



Matilda Bupu Ria, S.ST., M.Kes., M.K.M.
Roslin E. M. Sormin, SST., M.Kes.
Clara Yunita Ina Ola, S.Tr.Keb., M.H.Kes.

Dokumentasi Kebidanan

Teori dan Aplikasi

(Dilengkapi Contoh Cara Pengisian ASKEB SOAP)



DOKUMENTASI KEBIDANAN

TEORI DAN APLIKASI

An orange circle with a white border and a subtle drop shadow, containing text.

Dilengkapi
Contoh Cara
Pengisian
ASKEB SOAP

DOKUMENTASI KEBIDANAN

TEORI DAN APLIKASI (Dilengkapi Contoh Cara Pengisian ASKEB SOAP)

Matilda Bupu Ria, S.ST., M.Kes., M.K.M

Roslin E. M. Sormin, SST., M.Kes

Clara Yunita Ina Ola, S.Tr.Keb., M.H.Kes



DOKUMENTASI KEBIDANAN
TEORI DAN APLIKASI (Dilengkapi Contoh Cara
Pengisian ASKEB SOAP)

© Penerbit Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia (PRCI)

Penulis:

Matilda Bupu Ria, S.ST., M.Kes., M.K.M
Roslin E. M. Sormin, SST., M.Kes
Clara Yunita Ina Ola, S.Tr.Keb., M.H.Kes

Editor:

Oktavianus Woghe, S.Pd., M.Pd.

Cetakan Pertama : Mei 2021

Cover:

Dani Kusuma

Tata Letak : Tim Kreatif PRCI

Hak Cipta 2021, pada Penulis. Diterbitkan pertama kali oleh:

Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
ANGGOTA IKAPI JAWA BARAT

Pondok Karisma Residence Jalan Raflesia VI D.151
Panglayungan, Cipedes Tasikmalaya – 081241420728

Website : www.rcipress.rcipublisher.org

E-mail : rumahcemerlangindonesia@gmail.com

Copyright © 2021 by Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia
All Right Reserved

- Cet. I – : Perkumpulan Rumah Cemerlang Indonesia, 2021

X+181; 14,8 x 21

ISBN : 978-623-6535-66-0

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak buku ini dalam bentuk dan dengan
cara apapun tanpa izin tertulis dari penulis dan penerbit

Isi diluar tanggung jawab Penerbit

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang

Hak Cipta Pasal 72

Undang-undang No.19 Tahun 2002 Tentang Hak Cipta
Pasal 72

1. Barang siapa dengan sengaja melanggar dan tanpa hak melakukan perbuatan sebagaimana dimaksud dalam pasal ayat (1) atau pasal 49 ayat (1) dan ayat (2) dipidana dengan pidana penjara masing-masing paling sedikit 1 (satu) bulan dan/atau denda paling sedikit Rp.1.000.000,00 (satu juta rupiah), atau pidana penjara paling lama 7 (tujuh) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.5.000.000.000,00 (lima miliar rupiah).
2. Barang siapa dengan sengaja menyiarkan, memamerkan, mengedarkan, atau menjual kepada umum suatu ciptaan atau barang hasil pelanggaran hak cipta terkait sebagai dimaksud pada ayat (1) dipidana dengan pidana penjara paling lama 5 (lima) tahun dan/atau denda paling banyak Rp.500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur penulis ucapkan Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa, karena atas rahmat dan berkat-Nya sehingga penulis dapat menerbitkan ***Buku Dokumentasi Kebidanan : Teori dan Aplikasi***. Penyusunan buku Dokumentasi Kebidanan ini ditujukan sebagai suatu bentuk upaya dalam rangka penyediaan sarana referensi bagi para pembaca pada umumnya tentang pendokumentasian kebidanan. Pada buku ini, penulis berusaha menyajikan beberapa contoh tentang tata cara pengisian dokumen asuhan kebidanan yang diharapkan agar buku ini dapat banyak membantu terutama bagi mahasiswa prodi kebidanan khususnya.

Dalam kesempatan ini, ijin penulis mengucapkan beribu terima kasih kepada para pihak yang telah banyak membantu proses pembuatan buku ini sehingga bisa tersusun dengan baik. Namun tentu, “tak ada gading yang tak retak” begitupun dengan buku ini pun juga tak akan pernah luput dari kekurangan, oleh karenanya penulis juga mengucapkan permohonan maaf atas segala kekurangan yang ada didalamnya.

Akhir kata penulis hanya berharap semoga buku **Dokumentasi Kebidanan: Teori dan Aplikasi** ini dapat bermanfaat bagi para pembaca pada umumnya, dan bagi mahasiswa prodi kebidanan pada khususnya. Semoga Tuhan memberkati kita dengan ilmu yang bermanfaat.

Kupang, 28 Mei 2021

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	iii
BAB I KONSEP DOKUMENTASI KEBIDANAN.....	1
A. Pengertian Dokumentasi Kebidanan	2
B. Tujuan Dokumentasi Kebidanan	3
1. Sebagai media informasi	3
2. Sebagai media komunikasi	3
3. Sebagai media tanggung jawab dan tanggung gugat	4
4. Sebagai jaminan kualitas pelayanan	4
5. Sebagai sumber data dalam melakukan rencana asuhan kebidanan yang berkelanjutan	4
6. Sebagai sumber data dalam melakukan penelitian kesehatan	5
7. Sebagai sarana pendidikan	5
C. Fungsi Dokumentasi Kebidanan	5
1. Bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat profesi bidan	5
2. Perlindungan hukum	6
3. Efisiensi kegiatan dan pembiayaan pelayanan/asuhan kebidanan	6
4. Kepatuhan terhadap standar pelayanan kebidanan	7
D. Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan	7
E. Manfaat Dokumentasi Kebidanan	8
F. Prinsip Dokumentasi Kebidanan	9
G. RINGKASAN	11
H. SOAL EVALUASI	11

