksual : belum melakukan

Data psiko-sosial

1. Respon ibu dan keluarga terhadap kelahiran bayi : sangat senang dan bersyukur karena anaknya lahir dengan selamat dan sehat
2. Pengetahuan ibu : ibu sedikit mengetahui cara menyusui bayi
3. Rencana menyusukan : ASI sejak bayi lahir dan rencana sampai usia anak 2 tahun
4. Rencana keluarga berencana : akan menggunakan suntik 3 bulan
5. Kebiasaan budaya : makan tanak lada selama masa nifas

Data Objektif

Pemeriksaan Umum

KU	: Baik
Kesadaran	: Compos mentis
Status emosi	: Stabil
BB	: 56 kg
TB	: 155 cm
TD	: 120/70 mmHg
Suhu	: 36,5 °C
Respirasi	: 20 kali/menit
Nadi	: 80 kali/menit

Pemeriksaan fisik

Kepala	: rambut berwarna hitam, distribusi rambut baik bersih
Muka	: tidak ada edema
Mata	: konjungtiva mata tidak pucat, sclera mata tidak ikterik
Mulut	: bersih, karies tidak ada
Leher	: vena jugularis, kelenjar tiroid, kelenjar limfe tidak ada pembesaran
Payudara	: bentuk simetris, aerola hiperpigmentasi, papila mammae menonjol, keluar kolustrum, bersih
Abdomen	: luka bekas SC tidak ada, TFU 2 jari di bawah pusat,

kontraksi uterus baik, konsistensi uterus keras,
kandung kemih kosong

Genetalia : pengeluaran lokhea rubra, warna merah ± 50 cc
anyir, bekas jahitan perineum ada derajat 2, bersih,
edema tidak ada dan warna merah muda

Anus : hemoroid tidak ada

Ekstremitas : edema tidak ada dan varises tidak ada.

Data penunjang

Pemeriksaan lab: Tidak dilakukan

Pendokumentasian SOAP

Subjektif :

1. Ibu mengatakan telah melahirkan anak pertamanya pada tanggal 1-2-2024 Pukul 02.00 WIB, jenis kelamin perempuan, BB 3000 gram, PB 49 cm, mengeluh teraba keras pada perut bagian bawah
2. Ibu mengatakan usia 25 tahun

Objektif

1. Keadaan umum : baik
2. Kesadaran : compos mentis
3. Status emosional : baik
4. BB / TB : 56 kg/155 cm
5. Tanda vital : TD 120/70 mmhg, S $36,5^{\circ}$ C, R 20 x/mnt N 80 x/mnt
6. Payudara : bentuk simetris, aerola hiperpigmentasi puting menonjol, keluar kolustrum, bersih.
7. Abdomen : luka bekas SC tidak ada, TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, konsistensi uterus keras, kandung kemih kosong
8. Genetalia : pengeluaran lokhea rubra, arna merah ± 50 ccanyir, bekas jahitan perineum ada derajat 2, bersih, edema tidak ada dan warna merah muda
9. Ekstremitas : edema tidak ada dan varises tidak ada

Assessment

Ibu usia 25 tahun P1A0M0 postpartum 6 jam normal

Planning

1. Menjelaskan hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga (KU baik BB 56 kg, TB 155 cm, TD 120/70 mmHg, S 36,5 °C, R 20 x/menit, N 80 x/menit, ASI sudah keluar, TFU 2 jari di bawah pusat, konsistensi keras, bekas jahitan baik hasil pemeriksaan normal)
(Ibu dan keluarga sudah mengerti)
2. Menjelaskan perut terasa mules dan tegang adalah hal yang normal karena kembalinya rahim keukuran semula
(ibu sudah mengerti)
3. Menjelaskan kebutuhan nutrisi pada dengan mengkonsumsi makanan gizi seimbang dengan porsi 3-4, tidak berpantang makanan dan kebutuhan cairan dengan minum sebanyak 14-16 gelas/hari.
(ibu sudah mengerti)
4. Menganjurkan ibu untuk mengatur posisi miring kiri dan kanan, duduk dan berjalan perlahan
(ibu sudah mengerti)
5. Menyarankan ibu untuk mengosongkan payudara saat menyusui bayinya secara on demand atau paling sedikitnya setiap 2-3 jam sekali
(ibu sudah mengerti)
6. Menganjurkan ibu untuk memperhatikan kebersihan diri dengan cara mengganti pembalut setiap basah/penuh dan menjaga luka jahitan agar tetap kering
(ibu sudah mengerti)
7. Menjelaskan tanda bahaya pada masa nifas seperti perdarahan, sakit kepala, pandangan kabur, nyeri ulu hati, bengkak pada wajah dan ekstremitas serta payudara dan pengeluaran lochea berbau busuk.
(ibu sudah mengerti)
8. Memberikan terapi antibiotic amoxili 3 x 500 mg, ibuprofen 3x 500 mg dan tablet fe 1x1 tablet
(ibu sudah meminum obat-obatan yang diberikan)
9. Menjelaskan kapan harus control kembali tanggal 4-2-2024 atau apabila ada keluhan

(ibu bersedia untuk kontrol ulang)

