

# **DOKUMENTASI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN DAN KEBIDANAN**

## **PENDAHULUAN**

---

Pelayanan keperawatan/kebidanan merupakan pelayanan profesional dari pelayanan kesehatan yang tersedia selama 24 jam secara berkelanjutan selama masa perawatan pasien. Dengan demikian, pelayanan keperawatan dan kebidanan memegang peranan penting dalam upaya menjaga dan meningkatkan kualitas pelayanan di rumah sakit dan puskesmas.

Dokumentasi keperawatan dan kebidanan tidak hanya merupakan dokumen sah tapi juga instrumen untuk melindungi para pasien, perawat dan bidan secara sah; oleh karena itu, perawat/bidan diharapkan dapat bekerja sesuai dengan standar profesional.

## **PENGERTIAN**

---

Tungpalan (1983) mengatakan bahwa “Dokumen adalah suatu catatan yang dapat dibuktikan atau dijadikan bukti dalam persoalan hukum“. Sedangkan pendokumentasian adalah pekerjaan mencatat atau merekam peristiwa dan objek maupun aktifitas pemberian jasa (pelayanan) yang dianggap berharga dan penting .

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

Dokumentasi asuhan keperawatan/kebidanan merupakan bagian integral dari asuhan keperawatan /kebidanan yang dilaksanakan sesuai standar. Dengan demikian pemahaman dan ketrampilan dalam menerapkan standar dengan baik merupakan suatu hal

yang mutlak bagi setiap tenaga keperawatan/kebidanan agar mampu membuat dokumentasi keperawatan/kebidanan secara baik dan benar

## **PENDOKUMENTASIAN**

---

Catatan pasien merupakan suatu dokumen yang legal, dari status sehat sakit pasien pada saat lampau, sekarang, dalam bentuk tulisan, yang menggambarkan asuhan keperawatan/ kebidanan yang diberikan. Umumnya catatan pasien berisi informasi yang mengidentifikasi masalah, diagnosa keperawatan dan medik, respons pasien terhadap asuhan kerawatan/kebidanan yang diberikan dan respons terhadap pengobatan serta berisi beberapa rencana untuk intervensi lebih lanjutan. Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu komunikasi antara sesama perawat/ bidan maupun disiplin ilmu lain dalam rencana pengobatan.

**Kategori informasi yang biasanya masuk dalam status (*chart*) pasien adalah :**

- Data demografik
- Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik
- Formulir persetujuan
- Diagnosa
- Pengobatan
- Catatan perkembangan /kemajuan
- Catatan secara berkesinambungan (*flow sheet*)
- Catatan perawat
- Keberadaan dokumentasi baik berbentuk catatan maupun laporan akan sangat membantu dalam berkomunikasi baik antara sesama perawat/bidan maupun lembaran tindakan (*treatment*)
- Catatan laboratorium
- Laporan rontgen ( X – ray )
- Ringkasan pasien pulang

## **TUJUAN DOKUMENTASI**

---

### **1. Sebagai Sarana Komunikasi**

Dokumentasi yang dikomunikasikan secara akurat dan lengkap dapat berguna untuk:

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

### **2. Sebagai Tanggung Jawab dan Tanggung Gugat**

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

### **3. Sebagai Informasi statistik**

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

### **4. Sebagai Sarana Pendidikan**

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

### **5. Sebagai Sumber Data Penelitian**

Informasi yang ditulis dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data penelitian. Hal ini erat kaitannya dengan yang dilakukan terhadap asuhan keperawatan/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 keperawatan/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 perawat/bidan maupun tenaga kesehatan lainnya. Audit jaminan kualitas membantu untuk menetapkan suatu akreditasi pelayanan keperawatan/kebidanan dalam mencapai standar yang telah ditetapkan.

### **7. Sebagai Sumber Data Perencanaan Asuhan Keperawatan /kebidanan Berkelanjutan**

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

# **PRINSIP-PRINSIP PENCATATAN / DOKUMENTASI**

---

Prinsip pencatatan ditinjau dari dua segi, yaitu dari segi isi maupun teknik pencatatan.