BAB II TEKNIK PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN 13

A. Teknik Pendokumentasian Naratif	14
1. Pengertian	14
2. Kelebihan	14
3. Kekurangan	15
4. Hal yang perlu mendapat perhatian	15
5. Contoh	16
B. Teknik Pendokumentasian <i>Flow Sheet</i> atau <i>Checklist</i>	16
1. Pengertian	16
2. Kelebihan	17
3. Kekurangan	18
4. Hal yang perlu mendapat perhatian	18
5. Contoh	18
C. Teknik Pendokumentasian Kardeks	19
1. Pengertian	19
2. Kelebihan	20
3. Kekurangan	20
4. Hal yang harus menjadi perhatian	20
5. Contoh	20
D. Teknik Pendokumentasian Sistem Komputer	21
1. Pengertian	21
2. Kelebihan	21
3. Kekurangan	21
4. Hal yang harus mendapat perhatian	22
5. Contoh	22
E. RINGKASAN	22
F. SOAL EVALUASI	23

BAB III MODEL PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN 25

A. Model Pendokumentasian POR (<i>Problem Oriented Record</i>)	26
1. Pengertian POR	26
2. Komponen POR	26
3. Kegunaan dan Kelebihan POR	28
4. Kekurangan POR	28
5. Contoh POR	28

B.	Model Pendokumentasian SOR (<i>Source Oriented Record</i>)	29
1.	Pengertian SOR	29
2.	Komponen SOR	30
3.	Kegunaan dan Kelebihan SOR	31
4.	Kekurangan SOR	31
5.	Contoh SOR	31
C.	Model Pendokumentasian CBE (<i>Charting by Exception</i>)	33
1.	Pengertian CBE	33
2.	Komponen dalam CBE	34
3.	Kegunaan dan Kelebihan CBE	35
4.	Kekurangan CBE	35
5.	Contoh CBE	36
D.	RINGKASAN	36
E.	SOAL EVALUASI	37
BAB IV TEKNIK METODE PENDOKUMENTASIAN		39
BAB V SISTEM DOKUMENTASI PELAYANAN		47
A.	Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik	48
1.	Administrasi	49
2.	Legal	49
3.	Financial	49
4.	Riset	49
5.	Edukasi	49
6.	Dokumentasi	49
B.	Sistem Pengumpulan Data Di Rumah Sakit	49
1.	Sentralisasi	50
2.	Desentralisasi	50
C.	Sistem Pengumpulan Data Di Puskesmas dan Bidan Praktik Mandiri	50
D.	Proses Pengolahan Rekam Medik	51
1.	Pencatatan	51
2.	Pengolahan	52
3.	Penyimpanan	52
E.	Sistem Dokumentasi Pelayanan Pada Rawat Jalan dan Rawat Inap	52

Dokumentasi Kebidanan (Teori dan Aplikasi)

1. Sistem Dokumentasi Pelayanan Pada Rawat Jalan	52
2. Sistem Dokumentasi Pelayanan Pada Rawat Inap	54
F. RINGKASAN	54
G. LATIHAN SOAL	55
BAB VI RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN	57
A. Format ASKEB SOAP Pada Ibu Hamil	58
1. DATA SUBYEKTIF	58
2. DATA OBYEKTIF	64
3. ANALISA DATA	67
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	67
B. Format ASKEB SOAP Pada Ibu Bersalin	69
1. DATA SUBYEKTIF	69
2. DATA OBYEKTIF	78
3. ANALISA DATA	81
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	82
C. Format ASKEB SOAP Pada Ibu Nifas	83
1. DATA SUBYEKTIF	83
2. DATA OBYEKTIF	86
3. ANALISA DATA	88
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	89
D. Format ASKEB SOAP Pada Bayi Baru Lahir (BBL)	90
1. DATA SUBYEKTIF	90
2. DATA OBYEKTIF:	91
3. ANALISA DATA	93
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	93
E. Format ASKEB SOAP Tumbuh Kembang Anak	95
1. DATA SUBYEKTIF	96

2. DATA OBJEKTIF	98
3. ANALISA DATA	100
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	100
F. Format ASKEB SOAP Kesehatan Reproduksi	101
1. DATA SUBYEKTIF	102
2. DATA OBYEKTIF	95
3. ANALISA DATA	97
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	97
G. Format ASKEB SOAP Keluarga Berencana	99
1. DATA SUBYEKTIF	100
2. DATA OBYEKTIF	103
3. ANALISA DATA	105
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	105
BAB VII APLIKASI PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN	
DENGAN SOAP	107
107	
A. Pengertian ASKEB SOAP	108
B. Tujuan ASKEB SOAP	108
C. Manfaat ASKEB SOAP	108
D. Langkah-Langkah ASKEB SOAP	108
E. Cara Pendokumentasian Manajemen Kebidanan dengan Pendekatan Catatan SOAP Sesuai dengan Kasus	109
BAB VIII PRAKTIK PENGISIAN PENDOKUMENTASIAN	
ASUHAN KEBIDANAN	111
A. Praktik Pengisian ASKEB SOAP Pada Ibu Hamil	112
1. DATA SUBYEKTIF	112
2. DATA OBYEKTIF	118
3. ANALISA DATA	121
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	121

B.	Praktik Pengisian ASKEB SOAP Pada Ibu Bersalin	123
	1. DATA SUBYEKTIF	123
	2. DATA OBYEKTIF	130
	3. ANALISA DATA	133
	4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	133
	5. CATATAN PERKEMBANGAN / EVALUASI	134
C.	Praktik Pengisian ASKEB SOAP Pada Ibu Nifas	136
	1. DATA SUBYEKTIF	136
	2. DATA OBYEKTIF	139
	3. ANALISA DATA	141
	4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	142
D.	Praktik Pengisian ASKEB SOAP Pada Bayi Baru Lahir (BBL)	144
	1. DATA SUBYEKTIF	144
	2. DATA OBYEKTIF:	145
	3. ANALISA DATA	148
	4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	148
E.	Praktik Pengisian ASKEB SOAP Tumbuh Kembang Anak	151
	1. DATA SUBJEKTIF	152
	2. DATA OBJEKTIF	154
	3. ANALISA DATA	156
	4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	156
F.	Praktik Pengisian ASKEB SOAP Kesehatan Reproduksi	159
	1. DATA SUBYEKTIF	160
	2. DATA OBYEKTIF	164
	3. ANALISA DATA	166
	4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	166

G. Praktik Pengisian ASKEB SOAP Keluarga Berencana	168
1. DATA SUBYEKTIF	169
2. DATA OBYEKTIF	172
3. ANALISA DATA	174
4. PENATALAKSANAAN (Perencanaan, Pelaksanaan dan Evaluasi)	174
DAFTAR PUSTAKA.....	177
BIOGRAFI PENULIS.....	179

BAB I

KONSEP DOKUMENTASI KEPIDANAN

Bab ini membahas tentang konsep pendokumentasian kebidanan secara umum meliputi : pengertian, tujuan, fungsi, aspek legal, manfaat, dan prinsip dokumentasi kebidanan.

Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami pengertian dokumentasi dan dokumentasi kebidanan
2. Memahami tujuan dokumentasi kebidanan
3. Memahami fungsi dokumentasi kebidanan
4. Memahami aspek legal dokumentasi kebidanan
5. Memahami manfaat dokumentasi kebidanan
6. Memahami prinsip dokumentasi kebidanan

A. Pengertian Dokumentasi Kebidanan

Dokumentasi berasal dari kata "*document*" yaitu kata dalam Bahasa Inggris yang artinya adalah satu atau lebih lembaran kertas resmi yang berisikan tulisan di atasnya. Istilah dokumentasi secara umum juga didefinisikan dalam KBBI (Kamus Besar Bahasa Indonesia) yang artinya adalah surat tertulis, gambar dalam film, rekaman suara, dan lain sebagainya yang bisa dijadikan alat bukti keterangan. Selain mendefinisikan kata dokumentasi secara umum, KBBI juga mengartikan dokumentasi secara medis, dimana dokumentasi medis adalah suatu arsip data yang berisi perkembangan keadaan kesehatan pasien.

Ada banyak sekali pengertian dokumentasi. Akan tetapi secara umum dokumentasi diartikan sebagai catatan otentik atau suatu dokumen asli yang dapat dijadikan sebagai alat bukti dalam persoalan yang berkaitan dengan hukum. Selain itu, dokumentasi juga diartikan suatu kumpulan warkat yang disimpan dengan sistem sehingga dapat dengan mudah ditemukan kembali apabila hendak digunakan. Pengertian dokumentasi yang lain adalah kumpulan catatan yang berisikan tentang suatu informasi yang disimpan dalam suatu sistem yang terintegrasi.

Dokumentasi dalam pelayanan kebidanan adalah salah satu bagian dari kegiatan bidan lakukan setelah ia memberikan pelayanan asuhan kebidanan. Kegiatan dokumentasi dalam pelayanan kebidanan sangat penting dilakukan oleh bidan setiap kali melakukan asuhan kebidanan sebab kegiatan tersebut bisa digunakan oleh bidan sebagai acuan dalam tanggung jawab dan tanggung gugat mengenai segala permasalahan yang mungkin dapat timbul dari klien/pasien atas pelayanan kebidanan yang diberikan kepadanya.

Bidan melakukan kegiatan pendokumentasian yang meliputi pencatatan dan pelaporan juga sangat penting untuk dilakukan sebagai alat pengumpul, penyimpanan, dan

penyampai informasi yang berkaitan dengan status kesehatan klien/pasien dalam kegiatan asuhan kebidanan yang telah dilakukan oleh bidan.

Dari uraian di atas dapat disimpulkan bahwa pengertian dokumentasi dalam suatu kegiatan mencatat, menyimpan, dan memproses komunikasi terhadap informasi tertentu. Jika hal ini berkaitan dengan dokumentasi kebidanan, maka catatan dokumen tersebut berisi tentang informasi yang berkaitan dengan seluruh kegiatan asuhan kebidanan yang diberikan kepada klien/pasien yang berfungsi untuk mempertahankan fakta dan informasi kesehatan dalam suatu waktu.

B. Tujuan Dokumentasi Kebidanan

Adapun tujuan dari kegiatan dokumentasi kebidanan diantaranya adalah sebagai berikut:

1. Sebagai media informasi

Dokumentasi kebidanan bertujuan sebagai sarana informasi tentang status dan perkembangan kesehatan pasien. Selain itu dalam dokumentasi kebidanan juga biasanya terdapat data statistik yang dapat membantu bidan dalam melakukan perencanaan kebutuhan suatu institusi pada di masa mendatang. Sebagai contoh: institusi melakukan rencana pengembangan mulai dari sumber daya manusia, sarana dan prasarana, hingga rencana kebutuhan teknis dalam institusi tersebut.

2. Sebagai media komunikasi

Tujuan dokumentasi kebidanan yang kedua adalah sebagai sarana atau media komunikasi antara bidan dengan bidan atau bidan dengan tenaga kesehatan lainnya. Data pasien dan status kesehatan serta terapi pengobatan pasien yang tertulis dalam lembar dokumentasi tersebut menjadi sebuah informasi yang penting bagi tim kesehatan yang bertugas. Sehingga dengan adanya dokumentasi sebagai media komunikasi berfungsi untuk mencegah terjadinya tumpang tindih informasi, mencegah terjadinya

pengulangan terapi/asuhan, serta berfungsi pula untuk mengetahui keefektifan asuhan kebidanan/terapi pengobatan yang diberikan kepada pasien.

Pendokumentasian yang dicatat secara jelas dan rinci dapat membuat “komunikasi” antara anggota tim kesehatan yang bertugas menjadi efektif dan lancar sehingga hal ini dapat membantu pasien untuk mendapatkan asuhan kebidanan/terapi yang tepat, efektif dan efisien.

3. Sebagai media tanggung jawab dan tanggung gugat

Ketika bidan melakukan pelayanan kesehatan, sangat dianjurkan bagi bidan untuk melakukan kegiatan pendokumentasian dalam setiap tindakan yang telah ia berikan kepada klien/pasien. Hal tersebut sangatlah penting dilakukan untuk mengantisipasi jika bidan tersebut dituntut secara hukum atas ketidakpuasan pelayanan yang diberikan kepada pasien. Dokumentasi asuhan kebidanan yang telah dibuat oleh bidan tersebut akan berguna sebagai suatu alat bukti yang sah dimata hukum untuk melindungi bidan (dan tenaga kesehatan yang lainnya) ketika menjawab tuntutan atas ketidakpuasan klien/pasien.