DAFTAR PUSTAKA

- Ambarwati, E.R. and Susanti, R.S. (2021) 'Participatory Appraisal Rural: Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Sebagai Model Pendampingan Keluarga Dalam Pelayanan Kebidanan', *JMM (Jurnal Masyarakat Mandiri)*, 5(1), p. 167. Available at: <http://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/471/425#>.
- Atikah, N., Andryani, A, Z.Y. and Setiawati, D. (2020) 'Manajemen Asuhan Kebidanan Masa Nifas Pada Ny "S" Dengan Nyeri Luka Jahitan Perineum Pada Tanggal 24 Juli-03 September 2019 Di Rsud Syekh Yusuf Gowa Tahun 2019', *Jurnal Midwifery*, 2(2), pp. 78-84. Available at: <https://doi.org/10.24252/jm.v2i2a4>.
- Enggar, Maineny, A. and Veronica, A. (2022) 'Dokumentasi Asuhan Kebidanan. Buku Ajar Asuhan Kebidanan.', *Eureka Media Aksara*, (2), pp. 1-23. Available at: <https://repository.penerbiteureka.com/publications/407190/dokumentasi-asuhan-kebidanan-disesuaikan-kurikulum-aipkind-dilengkapi-panduan-pe>.
- Fiorent, Z., Herawaty Purba, N. and Hartini Janet Laga, F. (2021) 'Implementasi Asuhan Kebidanan Pada Ibu Post Partum Dengan Masalah Menyusui', *Jurnal Kesehatan Tambusai*, 2(4), pp. 291-301. Available at: <https://doi.org/10.31004/jkt.v2i4.3186>.
- Jefri, P. and Yanti, J.S. (2023) 'Putting Susu Tenggelam Di Klinik Arrabih Kota Pekanbaru Tahun 2022', *Jurnal Kebidanan Terkini*, 3(1), pp. 3-8. Available at: <https://jom.htp.ac.id/index.php/jkt>.
- Khaerunnisa, N., Saleha, H.S. and Inayah Sari, J. (2021) 'Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Dengan Bendungan Asi', *Jurnal Midwifery*, 3(1), pp. 16-24. Available at: <https://doi.org/10.24252/jmw.v3i1.20992>.
- Kristianingrum, D.Y. (2021) 'The Gymnastics Puerpureal Uterine Involution In the BPS Ririn Dwi SST Jelakombo Jombang Senam Nifas terhadap Proses', 7(2). Available at:

- <https://doi.org/10.21070/midwifera.v7i2.1321>.
- Mardani, D.P.H.K. and Anjarwati (2022) 'Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas Fisiologis', *Prosiding Seminar Nasional Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat*, 5(28), pp. 74–79.
- Maryati and Anjani, A.D. (2023) 'Penerapan Mobilisasi Dini Pada Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Untuk Mempercepat Penurunan Tinggi Fundus Uteri Di Puskesmas Tanjung Balai Karimun', *Penerapan Mobilisasi Dini Pada Asuhan Kebidanan Ibu Nifas Untuk Mempercepat Penurunan Tinggi Fundus Uteri Di Puskesmas Tanjung Balai Karimun*, 13(2).
- Pekamilla, S.A.I. and Fitriani, A.L. (2023) 'Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity of Care) dengan Kompres Daun Kubis Pada Ibu Nifas', *I-Com: Indonesian Community Journal*, 3(4), pp. 1817–1827. Available at: <https://doi.org/10.33379/icom.v3i4.3513>.
- Pitriani, R. and Andriyani, R. (2021) 'Penerapan Pendokumentasian Asuhan Kebidanan Dengan Metode S-O-a-P Pada Praktik Bidan Mandiri', *Jurnal Kebidanan Malahayati*, 7(3), pp. 544–547. Available at: <https://doi.org/10.33024/jkm.v7i3.3641>.
- Roichana, A. and Ari Pratiwi, Y. (2017) *Hubungan Senam Nifas, Mobilisasi Dini, dan Tradisi Masa Nifas terhadap Proses Involusi pada Ibu Post Partum*.
- Saputri, E.M. (2020) 'Asuhan Kebidanan Ibu Nifas pada 6 jam s/d 6 hari', *Jurnal Komunikasi Kesehatan*, 10(1), pp. 29–37.
- Zulfita, Z., Primasari, E.P. and Syofiah, P.N. (2020) 'Analisis Kelengkapan Pendokumentasian Pelayanan Kebidanan Di Wilayah Kerja Puskesmas Lubukbuaya Kota Padang', *Human Care Journal*, 5(3), p. 827. Available at: <https://doi.org/10.32883/hcj.v5i3.845>.

