



DOKUMENTASI KEBIDANAN



**Disusun Oleh :
Magdalena Agri Yosari, S.ST., MKM**



AKADEMI KEBIDANAN WIJAYA HUSADA

Dokumentasi Kebidanan

Penulis : Magdalena Agu Yosali, S.ST., M.K.M

ISBN : 978-623-93814-0-0

Editor : Normalisari, S.Kom

Penyunting : Salsalina Y.G., S.ST., M.K.M

Penerbit : AKBID Wijaya Husada Bogor

Redaksi : Jl. Letjend Ibrahim Adjie No. 180, Sindang Barang, Bogor

Telp. (0251) 8327396

Email : wijayahusadaakd@gmail.com

Cetakan Pertama, 2020

Hak Cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa ijin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Rasa syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa yang telah melimpahkan kasih dan berkat karunia-Nya sehingga buku ini dapat diselesaikan.

Penyusunan buku ajar ini merupakan salah satu upaya Akademi Kebidanan Wijaya Husada Bogor dalam meningkatkan kualitas proses pembelajaran sehingga lebih baik, sehingga mudah dipahami untuk melengkapi materi yang berkaitan dengan promosi kesehatan.

Dalam penyusunan buku ini, kami banyak dibantu oleh teman seprofesi baik dalam lingkungan kampus AKBID Wijaya Husada Bogor maupun dari pihak luar. Penulis mengucapkan terima kasih kepada Direktur AKBID Wijaya Husada Bogor beserta seluruh karyawan dan staf dosen AKBID Wijaya Husada Bogor, yang telah memberikan dukungan sehingga buku ini dapat tersusun.

Penyusun menyadari bahwa buku ini masih jauh dari sempurna. Untuk itu saran yang membangun sangat kami harapkan guna perbaikan buku ini..

Akhir kata, berbagai saran dan kritik yang membangun akan selalu penulis harapkan.

Penulis

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
KATA PENGANTAR	ii
DAFTAR ISI	iii
PENDAHULUAN	1
1. Deskripsi Mata Kuliah	1
2. Standar Kompetensi	1
3. Proses Pembelajaran	1
4. Sasaran	1
5. Media / Alat Bantu	1
6. Alokasi Waktu	1
RINGKASAN MATERI	2
KONSEP DOKUMENTASI	2
A. Pengertian Dokumentasi	2
B. Tujuan dan Fungsi Dokumentasi	4
C. Prinsip-prinsip Dokumentasi	4
D. Aspek Legal dalam Dokumentasi	11
E. Manfaat Dokumentasi Kebidanan	14
PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN METODE SOAP	17
A. DEFINISI	17
B. METODE PENDOKUMENTASIAN SOAP	17
C. PENULISAN JUDUL	18
D. PENYUSUNAN DIAGNOSA KEBIDANAN	18
PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN METODE VARNEY’S	22
A. DEFINISI	22
B. LANGKAH ASUHAN KEBIDANAN VARNEY	22
C. PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN	25
SOAL KASUS	26
DAFTAR PUSTAKA	38

PENDAHULUAN**1. Deskripsi Mata Kuliah**

Mata kuliah ini membahas tentang pendokumentasian hasil asuhan kebidanan yang diberikan dengan pokok bahasan : konsep pendokumentasian dalam pengelolaan asuhan kebidanan, lingkup dan jenis dokumentasi, sistem melalui komputer dan sistem penyimpanan dokumen dan akses untuk memperoleh rekam medik.

2. Standar Kompetensi

Mahasiswa mampu memahami konsep pendokumentasian dalam pengelolaan asuhan kebidanan sehingga terwujud kondisi kesehatan masyarakat yang sebaik-baiknya. Mata kuliah ini diberikan agar setelah akhir perkuliahan ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Menjelaskan konsep dokumentasi
2. Menjelaskan teknik pendokumentasian
3. Menjelaskan model-model dalam dokumentasi
4. Menjelaskan metode pendokumentasian
5. Melakukan akses untuk memperoleh rekam medis
6. Melakukan pendokumentasian dalam manajemen kebidanan dengan SOAP
7. Melakukan pendokumentasian dalam manajemen kebidanan dengan Varney's

3. Proses Pembelajaran

T : Dilaksanakan di kelas dengan menggunakan metode ceramah, diskusi, seminar dan penugasan.

4. Sasaran

Mahasiswa jalur reguler Tingkat II Semester III

5. Media / Alat Bantu :

1. OHP, WHITE BOARD, SPIDOL
2. LCD , LAPTOP

6. Alokasi Waktu :

T : 1 sks x 2 x 60' Jam x 12 mngg = 1440' / 12 = 120 = 2 Jam

RINGKASAN MATERI**KONSEP DOKUMENTASI****A. Pengertian Dokumentasi**

Apa itu “Dokumentasi”? Dalam bukunya Wildan dan Hidayat (2009) dalam buku ajar dokumentasi kebidanan (Handayani, 2017). Menyatakan bahwa secara umum dokumentasi merupakan suatu catatan otentik atau dokumen asli yang dapat dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Sementara itu, sumber lain oleh Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010), menjelaskan bahwa dokumentasi berasal dari kata dokumen yang berarti bahan pustaka, baik yang berbentuk tulisan maupun rekaman lainnya seperti dengan pita suara/*cassete*, vidio, film, gambar, dan foto. Sedangkan dalam kamus besar Bahasa Indonesia, dokumentasi adalah surat yang tertulis/tercetak yang dapat dipakai sebagai bukti keterangan (seperti akta kelahiran, surat nikah, surat perjanjian, dan sebagainya). Dokumen dalam Bahasa Inggris berarti satu atau lebih lembar kertas resmi (*offical*) dengan tulisan di atasnya.

Dokumentasi Merupakan suatu proses pencatatan, penyimpanan informasi data atau fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan. Secara umum dokumentasi dapat diartikan sebagai suatu catatan otentik atau semua surat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan Klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan) Muslihatun, Mudlilah, Setyawati, 2009).

Dokumentasi kebidanan juga diartikan sebagai bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri. Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan. Hal ini karena asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien membutuhkan pencatatan dan pelaporan yang dapat digunakan sebagai acuan untuk

menuntut tanggung jawab dan tanggung gugat dari berbagai permasalahan yang mungkin dialami oleh klien berkaitan dengan pelayanan yang diberikan. Selain sebagai sistem pencatatan dan pelaporan, dokumentasi kebidanan juga dipakai sebagai informasi tentang status kesehatan pasien pada semua kegiatan asuhan kebidanan yang dilakukan oleh bidan. Disamping itu, dokumentasi berperan sebagai pengumpul, penyimpan, dan penyebarluasan informasi guna mempertahankan sejumlah fakta yang penting secara terus menerus pada suatu waktu terhadap sejumlah kejadian (Fischbach dalam Wildan dan Hidayat, 2009). Dengan kata lain, dokumentasi digunakan sebagai suatu keterangan, baik tertulis maupun terekam, mengenai data subyektif yang diambil dengan anamnesa (wawancara), hasil pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang (laborat, USG dsb), analisa (diagnosa), perencanaan dan pelaksanaan serta evaluasi, tindakan medis, pengobatan yang diberikan kepada klien baik rawat jalan maupun rawat inap, serta pelayanan gawat darurat.

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

1. Tulisan yang berisi komunikasi tentang kenyataan yang esensial untuk menjaga kemungkinan-kemungkinan yang bisa terjadi untuk suatu periode tertentu.
2. Menyiapkan dan memelihara kejadian-kejadian yang diperhitungkan melalui gambaran, catatan/dokumentasi.
3. Membuat catatan pasien yang otentik tentang kebutuhan asuhan kebidanan.
4. Memonitor catatan profesional dan data dari pasien, kegiatan perawatan, perkembangan pasien menjadi sehat atau sakit dan hasil asuhan kebidanan.
5. Melaksanakan kegiatan perawatan, mengurangi penderitaan dan perawatan pada pasien yang hampir meninggal dunia.

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

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

B. Tujuan dan Fungsi Dokumentasi

Fungsi dalam melakukan dokumentasi kebidanan adalah :

1. Untuk mempertanggungjawabkan tindakan yang telah dilakukan bidan.
2. Sebagai bukti dari setiap tindakan bidan bila terjadi gugatan terhadapnya.

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

1. Ke bawah untuk melakukan instruksi.
2. Ke atas untuk member laporan.
3. Ke samping (lateral) untuk member saran.

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

1. Membantu koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh tim kesehatan.
 - a. Mencegah informasi yang berulang terhadap pasien atau anggota tim kesehatan atau mencegah tumpang tindih, atau tindakan yang mungkin tidak dilakukan untuk mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien.
 - b. Membantu tim bidan dalam menggunakan waktu sebaik-baiknya karena dengan pendokumentasian, bidan tidak banyak menghabiskan waktu untuk berkomunikasi secara oral. Contoh: Seorang bidan melakukan pencatatan asuhan kebidanan yang telah dilaksanakannya sehingga bidan lain dapat mengetahui asuhan kebidanan tersebut dari catatan.