4. Sebagai jaminan kualitas pelayanan

Baik atau buruknya kualitas pelayanan kesehatan suatu instansi kesehatan, salah satu standarnya dapat dilihat dari sistem pendokumentasian yang digunakan oleh instansi tersebut. Semakin baik sistem pendokumentasiannya, maka semakin baik pula kualitas pelayanan kesehatan dari instansi tersebut. Itulah yang dimaksud dengan bagaimana pendokumentasian menjadi jaminan suatu instansi terhadap kualitas pelayanan kesehatannya.

5. Sebagai sumber data dalam melakukan rencana asuhan kebidanan yang berkelanjutan

Pendokumentasian yang dilakukan pada setiap pasien/klien dapat dipergunakan oleh bidan secara berkesinambungan sebagai sumber data dan informasi

mengenai pasien dalam rangka merencanakan asuhan kebidanan yang berkelanjutan pada pasien yang bersangkutan.

6. Sebagai sumber data dalam melakukan penelitian kesehatan

Data dan informasi yang tertulis dalam lembar dokumentasi kebidanan dapat digunakan menjadi sumber data dalam melakukan penelitian kesehatan. Hasil penelitian yang didapatkan dari informasi yang ada dalam dokumentasi kebidanan diharapkan akan dapat mengembangkan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam bidang kesehatan.

7. Sebagai sarana pendidikan

Kegiatan pendokumentasian kebidanan tidak hanya dilakukan oleh bidan yang telah bekerja di instansi pelayanan kesehatan, namun juga dilakukan oleh mahasiswa kebidanan. Tujuan mahasiswa kebidanan melakukan dokumentasi kebidanan adalah membantu mahasiswa dalam mendapatkan pengetahuan tentang kebidanan serta mahasiswa mampu menerapkan dan mengembangkan pengetahuan yang didapatkannya pada saat melakukan kegiatan praktik kebidanan di institusi pelayanan kesehatan.

C. Fungsi Dokumentasi Kebidanan

Fungsi dari kegiatan dokumentasi kebidanan yang dilakukan setiap selesai melakukan pelayanan/asuhan kebidanan adalah sebagai berikut:

1. Bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat profesi bidan

Kegiatan dokumentasi yang dilakukan bidan dapat membantu kesinambungan dan kelancaran dalam pemberian asuhan kebidanan. Selain itu, pendokumentasian dapat pula membantu dalam melakukan koordinasi dengan tim kesehatan lain pada saat memberikan asuhan kepada pasien dan juga membantu

dalam hal melakukan evaluasi status kesehatan pasien selama perawatan. Sehingga dapat disimpulkan bahwa kegiatan dokumentasi asuhan kebidanan adalah salah satu bagian dari kegiatan bidan setelah selesai melakukan pelayanan/asuhan pada pasien, hal inilah yang dimaksud dengan bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat seorang bidan terhadap profesinya.

2. Perlindungan hukum

Salah satu fungsi dibuatnya dokumentasi kebidanan yaitu sebagai bentuk perlindungan hukum bagi bidan apabila terjadi suatu tuntutan dari pasien terhadap layanan yang diberikan. Dokumentasi kebidanan (termasuk *informed choice* dan *informed consent* merupakan alat bukti yang terbaik yang dapat digunakan di meja pengadilan.

Oleh karena itu, seorang bidan dianjurkan untuk membuat dokumentasi kebidanan dengan benar, akurat, dan lengkap sesuai dengan pelayanan kebidanan yang dilakukannya kepada pasien. Dokumentasi kebidanan tersebut dapat menjadi bukti fisik sehingga bisa menjadi senjata bidan dalam melindungi dirinya dari tuntutan hukum karena dugaan malapraktik yang dilaporkan oleh keluarga pasien dan pasien maupun oleh pihak lain.

3. Efisiensi kegiatan dan pembiayaan pelayanan/asuhan kebidanan

Efisiensi kegiatan maupun pembiayaan dalam pelayanan kebidanan dapat dilakukan dengan cara melakukan pendokumentasian, maksudnya adalah kegiatan pendokumentasian dapat berfungsi untuk membantu bidan dalam memberikan pelayanan kepada pasien dengan efisien dan efektif, serta mempermudah bidan ketika melakukan koordinasi dengan teman sejawat. Selain itu, dokumentasi kebidanan juga berfungsi untuk efisiensi pembiayaan, maksudnya adalah kegiatan pendokumentasian dapat berfungsi untuk membantu bidan (dan tim administrasi atau yang lainnya) untuk

menentukan berapa besar biaya yang harus dikeluarkan oleh pasien berdasarkan pelayanan yang telah didapatkannya selama perawatan.

4. Kepatuhan terhadap standar pelayanan kebidanan

Kegiatan melakukan pendokumentasian kebidanan adalah salah satu dari standar pelayanan kebidanan. Institusi pelayanan kebidanan atau kesehatan yang terakreditasi baik biasanya juga memiliki sistem dokumentasi yang baik pula. Sistem pendokumentasian memang merupakan peraturan yang dikeluarkan oleh pemerintah sehingga setiap instansi pelayanan kesehatan pasti melakukan pendokumentasian atas dasar kepatuhannya terhadap standar pelayanan kebidanan.

D. Aspek Legal Dokumentasi Kebidanan

Bagaimana agar ketika bidan melakukan pendokumentasian hal tersebut bisa digunakan secara resmi untuk menjadi bukti fisik di meja pengadilan apabila terjadi tuntutan? Tentu saja, dokumen tersebut harus sesuai dengan standar profesi yang telah ditentukan. Oleh sebab itu, beberapa pedoman yang harus dipatuhi bidan agar dokumen tersebut legal atau resmi di mata hukum dijabarkan di bawah ini:

1. Bidan harus selalu melakukan pencatatan setiap kali melakukan tindakan medis dan pengobatan kepada pasien. Selain itu bidan juga perlu melakukan pencatatan singkat mengenai komunikasi yang ia lakukan dengan dokter dan teman sejawat dalam proses perawatan pasien.
2. Bidan harus selalu mencatat informasi secara lengkap dan benar tentang kondisi pasien.
3. Bidan harus menunjukkan semua fakta dan informasi yang tepat, akurat, dan benar tentang proses asuhan atau pelayanan yang telah diterima pasien.
4. Bidan harus melakukan pencatatan secara rinci tentang perkembangan kondisi pasien selama perawatan.