BAB 8

SOAP PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)

Oleh Nina Fitri

8.1 Pendahuluan

Saat bayi terlahir kedunia maka hal pertama yang terjadi adalah adaptasi dari kehidupan di dalam rahim ibu kepada kehidupan yang berada di luar Rahim ibu . Kondisi ini menyebabkan bayi yang selama ini dalam kandungan telah mendapatkan nutrisi dan oksigen melalui plasenta dari ibu serta merasakan aman dan nyaman di dalam perut ibu, sekarang harus berjuang untuk bisa mendapatkan segala kebutuhan tersebut setelah terlahir kedunia. Setelah itu bidan akan melakukan pemeriksaan dan pengkajian keadaan fisik Bayi Baru Lahir (BBL) tersebut sebagai bentuk deteksi dini berbagai kelainan yang berpotensi fatal pada bayi sehingga kemungkinan adanya penyakit yang nantinya mempengaruhi pertumbuhan dan perkembangan bayi dapat di cegah. (Parwatiningsih, 2021)

Hasil pemeriksaan dan pengkajian bayi baru lahir akan di catat dan di laporkan oleh bidan dalam bentuk pendokumentasian. Pendokumentasian merupakan tahapan akhir dalam sebuah manajemen sebagai bentuk koordinasi asuhan yang telah di berikan dan penanganan berbagai permasalahan yang telah di lakukan oleh bidan pada BBL sehingga tidak terjadi tumpang tindih kegiatan dalam rangka mengurangi kesalahan bidan melakukan pelayanan. Disamping itu pelaporan dokumentasi menjadi bentuk acuan tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai kegiatan bidan untukantisipasi terhadap ketidakpuasan yang mungkin di keluhkan keluarga pasien (Meikawati, 2022). Kegiatan ini penting dilakukan oleh bidan tidak hanya dibuat sebagai penunjang tertibnya administrasi dalam peningkatan pelayanan kesehatan saja, namun juga bentuk pengesahan legal tindakan bidan dalam memberikan asuhan. (Parwatiningsih, 2021)

Hal inilah yang menyebabkan sebuah dokumentasi pada BBL harus dilakukan oleh bidan segera, secara singkat jelas dan padat. Disini bidan mencatat semua respon bayi yang dibutuhkan dan tentunya bidan harus memastikan kebenaran dari setiap data yang sudah dicatat karena data bersifat objektif bukanlah sebuah penafsiran. Salah satu metode dokumentasi yang dapat mewakili kondisi ini adalah Metode SOAP pada bayi baru lahir (BBL). (4).

8.2 Metode SOAP (*Subjective, Objective, Assesment, Planning*)

SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*) merupakan sarana rekam medis yang merekam informasi mengenai pasien mulai dari keluhan subjektif pasien, hasil pemeriksaan objektif, diagnosis yang ditetapkan, dan rencana tindakan yang harus dilakukan. Dengan metode SOAP, layanan Kebidanan dapat memastikan bahwa semua informasi dari penilaian dan rencana asuhan telah dipertimbangkan dan tercatat dengan jelas (3). Metode SOAP selama ini banyak digunakan oleh bidan karena dianggap lebih singkat, padat dan jelas sehingga bisa membuat pekerjaan bidan dalam rangka melengkapi pendokumentasian lebih efisien dan efektif.

8.2.1 Defenisi

Pendokumentasian SOAP adalah bentuk catatan tertulis yang sederhana, singkat, padat, jelas dan logis terdiri dari unsur subjek, objek, assesment dan planning.(5). SOAP merupakan bentuk penyederhanaan dari tujuh langkah manajemen varney yang merekam berbagai informasi penting pasien terkait kondisi dan asuhan yang telah di berikan oleh bidan .

Metode SOAP ini pertama kali di perkenalkan oleh Dr. Lawrence Weed pada tahun 1960 dan selanjutnya metode ini menjadi cukup populer karena di anggap mudah dan efektif dalam pembuatannya sehingga banyak dari tenaga medis termasuk bidan menggunakan sebagai pilihan pembuatan dokumentasi(5).

8.2.2 Manfaat

Metode SOAP dalam praktik kebidanan memiliki beberapa manfaat yang menguntungkan bagi tenaga bidan sehingga bisa digunakan untuk pendokumentasian pada bayi baru lahir. Beberapa manfaat tersebut diantaranya adalah :

1. Kesistematiskan struktur pembuatannya.
Dalam melakukan pencatatan dokumentasi pada bayi baru lahir, metode SOAP dibuat secara terstruktur dan sistematis.
2. Dapat Menjadi sarana komunikasi yang efektif
Semua informasi terkait kondisi, diagnosis, perawatan dan perkembangan bayi baru lahir yang tercatat di dalam pendokumentasian SOAP bisa menjadi sarana komunikasi antar petugas kesehatan yang terlibat dalam menangani bayi tersebut sehingga perjalanan perawatan bayi bisa diketahui dengan jelas oleh setiap tenaga kesehatan yang terlibat. Komunikasi efektif yang terjalin ini di karenakan adanya format yang dibuat secara seragam berisi informasi konsisten yang terstruktur sehingga bisa dengan jelas menyampaikan semua informasi tentang pasien.
3. Mempermudah dalam menganalisa dan mengevaluasi suatu kasus
Melalui pendokumentasian bayi baru lahir menggunakan metode SOAP, kondisi pasien bisa terbaca dengan jelas dari waktu ke waktu karena adanya catatan yang komprehensif, sistematis, terstruktur dan memudahkan dalam penelusuran riwayat perawatan bayi tersebut sehingga petugas kesehatan yang menangani si bayi dapat menganalisis dan mengevaluasi kondisi bayi baru lahir dengan lebih mudah sehingga perawatan lanjut pada bayi diharapkan lebih baik dan berkualitas.
4. Meningkatkan keamanan bayi baru lahir
Peningkatan keamanan bayi baru lahir melalui pendokumentasian SOAP terlihat dari data yang akurat dan lengkap pada setiap item yang di catat dalam pendokumentasian SOAP sehingga kegiatan ini menyebabkan bidan ataupun tenaga medis lainnya yang terlibat dalam penanganan bayi baru lahir tersebut bisa mengambil keputusan

