

Program Studi
Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL 3

DOKUMENTASI KEBIDANAN

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

**PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA**

VISI

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan
Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

MODUL 3
BAHAN AJAR CETAK
KEBIDANAN

**DOKUMENTASI
KEBIDANAN**

DAFTAR ISI

BAB V: METODE DOKUMENTASI, PRINSIP PENDOKUMENTASIAN DAN PERANCANGAN FORMAT	1
Topik 1. Metode Dokumentasi	2
Latihan	2
Ringkasan	130
Tes 1	130
Topik 2.	
Prinsip Pendokumentasian Manajemen Kebidanan	132
Latihan	139
Ringkasan	140
Tes 2	141
Topik 3.	
Rancangan Format Pendokumentasian	142
Latihan	164
Ringkasan	164
Tes 2	164
KUNCI JAWABAN TES	166
GLOSARIUM	167
DAFTAR PUSTAKA	168
BAB VI: PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN SOAP	169
Topik 1.	
Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan dengan SOAP	170
Latihan	198
Ringkasan	198
Tes 1	199
Topik 2.	
Contoh Kasus Asuhan Kebidanan dengan SOAP	201
Latihan	221
.....	222

Ringkasan	
Tes 2	222
vi	
KUNCI JAWABAN TES	224
DAFTAR PUSTAKA	225

BAB V

METODE DOKUMENTASI, PRINSIP PENDOKUMENTASIAN DAN PERANCANGAN FORMAT

PENDAHULUAN

Mahasiswa Sarjana Terapan Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Bab V matakuliah Dokumentasi Kebidanan. Bab V ini berisi tentang metode dokumentasi, teknik penulisan, dan perancangan format. Metode dokumentasi adalah cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan kebidanan, karena bidan wajib melakukan pendokumentasian atas segala sesuatu yang telah dilakukannya saat melakukan asuhan kebidanan kepada klien ataupun keluarga dan masyarakat. Menurut Anda, bagaimanakah metode dokumentasi kebidanan itu? Apakah sama dengan metode dokumentasi pada umumnya? Tentu saja, metode dokumentasi kebidanan tidak jauh berbeda dengan metode dokumentasi pada umumnya. Metodenya sama, hanya isi dari yang didokumentasikan itu adalah data yang terkait dengan asuhan kebidanan. Nah, pertanyaan tersebut akan lebih dijelaskan pada Bab V ini. Selain itu, materi pada Bab V ini juga mencakup prinsip pendokumentasian beserta perancangan formatnya.

Semua materi yang akan dibahas di Bab V tersajikan pada 3 topik sebagai berikut.

1. Topik 1 tentang metode dokumentasi, yang meliputi Subjektif, Objektif, Assessment, Planning, Implementasi, Evaluasi, Reassessment (SOAPIER); Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi (SOAPIE); Subjektif, Objektif, Analysis, Planning, Implementasi, Evaluasi, Dokumentasi (SOAPIED); dan Subjektif, Objektif, Analysis, Planning (SOAP);
2. Topik 2 tentang prinsip pendokumentasian dengan pendekatan SOAP; dan
3. Topik 3 tentang perancangan format pendokumentasian.

Selanjutnya, setelah Anda selesai mempelajari Bab V ini, Anda diharapkan memiliki kemampuan untuk menjelaskan kembali tentang metode dokumentasi yang meliputi SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP; prinsip pendokumentasian dengan pendekatan SOAP, serta perancangan format pendokumentasian.

Topik 1 Metode Dokumentasi

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Topik 1 tentang metode dokumentasi. Di Topik 1 ini nanti kita akan mempelajari tentang bagaimana metode dokumentasi dengan SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP.