E. Manfaat Dokumentasi Kebidanan

Ada beberapa manfaat yang dapat diperoleh bidan ketika ia melakukan kegiatan pendokumentasian kebidanan dengan baik, antara lain:

1. *Aspek Administrasi*, yang berarti dokumentasi kebidanan bisa memberikan manfaat sebagai acuan bagi bidan dalam memberikan pelayanan.
2. *Aspek Medis*, yang berarti dokumentasi kebidanan bermanfaat untuk menjadi dasar perencanaan dalam melakukan pengobatan dan perawatan pasien.
3. *Aspek komunikasi*, yang berarti dokumentasi kebidanan memiliki manfaat sebagai sarana komunikasi dan/atau informasi antara para bidan maupun dengan tim kesehatan lainnya, hal ini agar perawatan yang telah dilakukan kepada pasien/klien telah terkoordinasi baik dan berkesinambungan.
4. *Aspek Dokumentasi*, yang berarti dokumentasi kebidanan bermanfaat sebagai arsip maupun sebagai bukti bidan dalam hal tanggung jawab terhadap dalam tindakan yang telah diberikan pada pasien.
5. *Aspek Hukum*, yang berarti dokumentasi kebidanan bermanfaat sebagai dokumen yang bersifat resmi dan memiliki kekuatan hukum yang legal apabila terjadi tuntutan atas tindakan medis yang dilakukan.
6. *Aspek Ekonomi*, yang berarti dokumentasi kebidanan bermanfaat untuk dapat menjadi panduan dalam menentukan besarnya biaya yang harus dikeluarkan pasien berdasarkan perawatan yang selama ini diberikan.
7. *Aspek Penelitian*, yang berarti dokumentasi kebidanan bisa memberikan manfaat sebagai data dasar dalam suatu penelitian kesehatan.
8. *Aspek Pendidikan*, yang berarti dokumentasi kebidanan bermanfaat sebagai sumber referensi belajar seorang

mahasiswa dan juga bermanfaat sebagai pembandingan antara mahasiswa kesehatan dengan bidan profesional.

9. *Aspek Jaminan Mutu*, yang berarti dokumentasi kebidanan bermanfaat sebagai tolak ukur dari kualitas pelayanan kesehatan.
10. *Aspek Akreditasi*, yang berarti dokumentasi kebidanan bermanfaat sebagai acuan dalam melihat kompetensi bidan ketika melakukan asuhan dan menjadi tolak ukur dalam melihat keberhasilan asuhan yang telah diberikan kepada pasien.
11. *Aspek Statistik*, yang berarti dokumentasi kebidanan bermanfaat sebagai sebuah sumber data dalam pengolahan data statistic, baik yang dilakukan oleh bidan atau lembaga terkait.

F. Prinsip Dokumentasi Kebidanan

Dalam melakukan tindakan asuhan kebidanan, beberapa prinsip yang harus diketahui oleh bidan yaitu:

1. Lakukan dengan lengkap tentang masalah pasien yang bersifat klinis ketika melakukan dokumentasi pelayanan asuhan kebidanan.
2. Lakukan penandatanganan disertai dengan nama bidan serta mencatat waktu setiap kali melakukan tindakan pada dokumen asuhan kebidanan.
3. Pencatatan dalam pendokumentasian harus menggunakan kata baku dan tata Bahasa medis dengan baik.
4. Untuk menghindari terjadinya kesalahan persepsi, gunakan singkatan resmi dan hindari penggunaan singkatan yang tidak umum.
5. Untuk menghindari kesalahan persepsi, tuliskan catatan dokumentasi dengan jelas dan rapi.
6. Untuk menghindari terhapusnya catatan dokumentasi, gunakan bolpoin saat melakukan pendokumentasian.

7. Untuk mencegah terselipnya lembar pasien satu dengan lembar pasien yang lainnya, maka catatlah nama pasien dalam setiap lembar dokumentasi.
8. Gunakan grafik untuk mencatat tanda-tanda vital pasien, hal tersebut dilakukan untuk mempermudah pemantauan terhadap status perkembangan kesehatan klien/pasien.
9. Bidan wajib menerapkan prinsip kerahasiaan pada pasien dengan HIV/AIDS sesuai dengan aturan yang berlaku. Maka karena itu, seorang bidan perlu berhati-hati dalam mencatat pendokumentasian pada pasien dengan HIV/AIDS.
10. Untuk menghindari ketidakjelasan dalam penyampaian informasi dan kesalahan tindakan medis, maka bidan sebaiknya menghindari menerima dan melakukan instruksi dari dokter melalui sambungan telepon atau teks. Jika pada kondisi darurat hal ini bisa saja dilakukan, hanya saja bidan dianjurkan untuk selalu menulis instruksi tersebut secara tertulis ke dalam rekam medis pasien yang bersangkutan.
11. Untuk menghindarkan dari terjadinya kesalahpahaman, maka bidan harus bertanya jika instruksi dari dokter atau tim medis lain kurang jelas.
12. Lakukan pencatatan setiap melakukan tindakan medis kepada pasien.
13. Lakukan pencatatan dengan lengkap setiap kali memberikan obat kepada pasien.
14. Lakukan pencatatan keadaan alergi makanan dan/atau obat untuk mengantisipasi kesalahan dalam pemberian makanan dan obat kepada pasien.
15. Untuk menghindari risiko terjadinya cedera akibat pemberian suntikan berulang pada lokasi yang sama, maka wajib dilakukan pencatatan tentang daerah atau tempat injeksi pasien.