terbaik dalam menangani si bayi dengan memberikan perawatan yang tepat, sesuai dan maksimal sehingga secara tidak langsung kualitas perawatan yang baik ini tentunya mengakibatkan keamanan yang tinggi dan menghindari potensi komplikasi yang mungkin terjadi pada pasien selama perawatan.

5. Pemanfaatan SOAP pada teknologi komputer

Peningkatan kualitas pelayanan melalui pemanfaatan komputer dewasa ini menjadi suatu keharusan bagi sarana kesehatan yang selalu meningkatkan mutu dan kualitas pelayanan. Karena pendokumentasian secara manual dan konvensional terkadang memunculkan dampak kelalaian dalam praktek yang berpotensi menimbulkan kesalahan baik disengaja ataupun tidak.

Saat ini Sistem informasi manajemen (SIM) berbasis komputer rumah sakit (SIMRS) berintegrasi dengan pendokumentasian SOAP yang sudah dikembangkan menjadi SOAP Elektronik yang tentunya memanfaatkan teknologi komputer dan perangkat lunak sehingga data bisa masuk kapan dan dimana saja dan semua komponen tersebut bisa dilihat dari bagian manapun juga.

8.2.3 Alasan Penggunaan SOAP

1. Penggunaan metode SOAP dalam bidang layanan kesehatan sudah lumrah
2. Pendokumentasian SOAP memuat catatan sistematis terhadap informasi terkait perjalanan penyakit pasien. Hal ini dilakukan secara komprehensif sehingga nantinya untuk memutuskan rencana yang terbaik untuk pasien menjadi lebih mudah.
3. Pendokumentasian SOAP merupakan bentuk sederhana dari Tujuh langkah manajemen varney namun semua langkah terpapar nyata tanpa ada satupun di hilangkan atau di abaikan. Keadaan ini menuunjukkan pembuatan dokumentasi menggunakan SOAP menimbulkan sebuah kemajuan dalam bentuk tertib pendokumentasian.

4. Untuk memberikan asuhan kebidanan yang optimal dan berkelanjutan, metode pendokumentasian SOAP membuka jalan petugas kesehatan untuk selalu mudah dalam memantau kemajuan pasien sehingga bidan bisa berfikir logis dan kritis dalam menetapkan asuhan yang tepat untuk pasien. Harapannya semua keputusan yang di buat saat melakukan implementasi pada pasien merupakan tindakan akurat bermutu tinggi yang berdampak pada perubahan yang signifikan pada kondisi pasien setiap harinya waktunya.

8.2.4 Urutan Langkah Pencatatan SOAP pada Bayi Baru Lahir

1. Subjektif

Langkah pertama dalam mencatat SOAP adalah mengumpulkan Data subjektif. Data subjektif merupakan semua informasi yang berasal dari ibu atau keluarga bayi baru lahir terkait semua informasi yang dilaporkan oleh ibu atau keluarga bayi tersebut. Semua yang dirasakan, di fikirkan dan di khawatirkan oleh ibu ataupun anggota keluarga tentang bayi mereka saat mereka berada di unit pelayanan kesehatan menurut sudut pandang mereka, data ini di catat dan dijadikan sebagai data subjektif yang ditemukan pada bayi mereka.

Data ini bisa saja murni dari apa yang mereka temukan, fikirkan dan rasakan termasuk kekhawatiran terhadap suatu masalah yang mereka lihat pada bayi mereka karena mereka sebelumnya mungkin sudah memiliki pengalaman yang sama, atau pengalaman dari orang terdekatnya atau mungkin juga informasi yang mereka dapatkan di internet dan semua informasi ini menimbulkan keluhan dan kekhawatiran ibu dan keluarga terhadap bayinya.

Semua informasi dan keluhan yang disampaikan mulai dari kekhawatiran, kejanggalan, ataupun segala hal yang mereka lihat pada bayi mereka menjadi informasi penting bagi bidan sebagai dasar dalam menetapkan rencana asuhan dan kebutuhan bayinya nanti.

