

Model Nomenklatur Diagnosa Kebidanan Dalam Kehamilan

Melinda Rosita Wariyaka

Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Kupang; wariyakamelinda1984@gmail.com

Namsyah Baso

Jurusan Kebidanan, Poltekkes Kemenkes Kupang; Namsyah83poltekkeskupang@gmail.com (koresponden)

ABSTRACT

The diversity in writing the nomenclature of midwifery diagnoses in pregnancy by midwives and the absence of guidelines from the profession is an issue that was discussed when documenting care as a characteristic of midwives as a profession. The existence of WHO recommendations about diagnoses that are not diverse and long made an idea for researchers to develop a nomenclature model of obstetric diagnoses in pregnancy. The aim is to analyze the application of the nomenclature model of obstetric diagnosis in pregnancy. This research was a cross sectional descriptive study of 49 midwives who are eligible to work in 5 pregnant community health clinics in Kupang city. The results of the Chi-square analysis stated that all models of midwifery diagnostic nomenclature in pregnancy could be applied by midwives but there was no significant relationship ($p > 0.05$) between the midwifery diagnostic nomenclature model in pregnancy with the implementation of care by midwives. There is an influence between the level of education and length of work with these results.

Keywords: diagnosis nomenclature; pregnancy; midwife

ABSTRAK

Keberagaman penulisan nomenklatur diagnosis kebidanan pada kehamilan oleh bidan dan tidak adanya pedoman dari profesi menjadi isu yang dibahas dalam pendokumentasian asuhan sebagai ciri khas bidan sebagai suatu profesi. Adanya rekomendasi WHO tentang diagnosis yang tidak beragam dan lama menjadi ide bagi peneliti untuk mengembangkan model nomenklatur diagnosis kebidanan pada kehamilan. Tujuannya adalah untuk menganalisis penerapan model nomenklatur diagnosis kebidanan pada kehamilan. Penelitian ini merupakan penelitian *cross-sectional* terhadap 49 bidan yang memenuhi syarat untuk bekerja di 5 puskesmas di Kota Kupang. Hasil analisis *Chi-square* menyatakan bahwa semua model nomenklatur diagnostik kebidanan pada kehamilan dapat diterapkan oleh bidan, tetapi tidak terdapat hubungan yang signifikan ($p > 0,05$) antara model nomenklatur diagnostik kebidanan pada kehamilan dengan pelaksanaan asuhan oleh bidan. Ada pengaruh antara tingkat pendidikan dan lama kerja dengan hasil tersebut.

Kata kunci: nomenklatur diagnosis; kehamilan; bidan

PENDAHULUAN

Nomenklatur diagnosa kebidanan belum di jelaskan secara rinci oleh ikatan profesi bidan. Dalam Keputusan menteri kesehatan Republik Indonesia menyampaikan tentang diagnosa kebidanan termasuk dalam standar II asuhan kebidanan kehamilan yaitu bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat. Salah satu kriteria perumusan diagnosa atau masalah dalam asuhan kebidanan adalah diagnosa harus sesuai dengan nomenklatur kebidanan⁽¹⁾.

Nomenklatur atau pengesahan diagnosa kebidanan sangat penting bagi Anggota Profesi Bidan. Berbagai kendala yang di alami oleh bidan terkait diagnosa kebidanan misalnya dengan akreditasi institusi pelayanan kesehatan seperti rumah sakit. Penyusunan Standar Operasional Prosedur (SOP) bagi bidan dalam menetapkan diagnosa kebidanan membutuhkan referensi yang jelas apa saja yang harus termuat atau disebutkan untuk menegakkan diagnosa kebidanan dalam kehamilan sehingga tidak menimbulkan keberagaman penulisan nomenklatur diagnosa. Kebutuhan akan asuhan dan dokumentasi yang seragam menjadi salah satu penilaian dalam supervisi akreditasi Rumah Sakit oleh KARS, sehingga penulisan nomenklatur diagnosa yang tidak seragam oleh bidan di rumah sakit menjadi sesuatu yang harus dipertimbangkan⁽²⁾.