16. Lakukan pencatatan hasil abnormal pada pemeriksaan laboratorium agar bisa membantu menentukan diagnosa pasien dengan tepat, membantu dalam menetapkan tindakan segera dan menghindari terjadinya kesalahan dalam pengobatan.

G. RINGKASAN

Dokumentasi kebidanan merupakan suatu kegiatan mencatat dan menyimpan informasi serta sarana komunikasi terhadap informasi pencatatan, penyimpanan, dan proses komunikasi terhadap informasi kesehatan pasien dalam suatu waktu tertentu. Kegiatan pendokumentasian kebidanan ini wajib dilakukan oleh setiap bidan ketika memberikan pelayanan/tindakan/asuhan kebidanan kepada pasien. Ada banyak manfaat dilakukannya kegiatan pendokumentasian ini, dan hal yang paling penting adalah dokumentasi kebidanan merupakan dokumen formal sebagai suatu bentuk tanggung jawab sekaligus tanggung gugat seorang bidan maupun tenaga kesehatan lainnya terhadap profesinya.

H. SOAL EVALUASI

1. Menurut pendapat Anda, apakah pentingnya melakukan pendokumentasian?
2. Bagaimanakah sebuah dokumentasi kebidanan dikatakan dapat menjadi alat bukti legal di depan meja pengadilan?
3. Menurut pendapat Anda, apakah manfaat yang paling penting bagi bidan dalam melakukan pendokumentasian? Berikan alasannya!

BAB II

TEKNIK PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN

Bab ini membahas tentang bermacam-macam teknik pendokumentasian kebidanan, yaitu tentang bagaimana cara menggunakan dokumentasi pada saat proses asuhan kebidanan,

Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami teknik pendokumentasian naratif
2. Memahami teknik pendokumentasian flow sheet atau checklist
3. Memahami teknik pendokumentasian kardeks
4. Memahami teknik pendokumentasian sistem komputer

A. Teknik Pendokumentasian Naratif

1. Pengertian

Teknik pendokumentasian naratif dikenal dengan teknik pendekatan tradisional, hal ini karena teknik pendokumentasian naratif adalah teknik pendokumentasian yang muncul pertama kali dalam dokumentasi kebidanan. Teknik pendokumentasian naratif ini muncul seiring dengan kebutuhan dalam mencatat asuhan kebidanan / pelayanan kebidanan.

Teknik pendokumentasian naratif merupakan penulisan dokumentasi dengan paragraf yang sederhana berisi tentang gambaran status kesehatan pasien, pengobatan dan intervensi, serta reaksi pasien mengenai tindakan yang telah diberikan. Jadi, pendokumentasian kebidanan dengan teknik naratif berisi tentang deskripsi dari kegiatan pelayanan atau tindakan asuhan kebidanan yang dilakukan terhadap klien/pasien.

2. Kelebihan

- a. Dokumentasi dengan teknik naratif dibuat berdasarkan urutan kronologis kejadian, sehingga hal tersebut dapat membantu bidan ketika melakukan interpretasi dari tiap langkah tindakan/asuhan kebidanan.
- b. Bidan dapat mencatat informasi atau menulis catatan dokumentasi sesuai dengan gaya tulisan yang disukainya sehingga hal ini dapat menunjukkan kredibilitas tenaga medis yang profesional.
- c. Format catatan dalam teknik naratif singkat sehingga lebih mudah dan cepat dalam proses mencatat kasus/masalah pasien, intervensi tindakan dan respon atau reaksi pasien serta evaluasi keadaan pasien.
- d. Format dokumentasi menggunakan teknik naratif mudah dilakukan dan telah dikenal oleh semua bidan karena hal ini sudah dipelajari dan dilakukan sejak bidan tersebut menjadi mahasiswa.

- e. Teknik naratif mudah dikombinasikan menggunakan teknik dokumentasi lainnya.

3. Kekurangan

- a. Biasanya teknik naratif ini cenderung menjadi kumpulan data dan informasi yang berlebihan dan/atau rancu.
- b. Kadang-kadang sulit untuk menemukan informasi tentang masalah pasien jika tidak membaca catatan tersebut secara keseluruhan.
- c. Terkadang informasi yang ada dalam dokumen tidak ditulis secara mendalam.
- d. Banyak menghabiskan waktu untuk menelaah data pasien atau menemukan masalah pasien karena format dokumentasi naratif biasanya singkat sehingga memerlukan ketelitian dalam menulis status pasien,
- e. Sulit melakukan interpretasi urutan dari setiap kejadian yang dialami pasien karena kemungkinan informasi pasien tersebut tidak tertulis di dokumen yang sama sebelumnya.
- f. Banyak membuang waktu karena harus mencatat setiap perkembangan pasien secara naratif.

4. Hal yang perlu mendapat perhatian

- a. Catat setiap kejadian atau kronologi status pasien berdasarkan urutan yang tepat.
- b. Pakai istilah standar yang lazim dipakai (misal: diagnosa, perencanaan, pengkajian, diagnosa, perencanaan, evaluasi, dsb)
- c. Lakukan pencatatan dengan mengikuti tahapan-tahapan berikut: (1) pengumpulan data subjektif (2) pengumpulan data objektif; (2) pengkajian kebutuhan pasien dan penentuan diagnosa pasien; (3) perencanaan asuhan menyeluruh atau tindakan kebidanan; (4) dan evaluasi tindakan yang telah diberikan.
- d. Catat prediksi kondisi pasien, kemudian sempurnakan dengan rencana asuhan kebidanan yang merupakan bagian dari catatan bidan.

- e. Buatlah penilaian kondisi pasien secara berkala dan periodik serta monitor perkembangan kondisi fisik dan psikologis pasien.
- f. Lakukan evaluasi dengan cara mencatat dan melaporkan semua pernyataan pasien dan kondisi perkembangan pasien

5. Contoh

Tanggal/Waktu Catatan Bidan	23/03/2019 - Jam. 11.00
Ibu Lidia, usia 28 tahun, hamil anak pertama, datang ke bidan dengan keluhan merasa pusing, mual, dan muntah selama hamil ini. Ibu mengatakan telah periksa kehamilan ke bidan 1x, HPHT 04 Januari 2019. Bidan (Nama dan Tanda Tangan)	
Lanjutkan ...	