Secara garis besar, data Subjektif yang biasanya di catat oleh bidan terdiri dari:

- a. Keluhan utama ibu atau keluarga bayi : Ibu ataupun anggota keluarga bayi menyampaikan keluhan atau gejala yang membuat mereka datang berkunjung ke pelayanan kesehatan sebagai bentuk respon dari keinginan tahanan dan kekhawatiran kondisi bayinya berdasarkan pengamatan mereka.
- b. Keluhan tambahan ibu atau keluarga bayi: semua hal yang kemudian di sampaikan oleh ibu atau keluarga bayi terkait perihal yang berhubungan atau tidak berhubungan dengan kondisi si bayi tapi menimbulkan kekhawatiran bagi mereka.
- c. Riwayat penyakit bayi sekarang: Semua kondisi dan riwayat perjalanan sakit bayi yang diamati selama ini mulai dari gejala awal tibulnya, kapan mulai terjadi dan kejadian sakit pada bayi yang mereka amati sampai kondisi bayi mereka saat ini.
- d. Riwayat penyakit Ibu, keluarga terdekat ataupun orang-orang disekitar bayi sebelumnya : Riwayat penyakit ataupun komplikasi yang di alami oleh ibu saat hamil ataupun melahirkan ataupun riwayat penyakit dan kebiasaan dari keluarga ataupun orang-orang yang berada di sekitar bayi tersebut dan mungkin mempengaruhi kesehatan bayi mereka.

2. Data Objektif pada bayi baru lahir

Data selanjutnya yang diambil langsung oleh bidan melalui hasil observasi, pemeriksaan ataupun serangkaian tes laboratorium ataupun pemeriksaan diagnostic lainnya yang dilakukan pada bayi secara jujur, valid dan dikerjakan sesuai SOP yang jelas. Semua informasi yang diperoleh dari data objektif ini hasilnya akan membuktikan gejala klinis yang dilihat pertama kali pada bayi dan fakta yang nantinya akan berhubungan dengan diagnose yang dei tegakkan oleh bidan ataupun tenaga medis terkait lainnya.

Informasi yang disajikan di bagian ini adalah:

- a. Hasil pemeriksaan umum.
- b. Hasil pemeriksaan tanda vital bayi (TTV), yang meliputi denyut jantung bayi, suhu bayi, frekwensi pernafasan bayi. Bila tanda vital bayi menunjukkan angka abnormal, maka bisa menjadi indikasi kelainan yang perlu di pantau lebih lanjut oleh bidan atau tenaga kesehatan lainnya.
- c. pemeriksaan tubuh bayi dari ujung rambut hingga ujung kaki : Kegiatan ini untuk mengetahui adanya kelainan secara fisik pada bayi yang mungkin jadi pemicu permasalahan yang ada pada bayi tersebut. Bila ditemukan keabnormalan dari fisik bayi maka ini bisa menjadi salah satu pertimbangan dalam menetapkan diagnose dan rencana asuhan yang akan di berikan selanjutnya.
- d. Pemeriksaan laboratorium atau penunjang. Pemeriksaan ini dilakukan bila dari temuan data subjektif dan objektif bidan ataupun tenaga kesehatan yang telah melakukan pemeriksaan pada bayi, merasa perlu untuk melakukan pemeriksaan lebih lanjut yang lebih kongkrit dan pasti terhadap kondisi bayi yang sudah di periksa sebelumnya.

3. Analysis

Setelah bidan ataupun petugas kesehatan yang berwenang melakukan serangkaian pemeriksaan mulai dari data subjektif dan objektif, langkah selanjutnya yang di lakukan adalah menganalisa semua informasi tersebut sehingga diagnose bisa di tegakkan dengan benar. Walaupun begitu kegiatan ini bukan berarti akir dari rangkaian asuhan yang di lakukan pada bayi karena kondisi bayi yang dinamis menyebabkan terjadinya perubahan berkelanjutan yang terus terjadi. Perubahan ini tentunya akan menimbulkan penemuan informasi baru melalui serangkaian kegiatan yang terus di lakukan sepanjang ditemukan kelaian ataupun permasalahan pada bayi. .

Melakukan penganalisaan yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data bayi akan mempercepat penemuan permasalahan yang kongkret dialami bayi dan penetapan pemecahan masalah nya melalui serangkaian

terapi yang di berikan sesuai kebutuhan dan kondisi bayi tersebut. Keadaan normal bayi menjadi tujuan akhir rangkaian asuhan pada bayi sehingga Ibu dan keluarga bisa merawat bayi secara normal tanpa adanya kekhawatiran dan perasaan cemas lagi.

5. Penatalaksanaan Pada Bayi baru lahir

Penatalaksanaan merupakan kegiatan bidan selanjutnya melakukan pencatatan terhadap semua perencanaan dan penatalaksanaan yang di lakukan seperti tindakan antisipasi, tindakan segera tindakan yang berkelanjutan, konseling pada ibu dan keluarga, support mental, kolaborasi dengan tenaga medis lainnya, evaluasi/follow up dan rujukan.

Disini penatalaksanaan bertujuan untuk mencapai keoptimalan keadaan kesehatan pasien dari serangkaian kegiatan yang telah di lakukan bidan atau tenaga medis terkait dan dapat mempertahankan kondisi tersebut dengan memberikan edukasi penting perawatan bayi pada ibu dirumah sehingga tumbuh kembang bayi terpantau dan bisa berlangsung dengan baik.