Ungkapan bahwa terdapat tumpang tindih beberapa hal antara bidan, dokter dan perawat termasuk ketrampilan dan pendokumentasian.⁽³⁾ Hal ini menjadi dasar perlunya kejelasan termasuk bagaimana bidan menuliskan diagnosa yang terinci, seragam sehingga menunjukkan identitas sebagai sebuah profesi. Perumusan diagnosa kebidanan berbeda dengan diagnosa keperawatan yang telah diuraikan dengan jelas pada North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁽⁴⁾. Hasil penelitian sebelumnya di Kota Kupang Tahun 2017 pada bidan di 12 Puskesmas se kota Kupang menyajikan bahwa ketidakseragaman penyebutan nomenklatur diagnosa kebidanan pada kehamilan. Bidan memiliki pengetahuan yang baik tentang penerapan diagnosa kebidanan tetapi ketika menuangkannya dalam penulisan diagnosa masih beragam. Karakteristik yang disampaikan masih panjang, dan beragam tidak hanya bidan antar puskesmas tapi bidan dalam 1 puskesmas berbeda, hasil tanya jawab bidan bahwa penulisan diagnosa berdasarkan institusi tempat mereka mengikuti pendidikan terakhir⁽⁵⁾.

WHO memberikan gambaran diagnosa yang baik adalah tidak panjang dan beragam sehingga mudah untuk di tulis dan dimengerti⁽⁶⁾. Penelusuran berbagai referensi untuk menetapkan model nomenklatur diagnosa

kebidanan khususnya dalam kehamilan mengangkat tentang point-point penting yang harus bidan tuliskan bila ingin menuliskan keadaan pasien sebagai diagnosa kebidanan.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan yang dibuat oleh peneliti dan pengaruhnya terhadap penatalaksanaan asuhan kebidanan kehamilan oleh bidan di Kota Kupang pada tahun 2020.

METODE

Penelitian ini adalah penelitian deskriptif dengan pendekatan cross-sectional, dilakukan pada bulan April sampai Mei 2019 dengan responden seluruh bidan yang bekerja pada 6 Poliklinik KIA Puskesmas Pasir Panjang, Puskesmas Oesapa, Puskesmas Oebobo, Puskesmas Oepoi, Puskesmas Penfui, Puskesmas pembantu Fatululi dan Tenau. Tidak dilakukan sampling oleh karena populasi kurang dari 100. Terdapat 49 responden yang memenuhi syarat pendidikan minimal Diploma III Kebidanan dan lama kerja minimal 1 tahun. Responden melakukan pengkajian kepada ibu hamil, kemudian menuliskan diagnosa sesuai dengan model yang peneliti ajarkan, selanjutnya melakukan penatalaksanaan berdasarkan diagnosa yang telah ditegakan. Variabel dalam penelitian ini adalah model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan sebagai variabel dependen dan penatalaksanaan asuhan kebidanan kehamilan merupakan variabel independen. Uji statistik yang digunakan cross-tab dan *Chi-square*.

HASIL

Tabel 1 menunjukkan bahwa pendidikan responden terbesar adalah pendidikan Diploma III/ IV (98%) dan pengalaman kerja terbanyak adalah < 5 Tahun (43%).

Tabel 1. Karakteristik responden berdasarkan tingkat pendidikan dan lama kerja

Karakteristik responden	Kategori	Frekuensi	Persentase
Tk Pendidikan Responden	Diploma III/IV	48	98
	Sarjana	1	2
Pengalaman Kerja	< 5 Tahun	21	43
	5-10 tahun	11	22
	>10 Tahun	17	35

Tabel 2. Penerapan model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan berdasarkan kelompok diagnosa di Kota Kupang tahun 2019

Kelompok	Kategori	Frekuensi	Persentase
Kelompok 1	Tidak Sesuai	5	10
	Sesuai	44	90
Kelompok 2	Tidak Sesuai	0	0
	Sesuai	49	100
Kelompok 3	Tidak Sesuai	2	4
	Sesuai	47	96
Kelompok 4	Tidak Sesuai	3	6
	Sesuai	46	94

Tabel 2 menunjukkan bahwa penulisan model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan berdasarkan pembagian kelompok 1, 2, 3 dan 4. Penulisan kelompok 2 semua responden (100%) menuliskan sesuai dengan model yang dikembangkan oleh peneliti.

Tabel 3. Data deskriptif penerapan model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan dan penatalaksanaannya dalam asuhan kebidanan kehamilan di Kota Kupang tahun 2019

Elemen	Kategori	Frekuensi	Persentase
Diagnosa	Tidak Sesuai	8	16
	Sesuai	41	84
Penatalaksanaan	Tidak Tepat	10	20
	Tepat	39	80

Tabel 3 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (84%) menuliskan diagnosa kebidanan sesuai dengan model nomenklatur yang dikembangkan peneliti dan 80 persen melakukan penatalaksanaan berdasarkan diagnosa yang dikembangkan dalam penelitian ini.