## **A. ISI PENCATATAN**

### 1. Mengandung Nilai Administratif

Misalnya rangkaian pendokumentasian kegiatan pelayanan keperawatan merupakan alat pembelaan yang sah manakala terjadi gugatan.

### 2. Mengandung Nilai Hukum

Misalnya catatan medis kesehatan keperawatan/kebidanan dapat dijadikan sebagai pegangan hukum bagi rumah sakit, petugas kesehatan, maupun pasien.

### 3. Mengandung Nilai Keuangan

Kegiatan pelayanan medis keperawatan/kebidanan akan menggambarkan tinggi rendahnya biaya perawatan yang merupakan sumber perencanaan keuangan rumah sakit.

### 4. Mengandung Nilai Riset

Pencatatan mengandung data, atau informasi, atau bahan yang dapat digunakan sebagai objek penelitian, karena dokumentasi merupakan informasi yang terjadi di masa lalu.

### 5. Mengandung Nilai Edukasi

Pencatatan medis keperawatan/kebidanan dapat digunakan sebagai referensi atau bahan pengajaran di bidang profesi si pemakai.

## **B. TEKNIK PENCATATAN**

### 1. Menulis nama pasien pada setiap halaman catatan perawat/bidan

### 2. Mudah dibaca, sebaiknya menggunakan tinta warna biru atau hitam

### 3. Akurat, menulis catatan selalu dimulai dengan menulis tanggal, waktu dan dapat dipercaya secara faktual

### 4. Ringkas, singkatan yang biasa digunakan dan dapat diterima, dapat dipakai.

Contoh : Kg untuk Kilogram

### 5. Pencatatan mencakup keadaan sekarang dan waktu lampau

### 6. Jika terjadi kesalahan pada saat pencatatan, coret satu kali kemudian tulis kata “salah” di atasnya serta paraf dengan jelas. Dilanjutkan dengan informasi yang benar “jangan dihapus”. Validitas pencatatan akan rusak jika ada penghapusan.

### 7. Tulis nama jelas pada setiap hal yang telah dilakukan dan bubuhi tanda tangan

### 8. Jika pencatatan bersambung pada halaman baru, tandatangani dan tulis kembali waktu dan tanggal pada bagian halaman tersebut.

## C. JENIS-JENIS PENCATATAN

Ada dua jenis pencatatan :

### 1. Catatan Pasen secara Tradisional

Catatan pasien secara tradisional merupakan catatan yang berorientasi pada sumber dimana setiap sumber mempunyai catatan sendiri. Sumber bisa didapat dari perawat, dokter, atau tim kesehatan lainnya. Catatan perawat terpisah dari catatan dokter dan catatan perkembangan. Biasanya catatan ditulis dalam bentuk naratif. Sistem dokumentasi yang berorientasi pada sumber yang ditulis secara terpisah-pisah sulit menghubungkan keadaan yang benar sesuai perkembangan pasien. Catatan tradisional umumnya mempunyai enam bagian, yaitu : catatan khusus, lembar catatan dokter, lembar riwayat medik, lembar identitas, catatan keperawatan, dan laporan khusus lainnya.

### 2. Catatan Berorientasi pada Masalah

Pencatatan yang berorientasi pada masalah berfokus pada masalah yang sedang dialami pasien. Sistem ini pertama kali diperkenalkan oleh dr. Lawrence Weed dari USA, dimana dikembangkan satu sistem pencatatan dan pelaporan dengan penekanan pada pasien tentang segala permasalahannya. Secara menyeluruh sistem ini dikenal dengan nama "*Problem Oriented Method*".

Problem Oriented Method (POR) merupakan suatu alat yang efektif untuk membantu tim kesehatan mengidentifikasi masalah-masalah pasien, merencanakan terapi, diagnosa, penyuluhan, serta mengevaluasi dan mengkaji perkembangan pasien. POR adalah suatu konsep, maka disarankan untuk membuat suatu format yang baku. Tiap pelayanan dapat menerapkan konsep ini dan menyesuaikan dengan kebutuhan dan kondisi setempat.