8.3 Contoh Pendokumentasian metode SOAP Bayi Baru Lahir (BBL)

PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR NY “R” di PMB EDRAWATI, S.ST

Tanggal Pengkajian : 11 Februari 2024

Pukul : 11.00 Wib

A. Data Subjectif

1. Data Bayi

Nama	: By Ny “R”	Tanggal Lahir	: 11-02-2024
Jam	: 09.34 wib	JK	: Laki-laki
Nama Ibu	: Ny “R”	Nama Ayah	: Tn “D”
Umur Ibu	: 37 Tahun	Umur Ayah	: 37 Tahun
Alamat	: Karya Darma		

2. Riwayat Kehamilan

Usia Kehamilan	: Aterm
Lama Persalinan Kala I	: 1 jam 15 menit
Lama Persalinan Kala II	: 9 menit
Lama Persalinan Kala III	: 10 menit
Keadaan Air Ketuban	: Jernih
Persalinan	: Spontan
Lilitan Tali pusat	: Tidak Ada
Penolong Persalinan	: Bidan
Keadaan setelah lahir	: Menangis setelah lahir
Pemberian Asi	: segera IMD

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

- Keadaan Umum : Baik
- TTV :
N: 130x/i P : 48x/i S : 36,7°C
BB : 3,300 gr PB : 48 cm

2. Pemeriksaan Fisik Bayi

a. Kepala

Ubun-ubun besar dan ubun-ubun kecil dalam keadaan normal, tidak ditemukan di kepala bayi cephal hematoma, tidak ada caput susadenium, tidak ada luka dan tidak ada cacat bawaan.

b. Wajah : Secara umum tidak ada kelainan, terlihat simetris dan tidak ada cacat bawaan

c. Mata

Mata simetris pada sebelah kiri dan kanan, Pada Sklera bewarna putih, tidak ada kelainan, pupil mata jernih

d. Hidung

Hidung terlihat normal, simetris kiri dan kanan, tidak terlihat adanya cairan

e. Mulut Bayi

Mulut pada bayi terlihat normal, gusi merah, tidak ada kelainan, bintik putih pada lidah normal

- f. Telinga
Telinga simetris kiri dan kanan, Terdapat daun telinga dengan kondisi normal
- g. Leher
Tidak ditemukan adanya trauma Flexus Brachialis
- h. Dada
Simetris kiri dan kanan, serta tidak terdapat pernapasan retraksi intercostal, terdapat tarikan dinding dada kedalam
- i. Abdomen
Abdomen simetris kiri dan kanan, tali pusat tidak berdarah, tidak ada kelainan
- j. Ekstremitas Atas dan Ekstremitas Bawah
Normal dan tidak ada kelainan.
- k. Keadaan Neuro Muscular

Refleks Rooting	: Ada	Refleks
Babinski	: Ada	
Refleks Moro	: Ada	Refleks
Genggam	: Ada	
Refleks Sucking	: Ada	

C. Assesment

Bayi baru lahir cukup bulan usia 1 jam, KU Bayi Baik

D. Planning

1. Menginformasikan pada ibu hasil temuan setelah dilakukan pemeriksaan pada bayi dimana keadaan umum bayi baik, ttv dalam batas normal dan anggota tubuh serta alat gerak lengkap dan normal.
2. Menginformasikan kepada ibu setelah ini bayi akan disuntikan vitamin K bertujuan agar bayi tidak mengalami perdarahan intracranial. Dilakukan pada 1/3 paha kiri sebelah lateral secara IM sebanyak 0,5ml. Suntikan vit k telah dilakukan
3. Memberikan bayi kepada ibu untuk disusui dan memberikan penkes mengenai Cara menyusui bayi yang benar dan perawatan payudara ibu agar tidak

terjadi masalah nantinya .

4. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayi nya sesering mungkin untuk merangsang produksi ASI dan sebagai pemenuhan kebutuhan nutrisi pada bayi,serta memberikan ASI tanpa dijadwalkan (on demand)
5. Memberitahu ibu agar menjaga suhu ruangan agar tidak terlalu dingin/ panas,menyelimuti bayiagar tidak terjadi hipotermi pada bayi, tidak meletakkan bayi secara langsung bersentuhan dengan benda / lantai yang bersuhu rendah
6. Memberitahu ibu cara perawatan tali pusat kering yaitu menjaganya tali pusat tetap terbuka dan kering tanpa di beri salap ataupun yang lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Arifin Zainal. 2012. *Evaluasi Pembelajaran*. Jakarta: Direktorat Jenderal Pendidikan Islam Kementrian Agama RI.
- Arikunto Suharsimi. 2001. *Dasar-Dasar Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Asrul, dkk. 2014. *Evaluasi Pembelajaran*. Medan: Cipta pustaka Media.
- Danial, D., Nurjannah, N., & Mirna, M. 2019. *Evaluation of The Learning Program of Mathematics Study Program at Islamic Institute Of Muhammadiyah Sinjai. Matematika Dan Pembelajaran*, 7(1), 65. <https://doi.org/10.33477/mp.v7i1.1046>.
- Fitriani. 2019. Kemampuan Pemecahan Masalah Siswa SMP. *JTMT: Journal Tadris Matematika*, 01(01), 25–30. <http://journal.iaimsinjai.ac.id/index.php/Jtm/article/view/393>.
- Hamalik, Oemar. 2010. *Manajemen Pengembangan Kurikulum*. Bandung : PT Remaja Rosdakarya.
- Elis Ratnawulan. 2014. *Evaluasi Pembelajaran*. Bandung: Penerbit pustaka.
- Ida Farida. 2017. *Evaluasi Pembelajaran*. Bandung:PT Remaja Rosdakarya.
- Muhammad Afandi.2013. *Evaluasi Pembelajaran Sekolah Dasar*. Semarang:UNISSULA Press
- Sukardi. 2009. *Evaluasi Pendidikan*. Jakarta: PT Bumi Aksara.
- Tim Pengembangan MKDP Kurikulum dan Pembelajaran. (2011).*Kurikulum dan Pembelajaran*. Jakarta Utara: PT Raja Grafindo Persada.

