

TEKNIK PENDOKUMENTASIAN

Oleh :

Mujahidatul Musfiroh

Pengertian

- Cara pencatatan atau pendokumentasian dalam penerapan asuhan

NARATIF

Pengertian 1

- Teknik pencatatan yang umumnya digunakan pada pendokumentasian dalam bentuk narasi dan banyak digunakan untuk mencatat perkembangan pasien, catatan harian, catatan riwayat pasien
- Pencatatan dengan penulisan paragraf sederhana yang menggambarkan status pasien, intervensi, pengobatan, serta respons pasien terhadap intervensi
- Pencatatan yang berorientasi pada sumber

Pengertian 2

- Catatan harian dengan format cerita untuk mendokumentasikan asuhan pada pasien yang terjadi selama jam dinas
- Catatan yang penulisannya mengikuti urutan kejadian atau kronologis
- Catatan naratif mempunyai bentuk yang bervariasi tergantung institusi pengembangnya

Keuntungan

- 👍 Memudahkan penafsiran secara berurutan dari suatu kejadian
- 👍 Memberi kebebasan dalam mencatat
- 👍 Format menyederhanakan proses dalam mencatat masalah, kejadian perubahan, intervensi, reaksi pasien dan outcomes
- 👍 Mencakup seluruh kondisi pasien jika ditulis secara tepat dan lengkap
- 👍 Mudah pencatatannya

Kerugian

- 👉 Cenderung menjadi kumpulan data yang tidak komprehensif dan sistematis
- 👉 Cenderung mencatat data secara superfisial
- 👉 Data tidak terfokus
- 👉 Membutuhkan waktu yang lama dalam proses pencatatan
- 👉 Pencatatan tidak terstruktur
- 👉 Pencatatan terbatas pada kemampuan bidan


Pedoman Pencatatan

- Gunakan batasan standart
- Ikuti langkah-langkah proses asuhan
- Buatlah sesuai periode waktu tindakan (periodeik)
- Catat pernyataan evaluasi pada waktu khusus (waktu masuk, pindah, pulang atau saat terjadi perubahan situasi/kondisi)
- Gunakan terminologi yang lazim

Jenis Pendokumentasian dengan Teknik Naratif

1. Lembar penerimaan
2. Lembar muka
3. Lembar instruksi dokter
4. Lembar riwayat penyakit
5. Lembar catatan petugas kesehatan

Contoh

Tanggal/Waktu	Catatan Bidan
2/9/2019 Jam 09.00	<p>Luka post sectio sesaria terasa panas, balutan luka ada perdarahan, luka nyeri bila disentuh.</p> <p>Dilakukan perawatan luka, luka menunjukkan ada perdarahan dan jahitan ada yang terputus.</p> <p>Suhu tubuh 38°C</p> <p>Beritahu dokter.</p> <p>Dokter meminta dipasang IV lagi di tempat lain.</p> <p style="text-align: right;"> Bidan Ida</p>

FLOWSHEET

Pengertian

- Bentuk pencatatan perkembangan yang berisi hasil observasi dan tindakan
- Dikenal dengan lembar alur atau catatan perkembangan singkat atau checklist
- Bentuk catatan perkembangan aktual yang dirancang untuk memperoleh informasi dari pasien secara spesifik menurut parameter yang telah ditetapkan sebelumnya
- Pencatatan berorientasi pada masalah

Elemen Flowsheet

1. Kolom untuk menempatkan checklist
2. Inisial petugas yang melakukan pengkajian
3. Tanda tangan yang melakukan pengkajian
4. Tanggal dan waktu memasukkan data
5. Hasil pengkajian dan tindakan
6. Hasil observasi atau intervensi khusus
7. Nama pasien

Pedoman Pencatatan

- Ikuti dan perhatikan petunjuk penggunaan format
- Gunakan tanda pada waktu mengidentifikasi bahwa parameter telah diobservasi atau diintervensi
- Jangan tinggalkan lembar chcklist dalam keadaan kosong. Tulis 0 untuk parameter yang tidak diobservasi
- Tambahkan uraian secara detail jika diperlukan
- Beri tanda tangan dan nama jelas pemberi asuhan
- Dokumentasikan waktu dan tanggal observasi

Keuntungan

- 👍 Efisiensi pendokumentasian data dan asuhan
- 👍 Meningkatkan kualitas pencatatan observasi
- 👍 Memperkuat aspek legal
- 👍 Memperkuat standart asuhan
- 👍 Membatasi narasi yang terlalu luas
- 👍 Mudah untuk mengetahui keadaan klien

Kerugian

- ☹ Memperluas catatan medik dan penyimpanan
- ☹ Memungkinkan duplikasi data dan format
- ☹ Tidak memberikan ruang untuk pencatatan tentang kejadian yang tidak biasa terjadi

Jenis Pendokumentasian dengan Teknik Flowsheet

1. Catatan aktivitas sehari-hari
2. Catatan kebutuhan terhadap bantuan tenaga kesehatan
3. Catatan tanda-tanda vital
4. Catatan keseimbangan cairan
5. Lembar pengkajian nutrisi
6. Lembar pengkajian kulit
7. Lembar pengkajian luka
8. Lembar hasil pemeriksaan laboratorium

Contoh

Lokasi luka :

Tanggal Waktu	2/9/19 09.00					
Kriteria Luka	A	P	A	P	A	P
Ukuran luka		√				
Jaringan nekrotik		√				
Jaringan nekrotik yang lekat	√					
Bau kotor	√					
Kelembutan batas/tepi luka		√				
Temperatur kulit		√				
Frekuensi ganti balutan per shift		√				
Tambahkan balutan per shift		√				
Pengobatan luka	MM	√				

TERIMA KASIH

Kasus

1. Pada tanggal 30 Agustus 2019 jam 12.00 Wib, Ny. R G4P2A1 datang ke BPS Y mengeluhkan mules-mules dan keluar lendir darah. Berdasarkan anamnesa HPHT Ny. R adalah 10 Nopember 2019
2. TTV : TD 201/90 mmHg, N : 88x/mnt, S : 36,5°C. Pada palpasi TFU 32 cm, di fundus teraba bulat, keras dan melenting, bagian kiri teraba bagian kecil janin, penurunan 4/5, djj 138x/mnt, his 3x/10'/20''

Kasus

3. Pada anogenital vulva tidak ada oedema, lesi, varises, tidak ada pembesaran kelenjar bartholini, kelenjar skene. VT : dinding vagina tidak ada benjolan, portio tebal lunak, pembukaan 4 cm, ketuban (+), urin 100 cc
4. Bayi lahir jam 20.40 Wib, tidak menangis, reflek lemah, kulit biru