2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat.

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

3. Sebagai informasi statistik.

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

4. Sebagai sarana pendidikan.

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

5. Sebagai sumber data penelitian.

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

6. Sebagai jaminan kualitas pelayanan kesehatan.

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

7. Sebagai sumber data asuhan kebidanan berkelanjutan.

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

8. Untuk menetapkan prosedur dan standar.

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

9. Untuk mencatat.

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

10. Untuk memberi instruksi.

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

Tujuan dari dokumentasi kebidanan menurut Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) meliputi dua hal berikut ini ?

1. Mengidentifikasi status kesehatan klien dalam rangka mencatat kebutuhan klien, merencanakan, melaksanakan tindakan, mengevaluasi tindakan.
2. Dokumentasi untuk penelitian, keuangan, hukum, dan etika.
 - a. Bukti kualitas asuhan kebidanan.
 - b. Bukti legal dokumentasi sebagai pertanggungjawaban kepada klien.
 - c. Informasi terhadap perlindungan individu.
 - d. Bukti aplikasi standar praktik kebidanan.
 - e. Sumber informasi statistik untuk standar dan riset kebidanan.
 - f. Pengurangan biaya informasi.
 - g. Sumber informasi untuk data yang harus dimasukkan.
 - h. Komunikasi konsep risiko tindakan kebidanan.
 - i. Informasi untuk mahasiswa.
 - j. Dokumentasi untuk tenaga profesional dan tanggungjawab etik.
 - k. Mempertahankan kerahasiaan informasi klien.
 - l. Suatu data keuangan yang sesuai.
 - m. Data perencanaan pelayanan kesehatan dimasa yang akan datang.

C. Prinsip-prinsip Dokumentasi

1. Lengkap

Dalam Prinsip lengkap di sini berarti:

- a. Mencatat semua pelayanan kesehatan yang diberikan.
- b. Catatan kebidanan terdiri dari semua tahap proses kebidanan.
- c. Mencatat tanggapan bidan/perawat.
- d. Mencatat tanggapan pasien.
- e. Mencatat alasan pasien dirawat.
- f. Mencatat kunjungan dokter.

2. Teliti

Dalam Prinsip teliti meliputi:

- a. Mencatat setiap ada perubahan rencana kebidanan.
- b. Mencatat pelayanan kesehatan.
- c. Mencatat pada lembar/bagan yang telah ditentukan.
- d. Mencantumkan tanda tangan/paraf bidan.
- e. Setiap kesalahan dikoreksi dengan baik.
- f. Catatan hasil pemeriksaan ada kesesuaian dengan hasil laboratorium/instruksi dokter.

3. Berdasarkan fakta

Dalam Prinsip berdasarkan fakta mencakup hal berikut ini:

- a. Mencatat fakta daripada pendapat.
- b. Mencatat informasi yang berhubungandalam bagan/laboratorium.
- c. Menggunakan bahasa aktif.

4. Logis

Dalam Prinsip logis meliputi:

- a. Jelas dan logis.
- b. Catatan secara kronologis.
- c. Mencantumkan nama dan nomor register pada setiap lembar.
- d. Penulisan dimulai dengan huruf besar.
- e. Setiap penulisan data memiliki identitas dan waktu (jam, hari, tanggal, bulan dan tahun).

5. Dapat dibaca

Dalam Prinsip dapat dibaca meliputi:

- a. Tulisan dapat dibaca.
- b. Bebas dari catatan dan koreksi.
- c. Menggunakan tinta.
- d. Menggunakan singkatan/istilah yang lazim digunakan.

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

1. Kesederhanaan

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

2. Keakuratan

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

3. Kesabaran

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

4. Ketepatan

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

5. Kelengkapan

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

6. Kejelasan dan keobjektifan

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

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

1. Dokumentasi secara lengkap tentang suatu masalah penting yang bersifat klinis.

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

2. Lakukan penandatanganan dalam setiap pencatatan data.

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

3. Tulislah dengan jelas dan rapi.

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

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

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

panjang, tidak perlu, dan tidak bermanfaat. Selain itu, identifikasi dengan jelas subjek dari setiap kalimat.

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

6. Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian.

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

7. Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital.

Catatan dalam bentuk grafik dapat digunakan sebagai pengganti penulisan tanda vital dari laporan perkembangan. Hal ini memudahkan pemantauan setiap saat dari pasien terkait dengan perkembangan kesehatannya.

8. Catat nama pasien di setiap halaman.

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

9. Berhati-hati ketika mencatat status pasien dengan HIV/AIDS.

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

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

11. Tanyakan apabila ditemukan intruksi yang tidak tepat.

Bidan hendaknya selalu memiliki kemampuan berpikir kritis dan memiliki analisis yang tajam. Apabila muncul ketidakjelasan dalam menerima instruksi atau tugas

limpahan dari dokter, bidan sangat dianjurkan untuk bertanya tentang kejelasannya untuk menghindari terjadinya kesalahan persepsi.

12. Dokumentasi terhadap tindakan atau obat yang tidak diberikan.

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

13. Catat informasi yang lengkap tentang obat yang diberikan.

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

14. Catat keadaan alergi obat atau makanan.

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

15. Catat daerah atau tempat pemberian injeksi atau suntikan

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

16. Catat hasil laboratorium yang abnormal.

Hal ini sangat penting karena dapat menentukan tindakan segera.

D. Aspek Legal dalam Dokumentasi

Di Dalam kasus hukum, rekam medis dapat menjadi landasan berbagai kasus gugatan atau sebagai alat pembela diri bidan, perawat, dokter atau fasilitas kesehatan.

Tujuan utama dokumentasi kebidanan adalah untuk menyampaikan informasi penting tentang pasien. Rekam medis digunakan untuk mendokumentasikan proses kebidanan dan memenuhi kewajiban profesional bidan untuk mengkomunikasikan informasi penting. Data dalam pencatatan tersebut harus berisi informasi spesifik yang memberi gambaran tentang pasien dan pemberian asuhan kebidanan. Evaluasi status pasien harus dimasukkan dalam catatan tersebut. Aspek legal dalam pendokumentasian kebidanan terdiri dari dua tipe tindakan legal sebagai berikut.

1. Tindakan sipil atau pribadi
2. Tindakan sipil ini berkaitan dengan isu antar individu.
3. Tindakan kriminal

4. Tindakan kriminal berkaitan dengan perselisihan antara individu dan masyarakat secara keseluruhan.

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

1. Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal.

Dokumentasi informasi yang berkaitan dengan aspek legal meliputi:

- a. Catatan kebidanan pasien/ klien diakui secara legal/ hukum.
- b. Catatan/grafik secara universal dapat dianggap sebagai bukti dari suatu pekerjaan.
- c. Informasi yang didokumentasikan harus memberikan catatan ringkas tentang riwayat perawatan pasien.
- d. Dokumentasi perlu akurat sehingga sesuai dengan standar kebidanan yang telah ditetapkan.

2. Petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal.

Berikut ini tiga petunjuk untuk mencatat data yang relevan secara legal:

- a. Mengetahui tentang malpraktek yang melibatkan bidan
 - 1) Klien menjadi tanggung jawab perawat yang bersangkutan.
 - 2) Bidan tidak melaksanakan tugas yang diemban.
 - 3) Bidan menyebabkan perlukaan atau kecacatan pada klien.
- b. Memperhatikan informasi yang memadai mengenai kondisi klien dan perilaku, mendokumentasikan tindakan kebidanan dan medis, follow up, pelaksanaan pengkajian fisik per shift, dan mendokumentasikan komunikasi antara bidandokter.
- c. Menunjukkan bukti yang nyata dan akurat tentang pelaksanaan proses kebidanan.

3. Panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan

Agar dokumentasi dipercaya secara legal, berikut panduan legal dalam mendokumentasikan asuhan kebidanan (Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati, 2009):

- a. Jangan menghapus dengan menggunakan tipex atau mencoret tulisan yang salah, sebaiknya tulisan yang salah diberi garis lurus, tulis salah lalu beri paraf.

- b. Jangan menuliskan komentar yang bersifat mengkritik klien atau tenaga kesehatan lainnya.
- c. Koreksi kesalahan sesegera mungkin, jangan tergesa-gesa melengkapi catatan. Pastikan informasi akurat.
- d. Pastikan informasi yang ditulis adalah fakta.
- e. Jangan biarkan bagian kosong pada catatan perawat. Jika dibiarkan kosong, oranglain dapat menambah informasi lain. Untuk menghindarinya, buat garis lurus dan paraf.
- f. Catatan dapat dibaca dan ditulis dengan tinta (untuk menghindari salah tafsir).