B. Teknik Pendokumentasian *Flow Sheet* atau *Checklist*

1. Pengertian

Teknik pendokumentasian flowsheet atau disebut juga dengan *checklist* adalah model pencatatan perkembangan yang memang dirancang untuk memberikan gambaran data pasien/klien secara spesifik berdasarkan parameter tertentu.

Teknik *flowsheet/checklist* ini biasa digunakan dalam mencatat data dasar pasien, hasil observasi pasien, tindakan kebidanan, konseling, dan catatan pengobatan serta perkembangan pasien. Teknik pendokumentasian *flowsheet/checklist* ini merupakan teknik

pendokumentasian yang paling cepat dan efektif serta efisien untuk mencatat informasi pasien. Teknik *flowsheet/checklist* ini dibuat untuk mengurangi waktu dan beban yang diperlukan oleh bidan ketika melakukan pendokumentasian dengan teknik naratif.

2. Kelebihan

- a. Kualitas catatan pada teknik *flowsheet/checklist* lebih tinggi dibandingkan dengan teknik naratif, hal ini karena catatan dalam teknik *flowsheet/checklist* sudah memiliki parameter sejak awal.
- b. Teknik *flowsheet/checklist* ini biasanya berbentuk kolom-kolom dengan parameter tertentu yang sudah tertulis sehingga membuat dokumentasi dengan teknik *flowsheet/checklist* ini mudah dibaca dan juga tidak perlu banyak waktu untuk membacanya.
- c. Dokumentasi teknik *flowsheet/checklist* membuat efektivitas dari standar asuhan kebidanan menjadi lebih terjamin. Alasannya adalah sebab bidan tidak harus menceritakan secara detail tindakan yang sudah dilakukan seperti pada dokumentasi teknik naratif. Alasan berikutnya adalah karena dengan adanya parameter yang sudah tertulis sebelumnya membuat tenaga kesehatan mudah ketika melakukan standar asuhan kebidanan.
- d. Parameter yang ada dalam dokumentasi dengan teknik *flowsheet/checklist* ini menjadikan catatan lebih fokus dan terarah, serta data yang tersaji tetap lengkap dan akurat.
- e. Teknik *flowsheet/checklist* dapat mengurangi terjadinya fragmentasi data dan informasi data klien/pasien mudah dicari.
- f. Teknik *flowsheet/checklist* dapat mencegah informasi atau data yang bertele-tele karena penggunaan narasi pada teknik pendokumentasian *flowsheet/checklist* telah dibatasi.
- g. Pada pendokumentasian teknik *flowsheet/checklist*, bidan bisa menelaah perbandingan data atau kondisi pasien dalam beberapa periode tertentu.

3. Kekurangan

- a. Dapat terjadi duplikasi catatan.
- b. Format catatan teknik *flowsheet/checklist* dengan mudah dapat dijiplak.
- c. Jika terjadi suatu kondisi atau kejadian tertentu yang tidak terduga, maka bisa kekurangan ruang untuk mencatat hal tersebut.
- d. Pada teknik *flowsheet/checklist* ini memungkinkan terdapat bagian catatan yang tidak ditulis atau kosong.
- e. Teknik pendokumentasian *flowsheet/checklist* dapat menimbulkan kesalahan ketika melakukan interpretasi data.

4. Hal yang perlu mendapat perhatian

- a. Ikuti petunjuk pencatatan pada format khusus dalam dokumentasi *flowsheet/checklist*.
- b. Format catatan harus dilengkapi dengan menggunakan kata kunci.
- c. Dalam melakukan identifikasi indikator yang sudah diobservasi atau sudah dilakukan, maka gunakanlah tanda checklist (✓) atau tanda silang (X) pada bagian indikator tersebut.
- d. Apabila suatu indikator tidak diobservasi atau tidak dilakukan, maka gunakanlah tanda (0). Artinya kolom checklist tidak boleh kosong.
- e. Jika diperlukan, bisa menambahkan narasi singkat.
- f. Catatan ditulis secara singkat namun tetap jelas.
- g. Posisi lembar alur hendaknya dipertahankan agar tetap di tempat yang sudah tersedia (di dalam rekam medis).
- h. Nama dan tanda tangan pemberi masukan atau tindakan harus ditulis dengan lengkap dan jelas
- i. Tulislah keterangan kapan tanggal dan waktu data pasien masuk.

5. Contoh

Salah satu contoh *flowsheet* atau *checklist* dalam kebidanan yang sering dipakai adalah partograf. Partograf merupakan salah satu catatan yang ditulis oleh bidan

sehingga ia dapat memantau kemajuan persalinan, serta kondisi ibu dan janin selama persalinan.

PARTOGRAF

No. Register : _____ Nama Ibu/Bapak : _____ Umur : _____ G. P. A. Haid : _____ minggu

K/P: Perkiraan BB : _____ Berat Janin : _____ Parit : _____ WIB

Ketuban Pecah : _____ setiap parit : _____ WIB Mula setiap parit : _____ WIB Akuat : _____

Dari : _____

Jarak : _____

(m/m/m)

air ketuban : _____

pergerakan : _____

Penurunan ketuban : _____

Waktu : _____

(Parit)

Ketuban : _____

30 menit : _____

Observasi : _____

ketuban : _____

Obat dan : _____

cairan : _____

Hasil : _____

Tekanan : _____

darah : _____

Temperature : _____

Urine : _____

Asam : _____

Volume : _____

Mula ketuban : Parit : _____ Anak : _____ Parit : _____

Mula ketuban : Parit : _____ Anak : _____ Parit : _____

Pencat

C. Teknik Pendokumentasian Kardeks

1. Pengertian

Kardeks merupakan salah satu teknik pendokumentasian yang berisi tentang informasi klien/pasien yang disusun ke dalam satu buku. Kardeks disebut pula dengan teknik pendokumentasian tradisional.