Tabel 4. Hasil *cross-tab* dan uji statistik penerapan model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan dan penatalaksanaannya dalam asuhan kebidanan kehamilan di Kota Kupang tahun 2019

		Penatalaksanaan		Uji <i>Chi-square</i>
		Tidak tepat	Tepat	
Diagnosa	Tidak sesuai	2	6	0,725
	Sesuai	8	33	
Total		10	39	

Tabel 4 menunjukkan bahwa sebagian besar responden (33 orang) menuliskan model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan yang dikembangkan oleh peneliti dengan sesuai dan tepat dalam menetapkan penatalaksanaan. Tabel ini juga menunjukkan tidak ada hubungan antara Penetapan diagnosa kebidanan dengan penatalaksanaan asuhan kebidanan kehamilan oleh karena hasil uji statistik berdasarkan Chi Square > 0,05.

PEMBAHASAN

Model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan dikembangkan oleh peneliti agar bidan dapat memiliki suatu keseragaman dalam menuliskan diagnosa, tidak beragam dan menimbulkan ambiguitas. Pengembangan model merupakan rangkuman dari hasil penelitian sebelumnya item apa saja yang perlu termuat dalam diagnosa kebidanan dalam kehamilan. Model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan yang dikembangkan terdiri dari 4 kelompok yang termuat dalam diagnosa kebidanan kehamilan.

Kelompok I adalah nomenklatur diagnosa yang wajib di tulis oleh bidan berupa status obstetrik ibu hamil Gravida, Para, Abortus, Prematur, Anak Hidup, dan Usia Kehamilan⁽⁷⁾. Status Obstetrik sangat penting dalam diagnosa kehamilan oleh bidan karena status obstetrik berhubungan erat dengan gambaran kesehatan reproduksi seorang ibu di masa lalu dan point penting menentukan prognosa ibu untuk kehamilan sekarang sampai dengan masa post partum. Sebuah penelitian prospektif sejak tahun 2003 sampai 2007 pada 79 kehamilan yang memiliki riwayat obstetrik buruk berhubungan erat dengan kejadian malpresentasi, hipertensi, inkompetensi serviksi, kelahiran prematur⁽⁸⁾. Penelitian di makassar menyampaikan bahwa terdapat hubungan status obstetrik dengan kejadian hipertensi dalam kehamilan⁽⁹⁾. Penelitian lain oleh Carroll dkk menyampaikan bahwa kelahiran dengan kehilangan kehamilan sebelumnya seperti abortus adalah faktor risiko terjadinya kelahiran mati, terlepas dari jumlah kehamilan sebelumnya⁽¹⁰⁾. Pendapat Rainsean menjadi penting sehingga tidak hanya jumlah kehamilan, tetapi apakah ibu pernah mengalami kegagalan dalam kehamilan sebagai pertimbangan prognosa kehamilan saat ini. Riwayat obstetrik juga sangat penting untuk mengetahui penyebab kejadian kegagalan kehamilan (abortus) atau kelahiran prematur dan mengantisipasinya pada kehamilan sekarang⁽¹¹⁾. Hasil penelitian tabel 3, sebagian besar responden dapat menuliskan dengan sesuai model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan yang di kembangkan oleh peneliti. Hal ini disebabkan karena nomenklatur Gravida (G), Para (P), Abortus (A), Prematur (P) dan Usia kehamilan (UK) bukan penyebutan yang baru namun nomenklatur ini selalu ada dalam diagnosa kebidanan yang dibuat oleh bidan sehingga bidan sudah terbiasa terpapar dengan nomenklatur tersebut sehingga model kelompok I ini dapat digunakan. 10 persen responden menuliskan diagnosa yang belum sesuai dengan model, menurut hasil analisis peneliti semua responden tidak menambahkan nomenklatur Prematur (P), kenyataan dilapangan hal ini yang belum seragam dalam penulisan diagnosa ada bidan yang menambahkan nomenklatur prematur, namun ada bidan yang tidak, masing-masing bidan dengan alasannya dan pengalamannya menuliskan diagnosa.