Pada saat memberikan layanan, sanksi diberikan apabila seorang bidan terbukti lalai atau melakukan kecerobohan dalam tindakannya. Terkait hal itu, terdapat empat elemen kecerobohan yang harus dibuktikan penuntut sebelum tindakan bidan dapat dikenakan sanksi, yaitu (Muslihatun, Mudlilah, dan Setiyawati, 2009):

1. Melalaikan tugas bidan.

Bidan adalah sebuah profesi yang mempunyai peran dan fungsi sebagai pendidik serta pelaksana dalam memberikan pelayanan asuhan kebidanan kepada individu, keluarga, maupun masyarakat. Tuntutan dapat dijatuhkan apabila peran tersebut tidak dijalankan dengan sepenuhnya atau lalai dan ceroboh dalam melaksanakan tugas.

2. Tidak memenuhi standar praktik kebidanan.

Standar praktik kebidanan telah ditentukan oleh organisasi bidan. Mereka menata aturan atau batasan bagi praktik bidan dalam memberikan asuhan kebidanan, baik praktik individu maupun berkelompok.

3. Adanya hubungan sebab akibat terjadinya cedera.

Seorang bidan dikatakan ceroboh apabila dalam menjalankan tindakannya dapat menyebabkan kerusakan pada sistem tubuh seperti adanya luka atau kerusakan lainnya.

4. Kerugian yang aktual (hasil lalai).

Bidan dalam menjalankan perannya selalu berusaha memberikan kenyamanan dan rasa aman pada pasien. Namun, sangat mungkin tindakannya tersebut dapat mengakibatkan kerugian secara nyata pada pasien. Dengan demikian, tindakan tersebut menunjukkan kecerobohan yang memungkinkan tuduhan dan dijatuhkan dalam tuntutan.

E. Manfaat Dokumentasi Kebidanan

Berdasarkan teori yang dikemukakan oleh Wildan dan Hidayat (2009), yang dimaksud dengan manfaat dokumentasi adalah hal-hal yang dapat diperoleh pada dokumentasi yang kita lakukan. Secara lebih detail, manfaat dokumentasi meliputi delapan aspek sebagai berikut.

1. Aspek Hukum

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek hukum yaitu:

- a. Semua catatan info tentang klien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum (sebagai dokumentasi legal).
- b. Dapat digunakan sebagai barang bukti pengadilan.
- c. Pada kasus tertentu, pasien boleh mengajukan keberatannya untuk menggunakan catatan tersebut dalam pengadilan sehubungan dengan haknya akan jaminan kerahasiaan data.

2. Aspek Komunikasi

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek komunikasi yaitu:

- a. Sebagai alat bagi tenaga kesehatan untuk berkomunikasi yang bersifat permanen.
- b. Bisa mengurangi biaya komunikasi karena semua catatan tertulis.

3. Aspek Penelitian

Berdasarkan aspek penelitian, dokumentasi bermanfaat sebagai sumber informasi yang berharga untuk penelitian.

4. Aspek Keuangan/Ekonomi

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek ekonomi yaitu:

- a. Punya nilai keuangan. Contohnya: Pasien akan membayar administrasi perawatan dikasir sesuai dengan pendokumentasian yang ditulis oleh tenaga kesehatan.
- b. Dapat digunakan sebagai acuan/pertimbangan dalam biaya perawatan bagi klien.

5. Aspek Pendidikan

Manfaat dokumentasi berdasarkan aspek pendidikan yaitu:

- a. Punya nilai pendidikan.
- b. Dapat digunakan sebagai bahan/referensi pembelajaran bagi siswa/profesi kebidanan.

6. Aspek Statistik

Berdasarkan aspek statistik, dokumentasi dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan ketenagaan dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan tersebut.

7. Aspek Jaminan Mutu

Berdasarkan aspek jaminan mutu, pencatatan data klien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah klien (membantu meningkatkan mutu pelayanan kebidanan).

8. Aspek Manajemen

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

Fauziah, Afroh, dan Sudarti (2010) juga mengungkapkan bahwa manfaat dari dokumentasi adalah sebagai berikut.

1. Aspek administrasi, terdapatnya dokumentasi kebidanan yang berisi tentang tindakan bidan, berdasarkan wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga media dan paramedis dalam mencapai tujuan pelayanan kesehatan.
2. Aspek medis, dokumentasi yang berisi catatan yang dipergunakan sebagai dasar untuk merencanakan pengobatan atau perawatan yang harus diberikan kepada pasien.
3. Aspek hukum, melalui dokumentasi maka terdapat jaminan kepastian hukum dan penyediaan bahan tanda bukti untuk menegakkan keadilan, karena semua catatan tentang pasien merupakan dokumentasi resmi dan bernilai hukum. Hal tersebut sangat bermanfaat apabila dijumpai suatu masalah yang berhubungan dengan profesi bidan, dimana bidan sebagai pemberi ijasah dan pasien sebagai pengguna jasa, maka dokumentasi diperlukan sewaktu waktu, karena dapat digunakan sebagai barang bukti di pengadilan, maka dalam pencatatan data, data harus diidentifikasi secara lengkap, jelas, obyektif dan ditandatangani oleh bidan.
4. Aspek keuangan, dengan adanya dokumentasi kebidanan berisi data atau informasi pasien. Hal ini dapat dipergunakan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.
5. Aspek penelitian, dokumentasi kebidanan berisi data atau informasi pasien. Hal ini dapat dipergunakan sebagai data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan melalui studi dokumentasi.
6. Aspek pendidikan, dokumentasi kebidanan berisi data informasi tentang perkembangan kronologis dan kegiatan pelayanan medik yang diberikan kepada pasien. Maka informasi tersebut dapat dipergunakan sebagai bahan atau referensi pendidikan.

7. Aspek dokumentasi, berisi sumber informasi yang harus didokumentasikan dan dipakai sebagai bahan pertanggungjawaban dalam proses dan laporan pelayanan kesehatan.
8. Aspek jaminan mutu, pengorganisasian data pasien yang lengkap dan akurat melalui dokumentasi kebidanan akan memberikan kemudahan bagi bidan dalam membantu menyelesaikan masalah pasien. Pencatatan data pasien yang lengkap dan akurat akan memberi kemudahan bagi bidan dalam membantu penyelesaian masalah pasien. Selain itu, juga untuk mengetahui sejauh mana masalah pasien dapat teratasi dan seberapa jauh masalah baru dapat diidentifikasi dan dimonitor melalui catatan yang akurat. Hal ini akan membantu untuk meningkatkan mutu asuhan kebidanan.
9. Aspek akreditasi, melalui dokumentasi akan tercermin banyaknya permasalahan pasien yang berhasil diatasi atau tidak. Dengan demikian dapat diambil kesimpulan tentang tingkat keberhasilan pemberian asuhan kebidanan yang diberikan guna pembinaan lebih lanjut. Selain itu dapat dilihat sejauh mana peran dan fungsi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan pada pasien. Melalui akreditasi pula kita dapat memantau kualitas layanan kebidanan yang telah diberikan sehubungan dengan kompetensi dalam melaksanakan asuhan kebidanan.
10. Aspek statistik, informasi statistik dari dokumentasi dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan tenaga dan menyusun rencana sesuai dengan kebutuhan.
11. Aspek komunikasi, komunikasi dipakai sebagai koordinasi asuhan kebidanan yang diberikan oleh beberapa orang untuk mencegah pemberian informasi yang berulang ulang kepada pasien oleh anggota tim kesehatan, mengurangi kesalahan dan meningkatkan ketelitian dalam asuhan kebidanan, membantu tenaga bidan untuk menggunakan waktu dengan sebaik baiknya, serta mencegah kegiatan yang tumpang tindih. Sebagai alat komunikasi, dokumentasi dapat mewujudkan pemberian asuhan kebidanan yang terkoordinasi dengan baik.

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN METODE SOAP

A. DEFINISI

Prinsip adalah suatu hal yang diyakini, yang mendasari sesuatu hal tersebut yang sifatnya tidak bisa dirubah.

Dokumentasi adalah suatu proses pencatatan, penyimpanan informasi, data fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan.

Manajemen kebidanan adalah alur pikir bagi seorang bidan yang memberikan arah/kerangka kerja dalam menangani kasus yang menjadi tanggungjawabnya.

Jadi, prinsip dokumentasi kebidanan adalah suatu hal yang diyakini dalam proses pencatatan, penyimpanan informasi, data fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan yang merupakan alur pikir bagi seorang bidan yang memberikan arah/kerangka kerja dalam menangani kasus yang menjadi tanggungjawabnya.

B. METODE PENDOKUMENTASIAN SOAP

S (Data Subjektif)

Subjective menggambarkan dokumentasi hasil pengumpulan data klien melalui anamnesis dengan auto atau allow anamnesa. Contoh : berupa identitas pasien, alasan datang, keluhan dll.

O (Data Objektif)

Objektif menggambarkan dokumentasi hasil pemeriksaan fisik klien, hasil laboratorium dan uji diagnostic lain yang dirumuskan dalam data focus untuk mendukung asuhan kebidanan.