Saya yakin, sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Dan dalam melakukan dokumentasi tersebut, pasti menggunakan berbagai metode. Tidak akan mungkin dari seluruh dokumentasi yang dilakukan akan menggunakan hanya satu metode saja. Sama seperti ketika kita memberikan pengurangan nyeri kepada klien kita, sama sama mengurangi nyeri persalinan, tapi metode yang anda berikan berbeda-beda. Begitu juga dengan metode pendokumentasian. Pendokumentasian pun memiliki metode yang berbeda beda. Oleh karena itu, kita akan mendiskusikan tentang metode-metode dokumentasi.

Nah, saya mengajak Anda untuk mulai mencermati dari materi yang ada di Topik 1 bahkan bisa ditambah dengan membaca buku buku referensi yang telah dianjurkan sehingga anda akan memiliki pengetahuan yang dalam tentang metode dokumentasi ini. Selamat belajar.

A. METODE DOKUMENTASI SUBJEKTIF, OBJEKTIF, *ASSESSMENT*, *PLANNING*, IMPLEMENTASI, EVALUASI, REASSESSMENT (SOAPIER)

Dalam pendokumentasian metode SOAPIER, S adalah data Subjektif, O adalah data Objektif, A adalah Analysis/Assessment, P adalah Planning, I adalah Implementation, E adalah Evaluation dan R adalah Revised/Reassessment.

1. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang mempunyai ketidaksempurnaan dalam wicara, dibagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium/pemeriksaan diagnostik lain. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. *Analysis*

Langkah selanjutnya adalah *analysis*, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup: diagnosis/diagnosis dan masalah kebidanan/diagnosis, masalah kebidanan dan kebutuhan.

4. *Planning*

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

5. *Implementation*

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. *Evaluation*

Langkah selanjutnya adalah *evaluation*/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

7. *Reassessment*

Revised/revisi, adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan. Hasil evaluasi dapat dijadikan petunjuk perlu tidaknya melakukan perubahan rencana dari awal maupun perlu

tidaknya melakukan tindakan kolaborasi baru atau rujukan. Implementasi yang sesuai dengan rencana, berdasarkan prioritas dan kebutuhan klien, akan mengoptimalkan hasil yang akan dicapai. Hal yang harus diperhatikan dalam revisi adalah pencapaian target dalam waktu yang tidak lama (Muslihatun, Mufdlilah dan Setiyawati, 2009).

B. METODE DOKUMENTASI SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALYSIS, PLANNING, IMPLEMENTASI, EVALUASI (SOAPIE)

Apakah Anda sudah pernah mempelajari tentang metode dokumentasi SOAPIE? Nah, pertanyaan tersebut akan kita bahas bersama di sub topik ini. Saya yakin, sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Tapi barangkali ada sebagian dari Anda semua yang masih sedikit kurang paham tentang metode dokumentasi dengan SOAPIE. Hal tersebut sangat bisa dimaklumi karena metode dokumentasi memang tidak hanya satu sehingga perlu pemahaman yang lebih baik.

Di dalam metode SOAPIE, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning, I adalah implementation dan E adalah evaluation. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAPIE.

1. Data Subyektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Obyektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis

Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat.

Analisis data adalah melakukan interpretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. *Planning*

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan interpretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteranya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

5. *Implementation*

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. *Evaluation*

Langkah selanjutnya adalah *evaluation*/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

C. SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALYSIS, *PLANNING*, IMPLEMENTASI, EVALUASI, DOKUMENTASI (SOAPIED)

Model dokumentasi selanjutnya yang kita pelajari adalah SOAPIED. Apakah metode SOAPIED itu? Apakah Anda sudah pernah melakukan pendokumentasian dengan metode dokumentasi SOAPIED? Untuk membantu menjawab pertanyaan tersebut, silahkan Anda menyimak bahasan berikut ini.

Di dalam metode SOAPIED, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning, I adalah implementation, E adalah evaluation, dan D adalah documentation. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAPIED.

1. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis

Langkah selanjutnya adalah analisis, langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. Planning

Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Rencana asuhan disusun berdasarkan hasil analisis dan intepretasi data. Rencana asuhan ini bertujuan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya. Rencana asuhan ini harus bisa mencapai kriteria tujuan yang ingin dicapai dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan dalam batas waktu tertentu. Tindakan yang akan dilaksanakan harus mampu membantu klien mencapai kemajuan dan harus sesuai dengan hasil kolaborasi tenaga kesehatan lain, antara lain dokter.

5. Implementation

Implementation/implementasi, adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Pelaksanaan tindakan harus disetujui oleh klien, kecuali bila tindakan tidak dilaksanakan akan membahayakan keselamatan klien. Sebanyak mungkin klien harus dilibatkan dalam proses

implementasi ini. Bila kondisi klien berubah, analisis juga berubah, maka rencana asuhan maupun implementasinya pun kemungkinan besar akan ikut berubah atau harus disesuaikan.

6. Evaluation

Langkah selanjutnya adalah evaluation/evaluasi, adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Evaluasi berisi analisis hasil yang telah dicapai dan merupakan fokus ketepatan nilai tindakan/asuhan. Jika kriteria tujuan tidak tercapai, proses evaluasi ini dapat menjadi dasar untuk mengembangkan tindakan alternatif sehingga tercapai tujuan yang diharapkan.

7. Documentation

Documentation/dokumentasi adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan. Kalau Anda baca di metode dokumentasi yang lain (SOAPIER, SOAPIE dan SOAP) tindakan mendokumentasikan juga dilaksanakan. Dalam metode SOAPIED ini, langkah dokumentasi lebih dieksplisitkan (dilihatkan), agar terlihat gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. Urutan kejadian sejak klien datang ke sebuah tempat layanan kesehatan, sampai pulang (dalam keadaan sembuh, pulang paksa (APS) atau alasan lain) kemudian didokumentasikan secara utuh.

D. SUBJEKTIF, OBJEKTIF, ANALYSIS, PLANNING (SOAP)

Saat ini kita memasuki metode dokumentasi yang terakhir yang akan kita pelajari yaitu metode SOAP. Mungkin sebagian besar dari Anda sudah familiar dengan metode dokumentasi ini karena metode ini lebih umum dan lebih sering digunakan dalam pendokumentasian layanan kebidanan.

Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah planning. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis. Prinsip dari metode SOAP adalah sama dengan metode dokumentasi yang lain seperti yang telah dijelaskan diatas. Sekarang kita akan membahas satu persatu langkah metode SOAP.

1. Data Subjektif

Data subjektif ini berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderita tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analysis

Langkah selanjutnya adalah analysis. Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis.

Saudara-saudara, di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraanya.

Para mahasiswa yang saya banggakan, topik mengenai metode dokumentasi telah selesai Anda pelajari mulai dari SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP. Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, silahkan Anda kerjakanlah latihan berikut!

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan tentang data subjektif dan objektif dalam metode dokumentasi SOAPIER!
- 2) Jelaskan tentang analysis dalam metode dokumentasi SOAPIE!
- 3) Jelaskan tentang dokumentasi dalam metode dokumentasi SOAPIED!
- 4) Jelaskan tentang penatalaksanaan dalam emtode dokumentasi SOAP!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Metode dokumentasi SOAPIER.
- 2) Metode dokumentasi SOAPIE.
- 3) Metode dokumentasi SOAPIED.
- 4) Metode dokumentasi SOAP.

Ringkasan

Pada dasarnya unsur-unsur yang ada pada masing-masing metode dokumentasi adalah sama mulai dari SOAPIER, SOAPIE, SOAPIED, dan SOAP. Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data di belakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, dan hasil pemeriksaan laboratorium. Analysis merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Planning/perencanaan adalah membuat rencana asuhan saat ini dan yang akan datang. Implementation/implementasi adalah pelaksanaan asuhan sesuai rencana yang telah disusun sesuai dengan keadaan dan dalam rangka mengatasi masalah klien. Evaluation/evaluasi adalah tafsiran dari efek tindakan yang telah diambil untuk menilai efektivitas asuhan/hasil pelaksanaan tindakan. Dokumentation/dokumentasi adalah tindakan mendokumentasikan seluruh langkah asuhan yang sudah dilakukan yang memberikan gambaran urutan kejadian asuhan kebidanan yang telah diterima klien. Revised/revisi adalah mencerminkan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil evaluasi, serta implementasi yang telah dilakukan.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Metode dokumentasi yang digunakan oleh bidan sesuai dengan Permenkes 938 adalah...
 - A. SOAPIER
 - B. SOAPIED
 - C. SOAPIE
 - D. SOAP