BIODATA PENULIS



Winarni, S.SiT., MPH.

Dosen Program Studi Sarjana Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Surakarta

Penulis lahir di Boyolali pada tahun 1971. Penulis merupakan dosen tetap pada Program Studi Studi Sarjana Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Aisyiyah Surakarta. Menyelesaikan pendidikan Bidan pada tahun 1991, D IV Bidan Pendidik di Universitas Gajah Mada pada tahun 2002 dan melanjutkan S2 Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret Surakarta lulus tahun 2016, serta pendidikan Non formal lainnya yang menunjang seperti pelatihan dan diklat. Di Program Studi Sarjana Kebidanan

Penulis diamanahi mengampu beberapa mata kuliah salah satunya Dokumentasi kebidanan. Selain mengajar Aktif dalam Kegiatan Kesehatan Reproduksi, terutama dalam Kesehatan Reproduksi Remaja dan Perimenopause.

BIODATA PENULIS

Maya Sari

Penulis lahir di Langsa, 19 November 1983. Sekolah Dasar Negeri No. 1 Kebun Lama Tamat Tahun 1995 di Langsa. Melanjutkan Sekolah Menengah Pertama Di SMP Negeri No. 1 Langsa tamat 1998 di Langsa. Selanjutnya Sekolah Menengah Atas Negeri No 1 Kota Langsa Tamat Tahun 2021. Selanjutnya Masuk D-III Kebidanan Di Akademi Kebidanan STIKes Bustanul Ulum Langsa tamat tahun 2004. Dan melanjutkan Studi D-IV Kebidanan di Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung Tamat tahun 2006. Selanjutnya melanjutkan studi S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Helvetia Medan lulus tahun 2019.

Selama Menjadi Mahasiswa Akademi Kebidanan Bustanul Ulum Langsa Penulis Menorehkan Prestasi sebagai mahasiswa terbaik. Penulis Juga Memperoleh Beasiswa Walikota Langsa 2003. Sejak Menjadi Mahasiswa Penulis Banyak Mendapatkan Pengalaman Terutama Dari Organisasi himpunan mahasiswa kota Langsa.

Setelah Tamat Dari D-IV Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Padjajaran Bandung tahun 2006 penulis Langsung Bekerja Menjadi Staf Akademik di STIKes Bustanul Ulum Langsa. Selanjutnya penulis melanjutkan pendidikan S-2 Ilmu Kesehatan Masyarakat di Institut Kesehatan Helvetia Medan dan menjadi Dosen Program Studi Kebidanan di STIKes Bustanul Ulum Langsa. Sebagai Dosen Penulis Juga Aktif Pada Organisasi Profesi Ikatan Bidan Indonesia (IBI).

BIODATA PENULIS



Musdalifah, S.ST., M.Keb

Dosen Program Studi DIII Kebidanan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso

Penulis lahir di Palu tanggal 27 Oktober 1993. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Kebidanan, Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso. Menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan di AKBID Cendrawasih Palu Tahun 2012, D4 Bidan Pendidik di UIT Makassar Tahun 2016 dan S2 Kebidanan di STIKES Guna Bangsa Yogyakarta Tahun 2019. Saat ini penulis sebagai Dosen Tetap Program Studi DIII Kebidanan di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso.

BIODATA PENULIS



Suparni, SST.,M.Kes

Dosen Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Fakultas Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan

Suparni, SST. M.Kes., lahir di Batang, 30 Agustus 1983. Saat ini penulis tinggal di Desa Siwatu, Kecamatan Wonotunggal Kabupaten Batang. Pendidikan tinggi ditempuh mulai AKBID Aisyiyah Pekajangan Pekalongan (Lulus 2004), D4 Bidan Pendidik Universitas Padjadjaran Bandung (Lulus 2006), Pascasarjana di Universitas Diponegoro Semarang (lulus 2014). Aktivitas penulis saat ini melakukan pengajaran, penelitian dan pengabdian masyarakat serta Catur Dharma Al Islam dan Kemuhammadiyah pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan.

Penulis memiliki kepakaran dalam mata kuliah Dokumentasi Kebidanan dan Askeb perslinan dan Bayi Baru Lahir. Penulis juga sebagai pengampu mata kuliah tersebut di Program Studi Diploma III Kebidanan dan Sarjana Kebidanan Universitas Muhammadiyah Pekajangan Pekalongan. Sebagai dosen profesional penulis juga aktif menulis buku, salah satunya adalah Buku Standar Operating Prosedur Asuhan Kebidanan Masa Persalinan (2024), Comtemporary Challenges in Postnatal Care: Breastfeeding by Mothers with Cesarean Section Delivery (2024), Deteksi Dini Risiko

Ibu Hamil Berbasis Keluarga (2023) dan Serial Islam dan Sains dalam Keluarga Berencana (2023).