A (Assesment)

Assesment menggambarkan dokumentasi hasil analisis dan interpretasi data subjektif dan objektif dalam suatu indentifikasi.

- a. Diagnosis/masalah
- b. Antisipasi diagnosis/ kemungkinan masalah
- c. Perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter, konsultasi/kolaborasi, dan atau perujukan

P (Planning)

Menggambarkan pendokumentasian dari perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi berdasarkan assesment.

C. PENULISAN JUDUL

CONTOH KASUS :

Tgl 10 agustus 2014. Ny.R periksa ke BPM Ny.F kabupaten Bogor. Setelah dilakukan pemeriksaan fisik pada Ny.R didapatkan bahwa Ny.R hamil pertama kali, belum pernah keguguran dan melahirkan. Umur kehamilannya saat ini adalah 31 minggu 3 hari, ibu dalam keadaan normal.

Akan tetapi 2 minggu kemudian Ny.R datang periksa lagi, bidan mendiagnosa bahwa ibu mengalami preeklampsia ringan.

JAWABAN :

Judul pemeriksaan pertama :

“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.R G1P0A0 UMUR KEHAMILAN 31 MINGGU 3 HARI DI BPM NY.F KABUPATEN BOGOR”

Judul pemeriksaan kedua :

“ASUHAN KEBIDANAN PADA NY.R G1P0A0 UMUR KEHAMILAN 33 MINGGU 3 HARI DENGAN PREEKLAMPSIA RINGAN DI BPM NY.F KABUPATEN BOGOR”

Tanggal masuk : 10 Agustus 2014

Pukul : 16.00WIB

Nomor Register : 12546

Ruangan : Anggrek

D. PENYUSUNAN DIAGNOSA KEBIDANAN

1. ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN (ANC)

Ketentuan :

- a. Untuk Usia Kehamilan \leq 12 minggu

Belum bisa dituliskan secara lengkap untuk diagnosa kebidanannya karena hasil pemeriksaan data objektif masih terbatas.

CONTOH :

Ny. Rani Umur 20 Tahun G1P0A0 Umur kehamilan 11 minggu 3 hari dengan Ballotement Positif

- b. Untuk Usia Kehamilan \leq 28 minggu

CONTOH :

Ny.Rina Umur 25 Tahun G2P1A0 Umur Kehamilan 23 Minggu 2 hari Janin Hidup Intra Uterine dengan Kehamilan Normal

c. Untuk Usia Kehamilan > 28 minggu

Sudah bisa disusun secara lengkap sesuai urutan hasil pemeriksaan pada data objektif.

NAMA – UMUR – PARITAS – UMUR KEHAMILAN – JUMLAH JANIN (TUNGKAL/GANDA) – PRESENTASE (BOKONG/BELAKANG KEPALA/MUKA/DAHI) – POSISI PUNGGUNG (KANAN/KIRI) – BAGIAN TERBAWAH JANIN (KONVERGEN/DIVERGEN)

Keterangan :

Penyusunan Diagnosa kebidanan sesuai urutan hasil pemeriksaan dimana NAMA, UMUR, PARITAS DAN UMUR KEHAMILAN didapatkan saat ANAMNESA.

Data JUMLAH JANIN dan PRESENTASE bisa didapatkan saat pemeriksaan LEOPOLD I.

Data POSISI PUNGGUNG bisa didapatkan saat pemeriksaan LEOPOLD II.

Data BAGIAN TERBAWAH JANIN bisa didapatkan saat pemeriksaan LEOPOLD IV.

CONTOH :

Pada Kehamilan Fisiologis :

Ny. Ida Umur 23 Tahun G1P0A0 Umur kehamilan 36 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uterine, Presentasi Belakang Kepala, Punggung Kanan, Divergen

Pada Kehamilan Patologis :

Ny. Ida Umur 23 Tahun G1P0A0 Umur kehamilan 36 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uterine, Presentasi Belakang Kepala, Punggung Kanan, Divergen dengan Preeklampsia Ringan

2. ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN (INC)

a. KALA I

Untuk Fisiologis :

CONTOH :

Ny. Dea Umur 25 Tahun G1P0A0 Umur kehamilan 40 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uterine, Presentasi Belakang Kepala, Punggung Kanan, Divergen dengan Inpartu Kala I Fase Laten

Untuk Patologis :

CONTOH :

Ny. Dea Umur 25 Tahun G1P0A0 Umur kehamilan 40 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uterine, Presentasi Belakang Kepala, Punggung Kanan, Divergen Inpartu Kala I Fase Aktif Dilatasi Maksimal dengan Ketuban Pecah Dini

b. KALA II

Untuk Fisiologis :

CONTOH :

Ny. Ida Umur 23 Tahun G1P0A0 Umur kehamilan 40 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uterine, Presentasi Belakang Kepala, Punggung Kanan, Divergen dengan inpartu kala II

Untuk Patologis :

CONTOH :

Ny. Ida Umur 23 Tahun G1P0A0 Umur kehamilan 40 minggu Janin Tunggal Hidup Intra Uterine, Presentasi Bokong, Punggung Kanan, Divergen inpartu kala II dengan Letak Sungsang

c. KALA III

Untuk Fisiologis :

CONTOH :

Ny. Ida Umur 23 Tahun P1A0 Inpartu Kala III

Untuk Patologis :

CONTOH :

Ny. Ida Umur 23 Tahun P1A0 Inpartu Kala III dengan retensio plasenta

d. KALA IV

Untuk fisiologis :

CONTOH :

Ny. Ida Umur 23 Tahun P1A0 Inpartu Kala IV

Untuk Patologis :

CONTOH :

Ny. Ida Umur 23 Tahun P1A0 Inpartu Kala IV dengan atonia uteri

Catatan :

Kala III dan Kala IV memakai kata INPARTU dan bukan PARTUS karena Masih dalam proses Persalinan, dimana Secara Teori Persalinan dibagi

menjadi 4 kala yaitu KALA I, II, III dan IV. Sehingga untuk KALA I,II, III dan IV semua memakai kata INPARTU.

3. ASUHAN KEBIDANAN POST PARTUM (PNC)

- a. Untuk nifas fisiologi

CONTOH :

Ny.Ani Umur 27 tahun P2A0 Post Partum Hari ke-2 dengan Nifas Normal

- b. Untuk nifas patologis

CONTOH :

Ny.Ina Umur 25 tahun P2A0 Post partum Hari ke-3 dengan Mastitis

4. ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

- a. Untuk BBL fisiologi

CONTOH :

Bayi Ny.Lina umur 6 jam dengan BBL normal

- b. Untuk BBL Patologis

CONTOH :

Bayi Ny.Lani umur 0 hari BBL dengan asfiksia ringan

5. ASUHAN KEBIDANAN GANGGUAN REPRODUKSI

CONTOH :

Ny.Liana Umur 34 tahun dengan Gangguan reproduksi Amenorhea

6. ASUHAN KEBIDANAN IMUNISASI BALITA

CONTOH :

An.Kinan umur 6 Bulan dengan Imunisasi DPT Combo 3 dan Polio 3

7. ASUHAN KEBIDANAN KB

- a. Untuk Fisiologis

CONTOH :

Ny. Dina Umur 32 tahun akseptor baru KB Suntik 3 bulan DMPA

- b. Unruk Patologis

CONTOH :

Ny. Rina Umur 45 tahun akseptor lama KB Suntik 3 bulan DMPA dengan Amenorhea

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN METODE VARNEY'S

A. DEFINISI

Manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan dengan urutan logis dan menguntungkan, menguraikan perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan yang berdasarkan teori ilmiah, penemuan, ketrampilan dalam rangkaian atau tahapan yang logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Proses manajemen kebidanan merupakan proses pemecahan masalah yang dikemukakan oleh perawat, bidan pada awal 1970. Manajemen kebidanan memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan berurutan, logis dan menguntungkan baik dari segi pasien maupun dari tenaga kesehatan. Manajemen kebidanan menguraikan perilaku dari apa yang diharapkan dari yang pemberi asuhan.

Varney (1997)_ menjelaskan bahwa prinsip manajemen adalah pemecahan masalah. Dalam text book masalah kebidanan yang ditulisnya pada tahun 1981 proses manajemen kebidanan diselesaikan melalui 5 langkah yaitu pengumpulan data dasar, interpretasi data, perencanaan asuhan, pelaksanaan dan evaluasi.

Proses manajemen kebidanan ini ditulis oleh varney berdasarkan proses manajemen kebidanan *American College of Nurse Midwife* yang pada dasar pemikirannya sama dengan proses manajemen menurut varney.

B. 7 LANGKAH ASUHAN KEBIDANAN VARNEY

1. Tahap Pengumpulan Data Dasar

Pada langkah pertama ini dikumpulkan semua informasi yang akurat dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara anamnesa, pemeriksaan fisik sesuai kebutuhan dan pemeriksaan tanda-tanda vital, pemeriksaan khusus dan pemeriksaan penunjang.