Komponen dasar POR terdiri dari empat bagian, yaitu :

- a. **Data Dasar**; identitas, keluhan utama, riwayat penyakit sekarang dan sebelumnya. Riwayat kesehatan keluarga, pemeriksaan fisik, laboratorium, dan lain-lain, data dasar diperlukan tergantung dari unit atau jenis asuhan yang akan diberikan, misalnya: data dasar unit kebidanan akan berbeda dengan unit bedah.
- b. **Daftar Masalah**; masalah pasien didapat dari hasil kajian. Pencatatan dasar masalah dapat berupa gejala-gejala, kumpulan gejala, atau hasil laboratorium yang abnormal, masalah psikologis, atau masalah sosial. Masalah yang ada mungkin banyak sehingga perlu diatur menurut prioritas masalah dengan memberi nomor, tanggal pencatatan, serta menyebutkan masalahnya. Daftar memberikan keuntungan bagi perawat sebagai perencana keperawatan.
- c. **Rencana**. Rencana disesuaikan dengan tiap masalah yang ada. Dengan demikian perawat dapat merencanakan sesuai kebutuhan pasien.
- d. **Catatan Perkembangan Pasien**. Adalah semua catatan yang berhubungan dengan keadaan pasien selama dalam perawatan. Pada umumnya catatan ini terdiri dari beberapa macam bentuk, antara lain :

- Catatan Berkesinambungan (*Flow Sheet*) Digunakan untuk mencatat hasil observasi perawatan secara umum, khususnya pada keadaan pasien yang sering berubah-ubah dengan cepat.
- Catatan secara Naratif (*Notes*)
- Catatan akan Pulang/Sembuh (*Discharge Notes*)  
Dokter maupun perawat membuat kesimpulan tentang keadaan pasien selama dirawat, baik mengenai permasalahan dan tindak lanjut yang dibutuhkan

## **CATATAN PERKEMBANGAN PASEN (SUSUNAN PENCATATAN)**

Ada beberapa bentuk format dokumentasi yang dapat digunakan perawat untuk mengidentifikasi dan mengatasi masalah pasien antara lain, :

### **1. SOAP**

Format SOAP umumnya digunakan untuk pengkajian awal pasien.

- S : *Subjective* → Pernyataan atau keluhan dari pasien  
 O : *Objective* → Data yang diobservasi oleh perawat atau keluarga.  
 A : *Analisis* → Kesimpulan dari objektif dan subjektif  
 P : *Planning* → Rencana tindakan yang akan dilakukan berdasarkan analisis

**Contoh SOAP :**

TGL.	WAKTU	MASALAH	S . O . A . P
30/6/01	Jam 14.00	Integritas kulit	S : pasien mengeluh rasa nyeri sekitar luka ketika dipalpasi
			O : pada balutan luka terlihat warna jambu dan tidak berbau
			A : luka memperlihatkan tanda awal dari penyembuhan
			P : teruskan perawatan luka.

Tanda tangan : Zr Aminah

### **2. SOAPIER**

Format SOAPIER lebih tepat digunakan apabila rencana pasien ada yang akan dirubah dan proses evaluasi mulai dilakukan.

- S : *Subjective* → Pernyataan atau keluhan pasien  
 O : *Objective* → Data yang diobservasi  
 A : *Analisis* → Kesimpulan berdasarkan data objektif dan subjektif  
 P : *Planning* → Apa yang dilakukan terhadap masalah

- I : *Implementation* → Bagaimana dilakukan
- E : *Evaluation* → Respons pasien terhadap tindakan keperawatan
- R : *Revised* → Apakah rencana keperawatan akan dirubah

**CONTOH S O A P I E R**

TGL.	WAKTU	MASALAH	S . O . A . P . I . E . R
30/6/01	17.00	Luka Infeksi	S : Pasien mengeluh nyeri sekitar luka ketika dipalpsi
			O : Pada balutan luka terlihat ada nanah dan berbau
			A : Terjadi infeksi pada luka
			P : Teruskan perawatan luka
			I : Basahi luka dengan NaCl 0,9% sesuai instruksi
			E : Luka masih bernanah
R : Ganti balutan menjadi 2 kali/hari			

**3. D . A . R.**

Format dokumentasi D. A. R membantu perawat untuk mengatur pemikirannya dan memberikan struktur yang dapat meningkatkan pemecahan masalah yang kreatif. Komunikasi yang terstruktur akan mempermudah konsistensi penyelesaian masalah di antara tim kesehatan.