Dalam pengelolaan institusi, saat ini penulis sebagai Kepala Biro Penerimaan Mahasiswa Baru, Pengembangan Karir dan Tracer Study UMPP (2019-Sekarang) dan sebagai Ketua BKK UMPP (2022-sekarang). Jalin kerja sama dengan penulis via surel suparniluthfan@gmail.com.

BIODATA PENULIS



Lilis Candra Yanti, S.ST.,M.Keb

liliscandrayanti@gmail.com

Dosen Program Studi Diploma III Kebidanan
STIKES Husada Mandiri Poso

Penulis merupakan putri ketiga dari pasangan H. Muh. Arafah dan Hj. Indo Esse yang lahir di Atapange, 17 Agustus 1989. Saat ini penulis adalah salah satu dosen tetap pada Program Studi Diploma III Kebidanan STIKES Husada Mandiri Poso. Perjalanan pendidikan penulis yaitu pendidikan DIII Kebidanan di Universitas Indonesia Timur, kemudian melanjutkan DIV Bidan Pendidik di STIKES Mega Rezky Makassar. Karir diawali dengan menjadi sebagai bidan pelayanan pada tahun 2011 di Makassar, kemudian melanjutkan karir sebagai dosen di Program Studi Diploma III Kebidanan STIKES Husada Mandiri Poso sejak tahun 2013 sampai sekarang. Pada tahun 2015 melanjutkan S2 Kebidanan di Universitas Hasanuddin Makassar. Beberapa mata kuliah yang diampu yaitu mata kuliah Asuhan Kebidanan Kehamilan, Asuhan Kebidanan Persalinan dan BBL, Asuhan Kebidanan Masa Nifas dan Menyusui, Keterampilan Dasar Kebidanan, Konsep Kebidanan dan Dokumentasi Kebidanan. Penulis juga aktif dalam Tridharma yang lain yaitu penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

BIODATA PENULIS



Zaiyidah Fathony, S.Si.T.,M.Keb.

Dosen pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan
Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan
Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Banjarmasin tanggal 11 Januari 1979. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Kebidanan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Penulis menyelesaikan pendidikan D4 Bidan Pendidik di Universitas Ngudi Waluyo Ungaran pada tahun 2007, dan studi S2 Kebidanan di Universitas 'Aisyiyah Yogyakarta pada tahun 2016.

BIODATA PENULIS



Umi Fania Julianti, S.ST.,M.Kes

Dosen di Akademi Kebidanan Singkawang

Penulis dengan nama lengkap Umi Fania Julianti, S.ST.,M.Kes, lahir pada tanggal 9 Juli 1988 di Pemangkat, Kalimantan Barat. Riwayat pendidikan DIV Bidan di Universitas Respati Yogyakarta pada tahun 2010 dan pendidikan S2 Magister Kedokteran Keluarga di Universitas Sebelas Maret Surakarta pada tahun 2013. Sejak lulus pendidikan penulis menjadi tenaga pendidikan di Akademi Kebidanan Singkawang sejak tahun 2013 sampai saat ini. Kegiatan mengajar penulis mengampu beberapa mata kuliah antara lain Anatomi Fisiologi, Asuhan Kebidanan Pasca Persalinan & Menyusui, Dokumentasi Kebidanan dan Asuhan Kebidanan Komunitas. Pengalaman dari tugas tambahan yang di Akademi Kebidanan Singkawang antara lain Ketua LPPM Tahun 2013-2014, Pembantu Direktur II Tahun 2014-2018 dan Pembantu Direktur III Tahun 2019-sampai saat ini. Selain kegiatan Tri Dharma Perguruan Tinggi yang dilakukan penulis juga bergabung pada organisasi Ikatan Bidan Indonesia (IBI) Cabang Kota Singkawang dan Asosiasi Dosen Pengabdian Kepada Masyarakat Indonesia (ADPI). Selain itu ada beberapa buku yang sudah penulis terbitkan antar lain Ancaman Kehamilan (2016), Prestasi Belajar Mahasiswa Kaitannya Dengan Kualitas Pengajaran Dosen (2020) dan Komunikasi Dalam Praktik Kebidanan (2024).

BIODATA PENULIS



Bdn.Nina Fitri, S.ST,M.Keb
Dosen Program Studi Kebidanan
Universitas Fort De Kock

Penulis lahir di Padang Panjang tanggal 28 Mai 1977. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kebidanan Universitas Fort De Kock Bukittinggi. Menyelesaikan pendidikan DIV pada Jurusan Bidan Pendidik Universitas Fort De Kock dan melanjutkan S2 pada Jurusan S2 Kebidanan Universitas Andalas. Mengajar di Program Studi Kebidanan pada mata kuliah: (1) Asuhan Kebidanan Persalinan dan Bayi Baru Lahir; (2) Asuhan Kebidanan Nifas; (3) Promkes (4) Asuhan kebidanan Remaja(5) Manajemen dan Organisasi dalam Kebidanan (6) Kewira Usahaan 3 (7) Inovasi