2. Interpretasi Data Dasar

Pada langkah ini dilakukan identifikasi terhadap diagnose atau masalah berdasarkan interpretasi atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang telah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnose dan masalah

yang spesifik. Rumusan diagnose dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnose tetapi tetap membutuhkan penanganan.

3. Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial dan mengantisipasi penanganannya

Pada langkah ini bidan mengidentifikasi masalah potensial atau diagnose potensial berdasarkan diagnose yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Bidan diharapkan dapat waspada dan siap-siap mencegah diagnose ini menjadi benar-benar terjadi. Langkah ini penting sekali dalam melakukan asuhan yang aman.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi klien

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai kondisi klien. Langkah keempat mencerminkan kesinambungan dari proses manajemen kebidanan. Jadi manajemen bukan hanya selama asuhan primer periodic atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus menerus, misalnya pada waktu wanita tersebut dalam persalinan.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh

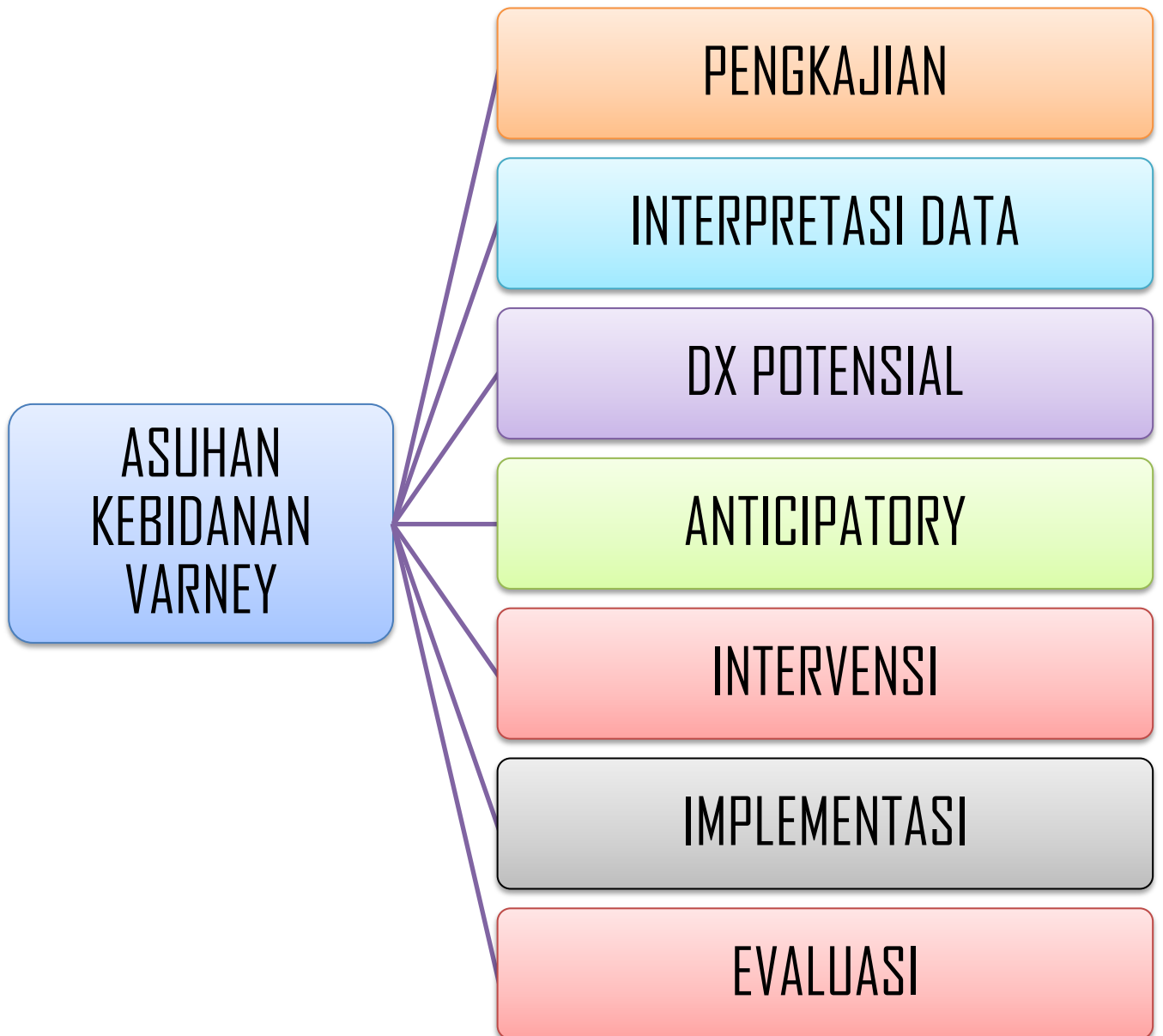
Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan manajemen terhadap masalah atau diagnose yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap.

6. Pelaksanaan langsung dengan efisien dan aman

Pada langkah keenam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke-lima dilaksanakan efisien dan aman. Perencanaan ini bisa dilakukan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya.

7. Mengevaluasi

Pada langkah ketujuh ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi dalam diagnose dan masalah. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya.



C. PROSES MANAJEMEN KEBIDANAN

5 langkah Pengambilan Klinis	Keputusan	7 langkah (Varney)	Standar Kebidanan	Asuhan
Penilaian		Pengkajian	S	
			O	
Diagnosis		Interpretasi Data	A	
		Diagnosa potensial		
		Tindakan segera		
Perencanaan		Intervensi	P	
Implementasi		Implementasi		
Evaluasi		Evaluasi		

SOAL KASUS**KASUS 1 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADA GANGGUAN REPRODUKSI**

Ny. Rani 25 tahun datang ke tempat bidan diantar suaminya Tn. Rahul 28 tahun Tanggal 6 oktober 2014, pukul 09.00 WIB. Ny.Rani datang untuk memeriksakan kondisinya, beliau mengeluh mengalami keputihan sejak 1 tahun yang lalu dan 1 minggu ini sering keluar lendir kental berlebihan, berwarna putih keruh, berbau dan merasa gatal pada alat kelaminnya serta merasa anyang-anyangan dan panas saat buang air kecil. Bidan melakukan anamnesa dengan hasil : Alamat di Jl. Rambutan No. 41 Bogor. Pasangan suami istri tersebut merupakan orang sunda yang beragama islam serta berpendidikan SMA. Suami Ny.Rani berkerja sebagai karyawan swasta dan dia sendiri adalah seorang ibu rumah tangga. Golongan darah keduanya adalah O. Ny.Rani dan keluarga tidak pernah menderita penyakit menular dan tidak menular ataupun penyakit degeneratif serta tidak memiliki riwayat keturunan kembar.

Ny.Rani mens pertama kali saat umurnya 12 tahun, siklus mensnya teratur dengan siklus 28 hari selama 7 hari. Terdapat nyeri ketika menstruasi dan warnanya merah kehitaman bergumpal, bau haidnya anyir dan terjadi keputihan sebelum haid, jumlahnya sedikit lamanya 4 hari dan warnanya putih bau khas. Hubungan seksual 3 kali dalam seminggu, lamanya sekitar 20 menit. Tidak terdapat tumor dan tidak mengalami gangguan KB.

Ny.Rani sudah memiliki satu anak laki-laki berumur 2 tahun, BB anaknya ketika lahir 2500 gr dengan panjang badan 48 cm. Kondisi anaknya sekarang sehat tidak mengalami gangguan pertumbuhan. Ny.Rani melahirkan dalam umur kehamilan 39 minggu dan tidak ada komplikasi saat hamil maupun bersalin sehingga ia tidak perlu diSC untuk melahirkan hanya dibantu bidan. Ny. Rani baru berhenti menyusui anaknya dan sekarang dia menggunakan KB suntik 3 bulan.

Ny.Rani makan-makanan bergizi seperti sayur, ikan, tahu, tempe dan daging. ia dan keluarga makan 3x sehari/piring penuh. Minumnya bervariasi setiap harinya, kadang teh, kopi dan susu serta air putih dengan jumlah sekitar 8 gelas/hari. Ia BAK 2 kali/hari dengan warna kuning jernih sekitar 50 cc. BAB 1 kali/hari, warna kekuningan, konsistensi lembek.

Ny.Rani mandi 2 kali/hari serta cebok ketika BAB dan BAK dengan arah dari anus ke vagina, dan gosok gigi setiap mandi serta setiap selesai mandi Ny.Rani selalu ganti pakaian 2x/hari, dan menggunakan pantyliner. Ia istirahat malam 8 jam/hari dan siang 2 jam/hari. Dia tidak memiliki kebiasaan buruk apalagi merokok dll.