Kardeks dikenal pula dengan menggunakan istilah pendokumentasian “sistem kartu” karena terkadang pendokumentasiannya juga dilakukan dalam serangkaian kartu yang berisikan informasi biodata klien/pasien, hasil

dari pemeriksaan dan sekaligus juga hasil diagnosa pasien, serta tindakan/asuhan/terapi yang diberikan. Setelah itu, serangkaian kartu tersebut disimpan ke dalam satu file atau dokumen yang dapat dengan mudah untuk dipindahkan guna mencari informasi klien/pasien. Serangkaian kartu kardeks tersebut dapat dibuat terpisah maupun dijadikan satu kedalam bentuk buku.

2. Kelebihan

- a. Lembaran kartu kardeks mudah dipindah tangankan dengan tim kebidanan
- b. Dapat mempermudah komunikasi antara tim kebidanan mengenai kebutuhan dan data pasien, cara melakukan tindakan dan kapan waktu tepat untuk melakukan tindakan tersebut dan cara meningkatkan partisipasi pasien.

3. Kekurangan

- a. Terbatasnya informasi yang ada dalam kartu kardeks
- b. Ada kemungkinan kartu kardeks hilang atau berceceran apabila bentuk kardeks berupa lembaran kartu yang terpisah (tidak dalam satu buku)
- c. Kardeks hanya dapat digunakan dalam lingkup satu tim saja, misal hanya untuk tim keperawatan atau tim kebidanan saja
- d. Jika masalah pasien teridentifikasi cukup banyak, maka untuk menuliskan rencana asuhan kebidanan mungkin tidak cukup ruang/tempat.
- e. Teknik dokumentasi kardeks cenderung tidak *up date*

4. Hal yang harus menjadi perhatian

- a. Simpan kartu kardeks dengan baik, aman, dan rapi agar tidak ada bagian yang hilang atau berceceran
- b. Tulislah rencana asuhan dengan singkat agar cukup ruang dalam kardeks.
- c. Tulislah kardeks dengan menggunakan bolpoin

5. Contoh

Salah satu contoh kardeks yang sering digunakan dalam melakukan asuhan kebidanan adalah buku KIA.



D. Teknik Pendokumentasian Sistem Komputer

1. Pengertian

Teknik pendokumentasian sistem komputer merupakan teknik pendokumentasian dengan memakai sistem komputer dalam melakukan pencatatan, penyimpanan, dan pemanggilan data pasien dan/atau data kebidanan.

2. Kelebihan

- a. Meningkatkan komunikasi dan penatalaksanaan data pada pasien maupun antar petugas kesehatan.
- b. Meningkatkan efektivitas edukasi kesehatan dan/atau konseling yang dilakukan pada klien/pasien.
- c. Karena tidak memerlukan banyak kertas, teknik pendokumentasian sistem komputer dapat menghemat biaya.
- d. Meningkatkan kualitas data karena memiliki akurasi lebih tinggi.
- e. Meningkatkan kepuasan pelayanan karena sistem komputer dapat mencatat dan memanggil data dengan lebih cepat

3. Kekurangan

- a. Kemungkinan data pasien dapat hilang apabila terjadi kesalahan atau kerusakan sistem komputer.
- b. Siapapun yang memiliki password dari sistem komputer tersebut dapat mengakses data pasien dengan sangat mudah, dan hal ini dapat menyebabkan privasi pasien kurang terjaga.
- c. Teknik pendokumentasian sistem komputer biasanya memiliki alur atau kolom yang sudah diatur sedemikian rupa sehingga hal ini dapat menyebabkan kosa kata dalam mengetik data pasien menjadi terbatas.

- d. Biaya untuk menyediakan perangkat komputer dan aplikasi pendokumentasian sistem komputer cukup besar.
- e. Biaya cetak data pasien juga dapat menimbulkan biaya yang cukup besar.

4. Hal yang harus mendapat perhatian

- a. Jangan memberikan username dan password sistem komputer yang berisi data pasien kepada pihak lain yang tidak berkepentingan.
- b. Backup data pasien untuk mencegah terjadinya kehilangan data jika terjadi error atau komputer rusak.
- c. Selalu lakukan service rutin perangkat yang digunakan untuk pendokumentasian untuk mencegah terjadinya kerusakan atau error pada sistem

5. Contoh



E. RINGKASAN

Ada berbagai teknik dokumentasi kebidanan yang dapat dipilih dan dimanfaatkan bidan ketika ia memberikan asuhan pada pasien, yaitu (1) teknik naratif; (2) teknik *flow sheet*; (3) teknik kardeks; dan (4) teknik sistem komputer. Teknik naratif merupakan pendokumentasian dalam bentuk narasi (paragraph sederhana). Teknik *flow sheet* yaitu pendokumentasian dalam bentuk checklist/kolom/grafik. Teknik kardeks merupakan pendokumentasian dalam bentuk lembaran dan/atau

buku. Terakhir, teknik sistem komputer merupakan pencatatan dengan memanfaatkan sistem komputer.

Setiap teknik pendokumentasian tersebut memiliki beberapa kelebihan dan kekurangannya masing-masing. Bidan dapat memilih menggunakan teknik pendokumentasian sesuai dengan yang disukainya, asalkan disesuaikan dengan kondisi pasien dan kondisi tempat praktik.

F. SOAL EVALUASI

1. Apakah perbedaan yang dapat kalian simpulkan dari teknik naratif dan *checklist*?
2. Apakah perbedaan yang dapat kalian simpulkan dari teknik kardeks dan komputer?
3. Menurut pendapat kalian, manakah teknik dokumentasi yang cocok diterapkan dalam menulis asuhan kebidanan?
4. Berikan minimal 3 contoh teknik pendokumentasian kardeks selain dari contoh yang terdapat dalam materi ini!

BAB III

MODEL PENDOKUMENTASIAN KEBIDANAN

Bab ini membahas tentang bermacam-macam model pendokumentasian kebidanan, yaitu POR, SOR, dan CBE

Setelah mempelajari bab ini diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami model pendokumentasian POR (Problem Oriented Record)
2. Memahami model pendokumentasian SOR (Source Oriented Record)
3. Memahami model pendokumentasian CBE (Charting by Exception)