- D : Data. Data objektif dan subjektif yang mendukung masalah
- A : Action. Tindakan yang segera harus dilakukan untuk mengatasi masalah
- R : Respons. Respons pasien terhadap tindakan perawat sekaligus melihat tindakan yang telah dilakukan berhasil/tidak

**CONTOH D . A . R**

TGL.	WAKTU	MASALAH	D . A . R
------	-------	---------	-----------

3/2/99	21.00	Nyeri/Pain	<p>D : Pasien menangis ketika mau b.a k. karena merasa panas dan nyeri</p> <p>A : Diberikan Pyridium 200 mg sesuai instruksi dokter</p> <p>R : Pasien masih kesakitan</p>
	23.00	Potensial Infeksi	<p>D : Penting, pasien, malam hari, b.a.k (6 kali, warna kuning butek</p> <p>A : Urin kultur, awasi tanda vital, banyak minum, bed rest</p>
		Peningkatan Suhu	<p>D : Suhu 39,5 °C</p> <p>A : Oral antipiretik sesuai instruksi</p> <p>R : Tidak ada rasa sakit, b a k (1 kali), suhu 39,3 °C</p>

Tanda tangan -----Zr. Ana.

## **PENUGASAN**

Kasus :

Tuan A, laki-laki, 24 tahun, belum bekerja, datang berobat ke puskesmas Grabag diantar oleh keluarganya dengan kondisi fisik lemah dan kurus, bibir kering dan apatis. Menurut keluarga pasien sudah terbaring di tempat tidur selama 8 hari dengan suhu badan naik turun, malam panas dan pagi agak panas, nafsu makan menurun, makan hanya 3-4 sendok, rasa mual-mual (+), constipasi selama 3 hari.

Tugas :

1. Buatlah pencatatan/dokumentasi asuhan keperawatan pasien diatas dengan menggunakan SOAP, SOAPIER dan DAR
2. Menurut pendapat anda, dari ketiga metoda pencatatan diatas, pilih mana yang lebih mudah dan efektif untuk diterapkan ditempat saudara bekerja.

## **KESIMPULAN**

Keperawatan dan Kebidanan di Indonesia sebagai suatu profesi yang sedang dalam proses memperjuangkan penerimaan profesi yang mandiri oleh masyarakat membutuhkan upaya aktualisasi diri dalam memberikan pelayanan profesional. Semua ini dapat dicapai apabila perawat/bidan mampu menunjukkan kemampuannya baik dalam bidang pengetahuan, sikap, dan ketrampilan yang didasari oleh ilmu yang jelas, serta mendokumentasikan semua hasil kerja yang telah dilaksanakan secara baik dan benar. Akhirnya dokumentasi



dapat meningkatkan kesinambungan perawatan pasien, dan menguatkan akontabilitas, dan tanggungjawab perawat/bidan dalam mengimplemen-tasikan, dan mengevaluasi pelayanan yang diberikan serta membantu institusi untuk memenuhi syarat akreditasi dan hukum.

## **EVALUASI**

---

1. Sebutkan pengertian “dokumentasi”
2. Sebutkan tujuan dokumentasi.
3. Sebutkan prinsip-prinsip dalam pencatatan/dokumentasi
4. Sebutkan satu atau dua pencatatan yang dilakukan di tempat tugas anda masing-masing.
5. Sebutkan manfaat dari sistem pencatatan dengan menggunakan metode SOAP dan DAR.

## **DAFTAR PUSTAKA**

---

**Doenges, E & Burley. T.J.** (1995) *Aplication of Nursing Process and Nrusing Diagnosis.*  
*Pennsylvania USA.*

**Egglan, E., Th,** (1994) *Nursing Documentation; Charting, Recording, Reporting,*  
J.B. Lippincot Company.

## CATATAN KEBIDANAN :

Nama :  
Usia :  
Alamat :  
Job :  
No. Telephone :

Suami :  
Pekerjaan :  
No. Telephone :

Dokter :  
No. Telephone :

## CATATAN ANTENATAL :

Gravida Paritas

HPHT  
Siklus Haid

Lama Haid Jumlah Darah

Pernah Pendarahan ?