Ketika dianamnesa oleh bidan, cara bicara Ny.Rani yang menggunakan bahasa indonesia terlihat lancar dan tidak gugup, dia juga sangat kooperatif. Hubungan dengan keluarga dan orang lain pun akrab.Ia juga patuh untuk beribadah sehingga ia tidak memiliki kepercayaan atau adat istiadat yang menyimpang dari agama. Penghasilan keluarganya cukup. Ia tinggal dirumah bersama suami dan satu anaknya. mereka adalah keluarga yang harmonis dan pembuat keputusan dirumah adalah suami.

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : KU : ringan, Kesadaran composmentis, TD 120/80 mmHg dengan posisi berbaring, Nadi 80x/menit teratur, suhu aksila 36,7 0C, respirasi 20 x/menit teratur normal. BB sekarang : 57 Kg, dahulu BB Ny.Rani sekitar 49 Kg. dengan tinggi badan 150 cm. Pada pemeriksaan haed to toe semua dalam keadaan normal kecuali pada pemeriksaan genitouria yang anyang-anyangan dan pemeriksaan vulva dimana terdapat keputihan sehingga terlihat kotor dan lembab. Bidan tidak melakukan pemeriksaan penunjang.

Petunjuk :

Buatlah asuhan kebidanan yang tepat pada Ny.Rani serta lakukan pendokumentasian kebidanan sesuai SOAP !

KASUS 2 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADA AKSEPTOR KB

Ny. Ani 25 tahun datang ke tempat bidan diantar suaminya Tn. Raihan 28 tahun Tanggal 6 oktober 2014, pukul 09.00 WIB. Ny.ani datang untuk melakukan suntik KB 3 bulan serta untuk memeriksakan kondisinya, beliau mengatakan selama memakai KB suntik 3 bulan tidak pernah mendapat haid selama 3 bulan, ini merupakan kunjungan kedua dan ibu merasa khawatir dengan kondisinya saat ini. Bidan melakukan anamnesa dengan hasil : Alamat di Jl. Semangka No. 40 Bogor. Pasangan suami istri tersebut merupakan orang sunda yang beragama islam serta berpendidikan SMA. Suami Ny.ani berkerja sebagai karyawan swasta dan dia sendiri adalah seorang ibu rumah tangga. Golongan darah keduanya adalah A. Ny.ani dan keluarga tidak pernah menderita penyakit menular dan tidak menular ataupun penyakit degeneratif serta tidak memiliki riwayat keturunan kembar.

Ny.ani mens pertama kali saat umurnya 11 tahun, siklus mensnya teratur dengan siklus 28 hari selama 7 hari. Terdapat nyeri ketika menstruasi dan warnanya merah kehitaman bergumpal, bau haidnya anyir dan terjadi keputihan sebelum haid, jumlahnya sedikit lamanya 4 hari dan warnanya putih bau khas. Hubungan seksual 3 kali dalam seminggu, lamanya sekitar 20 menit.

Ny. Ani menikah 1x dan umur ketika menikah adalah 20 tahun. Ny.ani sudah memiliki satu anak laki-laki berumur 4 tahun, BB anaknya ketika lahir 2500 gr dengan panjang badan 48 cm. Kondisi anaknya sekarang sehat tidak mengalami gangguan pertumbuhan. Ny.ani melahirkan dalam umur kehamilan 40 minggu dan tidak ada komplikasi saat hamil maupun bersalin sehingga ia tidak perlu diSC untuk melahirkan hanya dibantu bidan. Ny. ani menyusui anaknya selama 2 tahun dan sekarang dia menggunakan KB suntik 3 bulan. Dulu Ny. Ani pernah menggunakan KB IUD selama 1 tahun, setelah melahirkan anak pertamanya, tapi karena mengeluh mensnya sangat banyak dan disertai nyeri maka akhirnya IUD nya pun dilepas dan menggunakan KB Pil selama 2 tahun. Tapi karena ibu sering lupa minum pil dan masih ingin menjarangkan kehamilannya, maka Ny. Ani menggunakan KB suntik 3 bulan.

Ketika dianamnesa oleh bidan, cara bicara Ny.ani yang menggunakan bahasa sunda terlihat lancar dan tidak gugup, dia juga sangat kooperatif. Hubungan dengan keluarga dan orang lain pun akrab. Ia juga patuh untuk beribadah sehingga ia tidak memiliki kepercayaan atau adat istiadat yang menyimpang dari agama. Penghasilan keluarganya cukup. Ia tinggal dirumah bersama suami dan satu anaknya. mereka adalah keluarga yang harmonis dan pembuat keputusan dirumah adalah suami. Ny. Ani paham tentang jadwal KB suntik 3 bulan serta keuntungannya. Tapi Ny.ani tidak mengerti tentang keluhan amenore yang ia alami.

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : KU : ringan, Kesadaran composmenstis, TD 120/80 mmHg dengan posisi berbaring, Nadi 80x/menit teratur, suhu aksila 36,7 0C, respirasi 20 x/menit teratur normal. BB sekarang : 60 Kg, dahulu BB Ny.ani sekitar 47 Kg. dengan tinggi badan 150 cm. Pada pemeriksaan haed to toe semua dalam keadaan normal. Bidan melakukan pemeriksaan urine untuk mengetahui Ny.ani hamil atau tidak, dan hasilnya adalah negatif.

Petunjuk :

Buatlah asuhan kebidanan yang tepat pada Ny.ani serta lakukan pendokumentasian kebidanan sesuai SOAP !

KASUS 3 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN IMUNISASI

Ny. wina 25 tahun datang ke tempat bidan diantar suaminya Tn. Raihan 28 tahun beserta anaknya bayi fina 6 bulan Tanggal 6 oktober 2014, pukul 16.00 WIB. Ny.wina datang untuk melakukan imunisasi untuk bayinya. Bidan melakukan anamnesa dengan hasil : Alamat di Jl. jeruk No. 39 Bogor. Pasangan suami istri tersebut merupakan orang sunda yang beragama islam serta berpendidikan SMP. Suami Ny.wina berkerja sebagai karyawan swasta dan dia sendiri adalah seorang ibu rumah tangga. Ny.wina dan keluarga tidak pernah menderita penyakit menular dan tidak menular ataupun penyakit degeneratif serta tidak memiliki riwayat keturunan kembar.

Dulu Ny.Wina mengandung anaknya selama 39 minggu sampai pada akhirnya ia melahirkan tanggal 18 april 2014 jam 07.00 WIB. ditolong oleh bidan dan semua berjalan normal. Kondisi bayi fina ketika lahir adalah normal dengan BB: 3000 gr, panjang 50 cm dengan Apgar score 9. Dibulan ini Ny.Wina baru memulai memberikan anaknya MP-ASI berupa bubur, dan bayi fina pun tidak mengalami keluhan yang berrarti.

Pada imunisasi dasar Bayi Fina, imunisasi HB 0 dan polio 1 sudah diberikan ketika ia lahir setelah penyuntikan Vitamin K, kemudian tanggal 10 mei ia mendapat imunisasi BCG, imunisasi DPT Combo 1 dan polio 2 sudah diberikan tanggal 20 juli 2014, imunisasi DPT combo 2 dan polio 3 diberikan tanggal 18 agustus 2014, dan seharusnya bulan september kemarin Bayi Fina sudah diimunisasi DPT Combo 3 dan polio 4, namun karena bulan kemarin dia panas dan pilek, akhirnya imunisasi urung diberikan dan hari ini karena ia sehat maka imunisasi dapat dilakukan hari ini.

Pada pemeriksaan fisik bayi fina semua menunjukkan dalam keadaan normal dan tidak ada gangguan tumbuh kembang.

Petunjuk :

Buatlah asuhan kebidanan yang tepat pada Bayi Fina serta lakukan pendokumentasian kebidanan sesuai SOAP !

KASUS 4.5.6 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN IBU BERSALIN, BBL DAN NIFAS

Ibu desy adalah G1P0A0 berusia 22 tahun. Ia datang ke klinik bersalin bersama suaminya Tn. joni 24 tahun untuk mendapatkan asuhan dari bidan sukma di Rt 01/Rw 04, kelurahan karang tengah, kecamatan waru, Jakarta selatan pada tanggal 6 oktober 2014 pukul 13.00. Ia mengatakan kepada bidan penolong bahwa ia sudah merasakan adanya kontraksi sejak pukul 05.00 WIB. Ibu desy dan Tn.Joni bersuku jawa, bekerja sebagai wiraswasta, dan beragama islam serta berpendidikan SMA, mereka tinggal di Jln.Yasmin Timur Jakarta Selatan.

Ny.desy dan keluarga tidak pernah menderita penyakit menular dan tidak menular ataupun penyakit degeneratif serta tidak memiliki riwayat keturunan kembar. Tn.Joni adalah suami pertama Ny.desy, ia ketika menikah berumur 21 tahun.