✍️ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍️ ■

- 2) Pada data S klien dengan disabilitas tuna rungu, di dalam dokumentasinya perlu diberikan kode huruf...
 - A. O atau W
 - B. O atau X
 - C. O atau Y
 - D. O atau Z

- 3) Makna huruf E dalam metode dokumentasi SOAPIED, adalah...
 - A. Evaluasi diri
 - B. Evaluasi manajemen
 - C. Evaluasi Komponen
 - D. Evaluasi dari kegiatan asuhan kebidanan

- 4) Hasil pengumpulan data dari hasil pemeriksaan *penunjang dimasukkan dalam...*
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 5) Mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan termasuk dalam...
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

Topik 2

Prinsip Pendokumentasian Manajemen Kebidanan

Mahasiswa Sarjana Terapan Kebidanan yang saya banggakan, selamat bertemu dalam Topik 2 tentang prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan. Di Topik 2 ini kita akan mempelajari tentang apa dan bagaimana prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan.

Apakah anda sudah pernah mempelajari tentang prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan? Saya yakin, sebagian besar dari Anda semua pasti pernah melakukan dokumentasi kebidanan. Tapi barangkali ada sebagian dari Anda semua yang masih sedikit kurang paham tentang apa saja prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan. Nah, di topik ini mari kita belajar bersama tentang prinsip pendokumentasian manajemen kebidanan, sehingga harapannya Anda semua akan memiliki pemahaman yang lebih dalam dan detail. Selamat belajar.

A. KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN

Marilah kita mengingat kembali definisi bidan secara internasional adalah *“A midwife is a person who having been regularly admitted to an educational programme, fully recognised in the country in which this located, has successfully completed the prescribed course of studies in midwifery and has acquired the requisite qualifications to be registered and/or legally licensed to practice midwifery”*.

Seorang bidan harus memahami beberapa pengertian berkaitan dengan praktik pelayanan kebidanan, antara lain sebagai berikut.

1. Pelayanan kebidanan adalah seluruh tugas yang menjadi tanggung jawab praktik profesi bidan dalam sistem pelayanan kesehatan yang bertujuan meningkatkan kesehatan ibu dan anak dalam rangka mewujudkan kesehatan keluarga dan masyarakat. Pelayanan kebidanan merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan dan bertujuan untuk mewujudkan kesehatan keluarga dalam rangka tercapainya keluarga kecil bahagia sejahtera.
2. Praktik kebidanan, adalah penerapan ilmu kebidanan dalam memberikan pelayanan/asuhan kebidanan kepada klien dengan pendekatan manajemen kebidanan
3. Manajemen kebidanan, adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis mulai dari pengkajian, analisis data, diagnosa kebidanan, perencanaan dan evaluasi
4. Asuhan kebidanan, adalah penerapan fungsi dan kegiatan yang menjadi tanggung jawab bidan dalam memberikan pelayanan kepada klien yang mempunyai kebutuhan/masalah di bidang kesehatan ibu pada masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi setelah lahir serta keluarga berencana (Permenkes 1416, 2007).