Taksiran Partus

Blood class Rh

Rubella  
Berat Badan  
Berat Badan Sewaktu Dating

Berat Badan Sebelum Hamil

Perawatan Gigi

Merokok/Tidak Berapa banyak

Alkohol

Diet

Exercise

## RIWAYAT KEHAMILAN YANG LALU

---

Tempat Lahir	Umur Kehamilan	Kelahiran	Jenis Kelamin	Berat Badan	Keterangan
--------------	----------------	-----------	---------------	-------------	------------


**HASIL PEMERIKSAAN DARAH**

---

Hb                      Antibodi                      AFP                      TPHA                      Lain-lain

**RIWAYAT PENYAKIT**

---

Patient    Pasangan

- Hypertensi                      :
- Thromboembolism                      :
- Jantung                      :
- Ginjal                      :
- Cystitis                      :
- Herpes genetal                      :
- Thrush                      :
- PMS                      :
- Diabetes                      :
- Gangguan Pernafasan                      :
- TBC                      :
- Epilepsi                      :
- Migraine                      :
- Kelainan Jiwa                      :
- Hepatitis                      :
- Rubella                      :
- Thypoid                      :
- Allergi                      :

Ya/Tidak                      Tanggal                      Tempat

- Operasi                      :
- Transfusi Darah                      :
- Masalah Medis Lain                      :
- Masalah Kehamilan saat ini                      :
- Breastfeeding                      :

Pemeriksaan Nipples :

**Kehamilan Sekarang** :

Tanggal Kehamilan, Fundus pre/pos, Bjj, Tekanan darah, Taksiran Partus Urine


Komentar:

**LAPORAN PERSALINAN**

---

Tanggal/Waktu dipanggil \_\_\_\_\_ Waktu Datang \_\_\_\_\_

Riwayat \_\_\_\_\_

Suhu \_\_\_\_\_ Pols/Nadi \_\_\_\_\_ Tekanan Darah \_\_\_\_\_

Pemeriksaan Awal \_\_\_\_\_

Perut \_\_\_\_\_

Vagina \_\_\_\_\_

Rencana Kegiatan \_\_\_\_\_

Kemajuan Persalinan \_\_\_\_\_

**RINGKASAN LAPORAN KEHAMILAN**

---

Type Persalinan :

Presentasi pada waktu persalinan :

Selaput ketuban pecah spontan/dipecahkan :

Awal

Akhir

Jumlah

Kala I :  
Kala II :  
Kala III :  
Kala IV :

Jumlah :  
Tanggal/Waktu :

Obat yang diberikan :

**Plasenta dan Selaput :**

Lengkap / Tidak Lengkap/ ragu-ragu :  
Jumlah pembuluh darah pada tali pusat :  
Pengambilan darah dari tali pusat :

Jumlah total perdarahan :

**Perineum :**

Utuh/robek / episiotomi :  
Jahitan /tidak :

**Observasi sesudah persalinan :**

Suhu :  
Nadi :  
Tekanan darah :  
Fundus uteri :  
Lochia :  
Pengeluaran urine :  
Bayi :

**Tanggal dan waktu lahir :**

Jenis kelamin :  
Berat badan :  
Lingkar kepala :  
Resusitasi :  
Apgar :

Aspek yang dinilai	0	1	2	1 min	5 min
Detik jantung	Tidak ada	< 100	<100		
Pernapasan	Tidak ada	Pelan/lemah	menangis		

Kekuatan otot	Lemah	sedang	kuat		
Reflek	Tidak ada	sedang	kuat		
Warna kulit	Pucat	Biru/pink	Pink		
Total					

**Catatan Abnormalitas :**

**Observasi setelah lahir**

Suhu                      warna kulit

BAB                      Bak

ASI                      Formula

**Catatan Kelahiran :**

[http://www.kmpk.ugm.ac.id/data/SPMKK/8-DOKUMENTASI%20DAN%20SIK\(revJan'03\).doc](http://www.kmpk.ugm.ac.id/data/SPMKK/8-DOKUMENTASI%20DAN%20SIK(revJan'03).doc)