Mens terahir tanggal 1 januari 2014. Ia mulai merasakan gerakan janinnya ketika umur kehamilan 4 bulan. Pada pemeriksaan ANC yang telah dilakukan selama ia hamil ia selalu periksa dibidan Sukma. Sampai umur kehamilan 3 bulan ia sudah periksa 2x dibidan sukma, saat itu ia mengeluh mual muntah. Sampai umur kehamilan < 28 minggu, ia sudah periksa 3x, saat itu ia tidak mengalami keluhan yang berarti dan ia diimunisasi TT1 saat usia kehamilannya 16 minggu, serta TT2 20 minggu. Saat usia kehamilannya >28 minggu sampai saat ini ia sudah periksa selama 3x, ia sering mengeluh pegal-pegal pada punggungnya. Sampai saat ini ibu sudah mengkonsumsi 90 tablet Fe dan 2 kapsul yodium dari bidan sukma.

Ny.Desy belum pernah melakukan perawatan mamae dan senam hamil, karena ia tidak tahu bagaimana cara melakukannya. Ny.desy belum pernah menggunakan KB dan setelah melahirkan berencana untuk menggunakan KB IUD.

Ketika dianamnesa oleh bidan, cara bicara Ny.desy yang menggunakan bahasa jawa terlihat lancar dan tidak gugup, dia juga sangat kooperatif. Hubungan dengan keluarga dan orang lain pun akrab.Ia juga patuh untuk beribadah sehingga ia tidak memiliki kepercayaan atau adat istiadat yang menyimpang dari agama. Penghasilan keluarganya cukup. Ia tinggal dirumah bersama suami. mereka adalah keluarga yang harmonis dan pembuat keputusan dirumah adalah suami. Ny.desy paham tentang tanda-tanda persalinan karena sudah pernah dijelaskan oleh bidan sukma.

Ny.desy makan-makanan bergizi seperti sayur, ikan, tahu, tempe dan daging. ia dan keluarga makan 3x sehari/piring penuh. Minumnya bervariasi setiap harinya, kadang teh, kopi dan susu serta air putih dengan jumlah sekitar 8 gelas/hari. Ia BAK 2 kali/hari dengan warna kuning jernih sekitar 50 cc. BAB 1 kali/hari, warna kekuningan, konsistensi lembek.

Ny.desy mandi 2 kali/hari serta cebok ketika BAB dan BAK dan gosok gigi setiap mandi serta setiap selesai mandi Ny.desy selalu ganti pakaian 2x/hari,. Ia istirahat malam 8 jam/hari dan siang 2 jam/hari. Dia tidak memiliki kebiasaan buruk apalagi merokok dll. sejauh ini kebutuhan biologis sebelum hamil dan saat hamil tidak ada yang berubah. Tapi sekarang Ny.Desy baru makan sepermpat piring nasi dengan lauk tempe dan sayur, minum 1 gelas air putih serta belum BAB dan sudah BAK 4x. Ny.Desy juga tidak bisa tidur karena perutnya sudah mulai kenceng-kenceng, dia hanya bisa jalan-jalan agar kepala janinnya cepat turun.

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : KU : ringan, Kesadaran composmenstis, TD 120/80 mmHg dengan posisi berbaring, Nadi 80x/menit teratur, suhu aksila 36,7 0C, respirasi 20 x/menit teratur normal. BB sekarang : 60 Kg, dahulu BB Ny.desy sekitar 47 Kg. dengan tinggi badan 150 cm. LILA 27,5 cm. Pada pemeriksaan head to toe semua dalam keadaan normal. TFU : 28 cm, saat palpasi diketahui bahwa posisi janin presentasi kepala dan punggung kanan serta kepala sudah masuk panggul. DJJ nya (+) 120x/menit. dan tidak ada bising usus.

Bidan sukma juga menemukan bahwa :

- a. Kehamilan cukup bulan, presentasi belakang kepala(verteks), dengan penurunan kepala janin 4/5, kontraksi uterus 3 kali dalam 10 menit, setiap kontraksi berlangsung 19 detik
- b. Pembukaan serviks 3 cm, tidak ada penyusupan dan selaput ketuban utuh.
- c. Ibu berkemih 200 ml sebelum pemeriksaan dalam, tidak ditemui protein dan aseton dalam urin.

Berdasarkan data yang dikumpulkan pada pukul 13.00 WIB, bidan sukma membuat diagnosis bahwa ibu desy adalah primi gravida, dalam fase laten persalinan dengan DJJ normal, pembukaan serviks 3 cm, 3 kontraksi dalam 10 menit, setiap kontraksinya berlangsung kurang dari 20 detik. Bidan sukma menentramkan hati ibu desy dan menganjurkannya untuk berjalan-jalan ditemani oleh suaminya dan banyak minum. Bidan sukma menuliskan tanggal dan waktu serta mencatat semua temuan dan asuhannya pada catatan kemajuan persalinan.

Bidan sukma meneruskan untuk memantau DJJ, kontraksi serta nadi dan kontraksi uterus ibu desy setiap jam. DJJ, nadi dan kontraksinya tetap normal. Bidan sukma mengukur produksi urin ibu desy setiap kali ia berkemih. Bidan sukma meneruskan pencatatan temuan-temuannya di catatan kemajuan persalinan. Bidan sukma terus memberikan dukungan persalinan dan menentramkan hati ibu desy.

Pemeriksaan kedua dilakukan pukul 17.00. ibu desy melaporkan bahwa kontraksinya terasa lebih kuat dan lebih nyeri. Bidan sukma melakukan pemeriksaan abdomen dan pemeriksaan dalam yang kedua. Ibu desy mengalami 4 kontraksi dalam 10 menit, masing-masing lamanya antara 20-40 detik, DJJ 130 kali/menit. Penurunan bagian terbawah janin 3/5, pembukaan serviks 5 cm, tidak ada penyusupan kepala janin dan selaput ketubannya masih utuh. Tekanan darah ibu desy 120/80 mmHg, nadinya 88, dan temperatur tubuhnya 37 0C. ia berkemih 100 ml sebelum pemeriksaan dilakukan.

Pada pukul 17.00 ibu desy berada dalam fase aktif persalinan dan bidan sukma mulai mencatat pada partograf. Ia mencatatkan pembukaan serviks pada garis waspada dan semua temuan lainnya di garis waktu yang sesuai. Bidan sukma mulai menilai DJJ, kondisi uterus dan nadi ibu desy setiap 30 menit dan menilai temperature tubuhnya setiap 2 jam. Semua temuan dicatat di lembar partograf.

- a. Pukul 17.30, DJJ 144/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 80/menit.
- b. Pukul 18.00, DJJ 144/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 88/menit.
- c. Pukul 18.30, DJJ 140/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 90/menit.
- d. Pukul 19.00, DJJ 134/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 97/menit, suhu 36,8 0C, urin 150 ml.
- e. Pukul 19.30, DJJ 128/menit, kontraksi 4 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 88/menit.
- f. Pukul 20.00, DJJ 128/menit, kontraksi 5 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 88/menit.
- g. Pukul 20.30, DJJ 128/menit, kontraksi 5 kali dalam 10 menit selama 45 detik, nadi 90/menit, urin 80 ml.

Pada pukul 21.00 WIB, bidan sukma melakukan periksa ulang abdomen dan panggul. Hasilnya : DJJ 135kali/menit, 5 kontraksi dalam 10 menit berlangsung masing-masing lebih dari 45 detik, penurunan kepala janin 1/5. Pembukaan serviks 10 cm, tidak ada penyusunan kepala janin, selaput ketuban pecah sesaat sebelum pemeriksaan jam 20.45, dan cairan ketubah jernih. Tekanan darah ibu 120/80 mmHg, temperatur tubuh 37 0C, dan nadinya 80 kali/menit.

Pada pukul 21.30, lahir bayi perempuan, berat badan 3200 gram dan panjang 48 cm, lingkar kepala 33 cm, lingkar kecil kepala 32 cm, lingkar sedang kepala 34 cm, dan lingkar

besar kepala 35 cm serta lingkaran dada 31 cm. Bayi menangis spontan dengan Apgar score 8 pada menit pertama, 9 pada menit ke-5 dan 10 pada menit ke-10. Bayi menetek 1 jam setelah lahir dan dilakukan injeksi vit K serta imunisasi HB0. Suhu 36,5 0C, nadi 100x/menit teratur, nafas 40x/menit teratur. Bayi sudah BAK 1x, dan belum BAB. Refleks memeluk dan menghisap sudah dilakukan bayi. Dari hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan bidan sukma, bayi dalam keadaan normal. Ny.Desy dan suami sangat senang dengan kelahiran bayinya.

Dilakukan penatalaksanaan aktif kala tiga dan placenta lahir 5 menit setelah bayi lahir. Tidak dilakukan episiotomy dan tidak terjadi lacerasi. Perkiraan kehilangan darah kurang lebih 150 ml.

Tidak ada penyulit terjadi pada 15 menit pertama kala empat(sampai pukul 21.45). bidan sukma menilai keadaan umum dan kondisi kesehatan bu desy setiap 15 menit selama jam pertama setelah lahirnya placenta. Temuan-temuannya adalah sebagai berikut.