Kelompok II adalah Nomenklatur terkait dengan informasi tentang hasil konsepsi yaitu apakah Janin (J) atau bukan, Tunggal (T) atau Gemeli, Hidup (H) atau mati, Intra Uterina atau ekstra Uterina dan letak janin apakah letak kepala, bokong atau obliq. Keterangan nomenklatur ini biasanya dituliskan seluruhnya oleh bidan contohnya Janin Tunggal Hidup Intra Uterina Letak Kepala, karakteristik ini semua adalah karakteristik janin normal⁽¹²⁾. Jika ditinjau dari Jumlah, kesejahteraan dan posisinya terhadap sumbu uterus maka bidan hanya cukup menyimpulkan bahwa janin normal. Pada tabel 3, terlihat bahwa untuk penulisan nomenklatur berdasarkan kondisi janin oleh seluruh responden sesuai dengan model yang di kembangkan peneliti. Apabila terdapat satu atau lebih dari 1 karakteristik janin yang tidak normal, bidan hanya perlu menuliskan keadaan abnormal tersebut misalnya Janin Normal, Sungsang, atau Mola Hidatidosa (sudah menggambarkan kehamilan bukan janin, tidak perlu menuliskan seluruh karakteristik janin). Nomenklatur penyebutan diagnosa sungsang, mola hidatidosa, dan lain-lain yang menunjukkan hasil dari konsepsi disesuaikan dengan nomenklatur yang dituliskan oleh who, atau diagnosa lain yang belum tergambar oleh diagnosa menurut WHO⁽¹³⁾.

Kelompok ke III nomenklatur diagnosa yang memberikan informasi terkait keadaan ibu dan janin misalnya ibu dengan anemia, atau janin dengan IUGR. WHO melaunching buku panduan yang berisi 68 nomenklatur diagnosa dalam kebidanan beserta tanda gejala dan penanganannya bagi dokter Obygn dan bidan⁽¹³⁾. Selain nomnklatur diagnosa kebidanan oleh WHO diagnosa lain yang menyertai kehamilan dapat diambil dari berbagai referensi⁽¹⁴⁾. Penting menuliskan nomenklatur diagnosa terkait keadaan janin dan ibu ini sebagai langkah awal bidan dalam melakukan kolaborasi dan rujukan yang tepat dan benar. Penelitian di Tanzaniaterkait monitoring proses dan manajemen rujukan yang *emergency* memberikan saran tentang bagaimana bidan melakukan diagnosa penting untuk melakukannya dengan benar, dianalisis dan melakukan rujukan secara tepat berdasarkan hasil analisisnya menguatkan apa yang disampaikan oleh peneliti⁽¹⁵⁾.

Kelompok IV ditunjukkan juga dalam tabel 2 sebagian besar bidan dapat menuliskan dengan benar status ibu hamil berdasarkan kelompok risiko. Setiap ibu hamil diaanggap memiliki faktor risiko pada kehamilannya, bahkan menurut poedjirochyati wanita hamil sudah mendapatkan skor sebanyak 2 dan masuk dalam kategori risiko rendah⁽¹⁶⁾. Penulisan diagnosa kebidanan pada kehamilan selama ini belum ada bidan yang menetapkan diagnosa berdasarkan kelompok risiko ini, sehingga didalam pndokumentasian asuhan kebidanana bidan sering tidak memfokuskan pada status risiko ibu. Sebuah penelitian oleh Yanti, 2020 tentang deteksi dini faktor risiko oleh bidan mendapatkan hasil bahwa sebagian besar bidan belum menggunakan KSPR (Kartu Risiko Poedji

Rochjati) akibat kurangnya pengetahuan. Apabila bidan terlambat atau tidak secara dini faktor risiko kemungkinan akan mengakibatkan rujukan yang terlambat pula^(18, 19). Disampaikan juga senada dengan hasil penelitian yang disampaikan oleh Zannah tentang pendekatan risiko kehamilan menggunakan KSPR dengan Pola rujukan di RSD. Dr Soebandi Jember bahwa ada hubungan yang erat antara penggunaan KSPR dengan rujukan pada ibu hamil.

Tabel 3 menggambarkan model nomenklatur yang dikembangkan oleh peneliti dapat ditulis sesuai dan digunakan sebagai dasar penatalaksanaan pada kasus oleh sebagian besar responden, walaupun hasil uji chisquare > 0,05 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna diantaraan keduanya. Sebagian besar responden (98%) berlatar pendidikan terakhir Diploma III/ IV Kebidanan, model nomenklatur diagnosa yang dikembangkan bukan hal yang baru bagi seluruh responden, setiap nomenklatur sudah terpapar dengan responden sejak dalam masa pendidikan, sehingga walaupun penulisan diagnosa bemul sesuai dengan yang di kembangkan peneliti, akan tetapi responden sudah dapat memberikan penatalaksanaan yang sesuai. Model pengembangan nonenklatur diagnosa kebidanan ini diarahkan lebih ke arah pendokumentasian yang seragam dengan memenuhi kaidah-kaidah dari penulisan diagnosa dan memenuhi semua kebutuhan informasi yang dibutuhkan oleh bidan untuk memberikan asuhan kebidanan yang maksimal.