1. Prinsip Proses Manajemen Kebidanan Menurut ACNM (1999)

Saudara-saudara, sekarang kita akan membahas tentang prinsip proses manajemen kebidanan menurut *American College of Nurse Midwife* (ACNM), yang terdiri dari:

- a. Secara sistematis mengumpulkan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien (ibu atau bayi baru lahir), termasuk mengumpulkan riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Bidan mengumpulkan data dasar awal lengkap, bahkan jika ibu dan bayi baru mengalami komplikasi yang mengharuskan mereka mendapat konsultasi dokter sebagai bagian dari penatalaksanaan kolaborasi.
- b. Mengidentifikasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan perawatan kesehatan yang akurat berdasarkan interpretasi data dasar yang benar. Kata masalah dan diagnosis sama-sama digunakan karena beberapa masalah tidak dapat didefinisikan sebagai sebuah diagnosis, tetapi tetap perlu dipertimbangkan dalam mengembangkan rencana asuhan kebidanan yang menyeluruh. Masalah sering kali berkaitan dengan bagaimana ibu menghadapi kenyataan tentang diagnosisnya dan ini sering kali bisa diidentifikasi berdasarkan pengalaman bidan dalam mengenali masalah seseorang. Sebagai contoh, seorang wanita didiagnosis hamil, dan masalah yang berhubungan adalah ia tidak menginginkan kehamilannya. Contoh lain mengalami ketakutan menjelang persalinan. Kebutuhan klien dapat dikenali dari diagnosis dan masalah atau salah satu diantaranya. Kebutuhan adalah sesuatu yang dibutuhkan oleh klien, akan tetapi klien tidak mengetahuinya. Bidan yang lebih tahu yang diperlukan oleh klien.
- c. Mengantisipasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, karena telah ada masalah atau diagnosis yang teridentifikasi. Langkah ini merupakan langkah sangat penting dalam memberikan asuhan kebidanan yang aman. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi yang baru lahir.
- d. Mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir. Langkah ini mencerminkan sifat kesinambungan proses penatalaksanaan, yang tidak hanya dilakukan selama asuhan awal/kunjungan pranatal periodik, tetapi juga saat bidan melakukan asuhan berkelanjutan bagi wanita tersebut, misalnya saat wanita menjalani persalinan. Data baru yang diperoleh terus dikaji dan kemudian dievaluasi. beberapa data mengindikasikan sebuah situasi kedaruratan, yang mengharuskan bidan mengambil tindakan secara cepat untuk mempertahankan nyawa ibu dan bayinya bisa dengan kolaborasi.
- e. Mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, didukung oleh penjelasan rasional yang valid, yang mendasari keputusan yang dibuat dan didasarkan pada langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini mengembangkan sebuah

rencana asuhan yang menyeluruh. Ditentukan dengan mangacu pada hasil langkah sebelumnya. Sebuah rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya melibatkan kondisi ibu dan bayi baru lahir yang terlihat dan masalah lain yang berhubungan, tetapi juga menggambarkan petunjuk antisipasi bagi ibu atau atau orang tua tentang apa yang akan terjadi selanjutnya. Petunjuk antisipasi ini juga mencakup pendidikan dan konseling kesehatan dan semua rujukan yang dibutuhkan untuk mengatasi masalah sosial, ekonomi, agama, keluarga, budaya atau psikologis.

- f. Mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisiensi dan aman. Langkah ke enam adalah melaksanakan rencana asuhan secara menyeluruh. Langkah ini dapat dilakukan secara keseluruhan oleh bidan atau dilakukan sebagian oleh ibu atau orang tua, bidan, atau anggota tim kesehatan lain. Apabila tidak bisa melakukan sendiri, bidan harus memastikan bahwa implementasi benar-benar dilakukan.
- g. Mengevaluasi keefektifan perawat kesehatan yang diberikan, mengolah kembali dengan tepat setiap aspek perawatan yang belum efektif memulai proses penatalaksanaan di atas. Langkah terakhir adalah evaluasi, merupakan tindakan untuk memeriksa apakah rencana asuhan yang dilakukan benar-benar telah mencapai tujuan, yaitu memenuhi kebutuhan ibu.