- a. 21.50 : TD 120/70, nadi 80, temperature tubuh 37,2 0C, tinggi fundus 3 jari dibawah pusat, tonus uterus baik(keras), kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.
- b. 22.05 : TD 120/70, nadi 76, tinggi fundus 3 jari dibawah pusat, tonus uterus baik(keras), kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.
- c. 22.20 : TD 110/70, nadi 76, tinggi fundus 3 jari dibawah pusat, tonus uterus baik(keras), kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.
- d. 22.35 : TD 110/70, nadi 76, tinggi fundus 3 jari dibawah pusat, tonus uterus baik(keras), kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.

Selama jam kedua kala empat persalinan, bidan sukma menilai ibu desy setiap 30 menit. Temuannya adalah sebagai berikut :

- a. 23.05 : TD 110/70, nadi 80, temperature tubuh 37 0C, tinggi fundus 2 jari dibawah pusat, tonus uterus baik, ibu desy berkemih dan produksi urin 250 ml, pendarahan pervaginam dalam batas normal.
- b. 23.35 : TD 110/70, nadi 80, temperature tubuh 37,2 0C, tinggi fundus 2 jari dibawah pusat, tonus uterus baik, kandung kemih kosong, pendarahan pervaginam dalam batas normal.

Pukul 08.00 WIB, Ny.desy makan 1 piring nasi dengan lauk ikan dan sayur, minum 1 gelas susu, Ibu belum BAB dan sudah BAK 2x, semalam ibu hanya tidur 32 jam karena bayinya sering menangis.ibu sudah mandi, gosok gigi, keramas dan ganti baju. Hasil pemeriksaan sebelum ibu diijinkan pulang :

Keadaan umum sedang, kesadaran composmentis, TD 120/80 mmHg berbaring, nadi 80 x/menit teratur, RR 20x/menit teratur, suhu 36,5 0C aksila. BB sekarang 58 kg. Pemeriksaan head to toe dalam keadaan normal dengan TFU 3 jari dibawah pusat dan sedikit kontraksi. Lokhea warna merah, 50 cc, bau khas.

Petunjuk :

Buatlah asuhan kebidanan yang tepat pada Ny.desy serta lakukan pendokumentasian kebidanan sesuai SOAP !

KASUS 4 : IBU BERSALIN

KASUS 5 : BAYI BARU LAHIR

KASUS 6 : IBU POST PARTUM

KASUS 7 DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN IBU HAMIL

Ibu desy adalah G1P0A0 berusia 22 tahun. Ia datang ke klinik bersalin bersama suaminya Tn. joni 24 tahun untuk mendapatkan asuhan dari bidan sukma di Rt 01/Rw 04, kelurahan karang tengah, kecamatan waru, Jakarta selatan pada tanggal 6 oktober 2014 pukul 13.00. Ia mengatakan kepada bidan penolong bahwa ia sudah merasakan adanya kontraksi sejak pukul 05.00 WIB. Ibu desy dan Tn.Joni bersuku jawa, bekerja sebagai wiraswasta, dan beragama islam serta berpendidikan SMA, mereka tinggal di Jln.Yasmin Timur Jakarta Selatan.

Ny.desy dan keluarga tidak pernah menderita penyakit menular dan tidak menular ataupun penyakit degeneratif serta tidak memiliki riwayat keturunan kembar. Tn.Joni adalah suami pertama Ny.desy, ia ketika menikah berumur 21 tahun.

Mens terahir tanggal 1 januari 2014. Ia mulai merasakan gerakan janinnya ketika umur kehamilan 4 bulan. Pada pemeriksaan ANC yang telah dilakukan selama ia hamil ia selalu periksa dibidan Sukma. Sampai umur kehamilan 3 bulan ia sudah periksa 2x dibidan sukma, saat itu ia mengeluh mual muntah. Sampai umur kehamilan < 28 minggu, ia sudah periksa 3x, saat itu ia tidak mengalami keluhan yang berarti dan ia diimunisasi TT1 saat usia kehamilannya 16 minggu, serta TT2 20 minggu. Saat usia kehamilannya >28 minggu sampai saat ini ia sudah periksa selama 3x, ia sering mengeluh pegal-pegal pada punggungnya. Sampai saat ini ibu sudah mengkonsumsi 90 tablet Fe dan 2 kapsul yodium dari bidan sukma.

Ny.Desy belum pernah melakukan perawatan mamae dan senam hamil, karena ia tidak tahu bagaimana cara melakukannya. Ny.desy belum pernah menggunakan KB dan setelah melahirkan berencana untuk menggunakan KB IUD.

Ketika dianamnesa oleh bidan, cara bicara Ny.desy yang menggunakan bahasa jawa terlihat lancar dan tidak gugup, dia juga sangat kooperatif. Hubungan dengan keluarga dan orang lain pun akrab.Ia juga patuh untuk beribadah sehingga ia tidak memiliki kepercayaan atau adat istiadat yang menyimpang dari agama. Penghasilan keluarganya cukup. Ia tinggal dirumah bersama suami. mereka adalah keluarga yang harmonis dan pembuat keputusan dirumah adalah suami. Ny.desy paham tentang tanda bahaya kehamilan tapi belum paham tentang tanda-tanda persalinan.

Ny.desy makan-makanan bergizi seperti sayur, ikan, tahu, tempe dan daging. ia dan keluarga makan 3x sehari/piring penuh. Minumnya bervariasi setiap harinya, kadang teh, kopi dan susu serta air putih dengan jumlah sekitar 8 gelas/hari. Ia BAK 2 kali/hari dengan warna kuning jernih sekitar 50 cc. BAB 1 kali/hari, warna kekuningan, konsistensi lembek.

Ny.desy mandi 2 kali/hari serta cebok ketika BAB dan BAK dan gosok gigi setiap mandi serta setiap selesai mandi Ny.desy selalu ganti pakaian 2x/hari,. Ia istirahat malam 8 jam/hari dan siang 2 jam/hari. Dia tidak memiliki kebiasaan buruk apalagi merokok dll. sejauh ini kebutuhan biologis sebelum hamil dan saat hamil tidak ada yang berubah.

Hasil pemeriksaan menunjukkan bahwa : KU : ringan, Kesadaran composmenstis, TD 120/80 mmHg dengan posisi berbaring, Nadi 80x/menit teratur, suhu aksila 36,7 0C, respirasi 20 x/menit teratur normal. BB sekarang : 60 Kg, dahulu BB Ny.desy sekitar 47 Kg. dengan tinggi badan 150 cm. LILA 27,5 cm. Pada pemeriksaan head to toe semua dalam keadaan normal. TFU : 28 cm, saat palpasi diketahui bahwa posisi janin presentasi kepala dan punggung kanan serta kepala sudah masuk panggul. DJJ nya (+) 120x/menit. dan tidak ada bising usus. Saat dilakukan pemeriksaan dalam ternyata kontraksi yang terjadi pada Ibu Desy adalah kontraksi palsu dan belum terjadi pembukaan, sehingga ibu desy diijinkan untuk pulang terlebih dahulu dan dianjurkan sering-sering jalan-jalan serta dijelaskan tanda-tanda persalinan pada ibu desy karena ini kehamilan pertamanya.

Petunjuk :

Buatlah asuhan kebidanan yang tepat pada Ny.desy serta lakukan pendokumentasian kebidanan sesuai SOAP !

DAFTAR PUSTAKA

Handayani. S. R, M.Mid. 2017. Buku ajar dokumentasi kebidanan.

Widan & Hidayat (2011). Dokumentasi kebidanan. Jakarta: Salemba Medika.

Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). Dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Fitramaya.

Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). Buku ajar dokumentasi kebidanan. Yogyakarta: Nuha Medika.

Varney (1997). Varney's Midwifery, 3rd Edition, Jones and Barlet Publishers, Sudbury: England.

Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi Merupakan suatu proses pencatatan, penyimpanan informasi data atau fakta yang bermakna dalam pelaksanaan kegiatan. Secara umum dokumentasi dapat diartikan sebagai suatu catatan otentik atau semua surat asli yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum. Dokumentasi dalam kebidanan adalah suatu bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan catatan perawatan yang berguna untuk kepentingan Klien, bidan dan tim kesehatan dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan dasar komunikasi yang akurat dan lengkap secara tertulis dengan tanggung jawab bidan. Dokumentasi dalam asuhan kebidanan merupakan suatu pencatatan yang lengkap dan akurat terhadap keadaan/kejadian yang dilihat dalam pelaksanaan asuhan kebidanan (proses asuhan kebidanan)

Dokumentasi kebidanan juga diartikan sebagai bukti pencatatan dan pelaporan berdasarkan komunikasi tertulis yang akurat dan lengkap yang dimiliki oleh bidan dalam melakukan asuhan kebidanan dan berguna untuk kepentingan klien, tim kesehatan, serta kalangan bidan sendiri Dokumentasi kebidanan sangat penting bagi bidan dalam memberikan asuhan kebidanan.



AKBID WIJAYA HUSADA