KESIMPULAN

Sebagian besar responden dapat menulis dengan benar model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan walaupun tidak ada pengaruh antara model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan dengan penatalaksanaan oleh bidan karena model ini hanya bertujuan untuk menyeragamkan penyebutan nomenklatur diagnosa. Kelompok I-IV model nomenklatur diagnosa kebidanan dalam kehamilan di Kota Kupang dapat diterima oleh bidan sebagai acuan dalam menuliskan diagnosa kebidanan dalam kehamilan.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kemenkes R I. Keputusan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007. Jakarta; 2007.
2. Komisi Akreditasi Rumah Sakit. Instrument Survei Standar Nasional Akreditasi RUMAH SAKIT. Indonesia; 2018.
3. Campbell A. Comprehensive Midwifery, The Role Of The Midwife in Health, Practice, Education and Research Midwife as practice. K.Hutton E, Davis BM, Kaufman K, Carty, Elaine carty MB, editors.
4. Johnson M, editor. Nursing Diagnoses, Outcomes, and Interventions: Nanda, Noc, and Nic Linkages. Mosby: The University of Michigan; 2001.
5. Wariyaka MR. Hubungan Pengetahuan dan Ketepatan Bidan dengan ketepatan dalam menetapkan diagnosa kebidanan dalam kehamilan di Kota Kupang Tahun 2017. Midwifery Med J. 2018;4:167.
6. WHO. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problem [Internet]. 2010th ed. WHO; 2011. Available from: https://www.who.int/classifications/icd/ICD10Volume2_en_2010.pdf
7. Varney H. Varneys Midwifery Third Editions. Second. London: Jones and Bartlett Publishers International; 1987.
8. Singh LCG, Sidu MK. Bad Obstetric History: A Prospective Study. Classif Spec (Obstetrics Gynaecol Mil Hosp. 2010.
9. Sembiring RL, Mappaware NA, Usmana AN. Relationship between characteristics and obstetric history with hypertension in pregnancy. Enferm Clin [Internet]. 2020; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/32204174>
10. Raisanen S, Hogue CJ., Laine K, Kramer M, Gisler M, Heinonen S. A population based study of the effect of pregnancy history on risk of stillbirth. Int J Gynecol Obstet [Internet]. 2017;140. Available from: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/ijgo.12342>
11. Souza LV. Sources for the history of gynecology and obstetrics in Brazil. Natl Libr Med [Internet]. 2018;4:1129–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30624481/>
12. Prawirohardjo S. Ilmu Kebidanan. Empat. Jakarta: PT.Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo; 2016. 120-130 p.
13. WHO, UNICEF U, Bank Wo. Managing Complications in Pregnancy and Childbirth a guide for midwives and doctors [Internet]. Departemen of Reproductive Health and Research; 2007. xi. Available from: <file:///D:/PENELITIAN/RISKESDAS 2019/68 diagnosa Kebidanan.pdf>
14. Medforth J, Battersby S, Evans M, Marsh B, Walker A. Oxford Handbook for Midwifery The Indispensable companion to all aspect of midwifery and obstetric practice. Dua. United States: Oxford University; 2011. 179-194 p.
15. Shimoda K, Leshabari S, Tashiro J. Midwives' intrapartum monitoring process and management resulting in emergency referrals in Tanzania : a qualitative study. BMC Pregnancy Childbirth. 2015;15:248.
16. Rochjati P. Skrining Antenatal pada Ibu Hamil Pengenalan faktor risiko Deteksi dini ibu hamil risiko tinggi. Dua. Surabaya: Airlangga University; 2011. 125-132 p.
17. Yanti NSF. Analisis faktor yang berhubungan dengan penggunaan kartu skor Poedji rochyati dalam deteksi dini risiko tinggi dalam kehamilan. Universitas Andalas; 2020.
18. Widarta GD, Laksana MAC, Sulistyono A, Purnomo Wi. Deteksi dini risiko ibu hamil dengan kartu skor poedji rochjati dan pencegahan faktor empat terlambat. Maj Obstet dan Ginekol. 2015;23(1):28–32.
19. Zannah AN. Pendekatan Risiko Kehamilan KAru Skor Poedji Rochyati (KSPR) dengan pola rujukan di RSD. dr. Soebandi Jember. J Kesehat dr Soebandi. 2(1):99–105.