Langkah-langkah proses penatalaksanaan ini pada hakekatnya sudah menjelaskan dengan jelas pengertian masing-masing. Namun, pembahasan singkat dan pemberian contoh tugas yang dapat tercakup pada masing-masing langkah di atas dapat menjelaskan dengan jelas proses berpikir yang terlibat dalam proses klinis yang berorientasi pada tindakan.

2. Proses Manajemen Kebidanan Menurut Helen Varney (1997)

Pentingnya pengetahuan bidan tentang unsur-unsur manajemen yaitu:

- a. Penurunan AKI dan peningkatan kesh. Ibu dan anak dibutuhkan profesionalisme kebidanan sehingga merujuk pada sebuah konsep dimana bidan harus mampu membuat sebuah perencanaan, pengorganisasian dan pelaksanaan kebidanan yang berkualitas.
- b. Dibutuhkan bidan yang mampu mengorganisir pelaksanaan manajemen kebidanan baik secara individu maupun kelompok.
- c. Dengan penerapan manajemen yang baik, diharapkan tercapainya tujuan dari penyelenggaraan kesehatan.

Manajemen kebidanan adalah sebuah metode dengan pengorganisasian, pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja, melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode untuk mengorganisasikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian tahapan logis untuk pengambilan keputusan yang berfokus pada klien.

Manajemen kebidanan merupakan penerapan dari unsur, system dan fungsi manajemen secara umum. Manajemen kebidanan menyangkut pemberian pelayanan yang utuh dan meyeluruh dari bidan kepada kliennya, untuk memberikan pelayanan yang berkualitas melalui tahapan dan langkah-langkah yang disusun secara sistematis untuk mendapatkan data, memberikan pelayanan yang benar sesuai keputusan klinik yang dilakukan dengan tepat.

Proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh perawat-bidan pada awal th 1970-an. Proses ini memperkenalkan sebuah metode dengan pengorganisasian pemikiran dan tindakan-tindakan dengan urutan yang logis dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini juga menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberi asuhan. Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai.

Proses manajemen harus mengikuti urutan yang logis dan memberikan pengertian yang menyatukan pengetahuan, hasil temuan dan penilaian yang terpisah pisah menjadi satu kesatuan yang berfokus pada manajemen klien.

3. Tujuh Langkah Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Terdapat 7 langkah manajemen kebidannya menurut Varney yang meliputi langkah I pengumpulan data dasar, langkah II interpretasi data dasar, langkah III mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial, langkah IV identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera, langkah V merencanakan asuhan yang menyeluruh, langkah VI melaksanakan perencanaan, dan langkah VII evaluasi.

a. Langkah I : Pengumpulan data dasar

Dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap. Mengumpulkan semua informasi yang akurat dari sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

b. Langkah II: Interpretasi data dasar

Dilakukan identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah klien atau kebutuhan berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Kata “masalah dan diagnose” keduanya digunakan karena beberapa masalah tidak dapat diselesaikan seperti diagnosa tetapi membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam rencana asuhan kebidanan terhadap klien. Masalah bisa menyertai diagnose. Kebutuhan adalah suatu bentuk asuhan yang harus diberikan kepada klien, baik klien tahu ataupun tidak tahu.

c. Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

Mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Membutuhkan antisipasi, bila mungkin dilakukan pencegahan. Penting untuk melakukan asuhan yang aman.

d. Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan atau dokter dan atau untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien.

e. Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Merencanakan asuhan yang menyeluruh, ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Rencana asuhan yg menyeluruh meliputi apa yang sudah diidentifikasi dari klien dan dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya.

f. Langkah VI: Melaksanakan perencanaan

Melaksanakan rencana asuhan pada langkah ke lima secara efisien dan aman. Jika bidan tidak melakukannya sendiri ia tetap memikul tanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya.

g. Langkah VII: Evaluasi

Dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan meliputi pemenuhan kebutuhan akan bantuan apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan kebutuhan sebagaimana telah diidentifikasi didalam masalah dan diagnosa.

4. Standar Asuhan Kebidanan

Standar Asuhan Kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan. Standar asuhan kebidanan adalah acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan/atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan.

5. STANDAR I: Pengkajian.

1) Pernyataan Standar.

Bidan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien.

2) Kriteria Pengkajian.

a) Data tepat, akurat dan lengkap.

b) Terdiri dari data subyektif (hasil anamnesa: biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan, dan latar belakang sosial budaya).

c) Data obyektif (hasil pemeriksaan fisik, psikologis, dan pemeriksaan penunjang).

6. STANDAR II: Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

1) Pernyataan Standar.

Bidan menganalisis data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikan secara akurat dan logis untuk menegakkan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat.

2) Kriteria Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan.

- a) Diagnosa sesuai dengan nomenklatur kebidanan.
- b) Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien.
- c) Dapat diselesaikan dengan asuhan kebidanan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

7. STANDAR III: Perencanaan.

a. Pernyataan Standar.

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

b. Kriteria Perencanaan.

- 1) Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi klien, tindakan segera, tindakan antisipasi, dan asuhan secara komprehensif.
- 2) Melibatkan klien/pasien dan atau keluarga.
- 3) Mempertimbangkan kondisi psikologi, sosial budaya klien/keluarga.
- 4) Memilih tindakan yang aman sesuai kondisi dan kebutuhan klien berdasarkan evidence based dan memastikan bahwa asuhan yang diberikan bermanfaat untuk klien.
- 5) Mempertimbangkan kebijakan dan peraturan yang berlaku, sumber daya serta fasilitas yang ada.

8. STANDAR IV: Implementasi.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melaksanakan rencana asuhan kebidanan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada klien/pasien, dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Dilaksanakan secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

b. Kriteria Implementasi.

- 1) Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural.
- 2) Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (inform consent).
- 3) Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based.
- 4) Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan.
- 5) Menjaga privacy klien/pasien.
- 6) Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi.

- 7) Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan.
- 8) Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai.
- 9) Melakukan tindakan sesuai standar.
- 10) Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan.

9. STANDAR V: Evaluasi.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melakukan evaluasi secara sistematis dan berkesinambungan untuk melihat keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan, sesuai dengan perubahan perkembangan kondisi klien.

b. Kriteria Evaluasi.

- 1) Penilaian dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan sesuai kondisi klien.
- 2) Hasil evaluasi segera dicatat dan dikomunikasikan pada klien dan atau keluarga.
- 3) Evaluasi dilakukan sesuai dengan standar.
- 4) Hasil evaluasi ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi klien/pasien.

10. STANDAR VI: Pencatatan Asuhan Kebidanan.

a. Pernyataan Standar.

Bidan melakukan pencatatan secara lengkap, akurat, singkat, dan jelas mengenai keadaan/kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan.

b. Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan.

- 1) Pencatatan dilakukan segera setelah melaksanakan asuhan pada formulir yang tersedia (Rekam Medis/KMS/Status Pasien/Buku KIA).
- 2) Ditulis dalam bentuk catatan perkembangan SOAP.
- 3) S adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa.
- 4) O adalah data obyektif, mencatat hasil pemeriksaan.
- 5) A adalah hasil analisis, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
- 6) P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan.

B. PENDOKUMENTASIAN MANAJEMEN KEBIDANAN DENGAN METODE SOAP

Pendokumentasian dengan metode SOAP sudah dibahas pada Bab IV yaitu tentang metode dokumentasi. Namun di bab ini kita ulas kembali. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analisis, P adalah penatalaksanaan. Metode ini merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

1. Data Subjektif

Data subjektif berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien. Ekspresi klien mengenai kekhawatiran dan keluhannya yang dicatat sebagai kutipan langsung atau ringkasan yang akan berhubungan langsung dengan diagnosis. Pada klien yang menderita tuna wicara, dibagian data dibagian data dibelakang huruf "S", diberi tanda huruf "O" atau "X". Tanda ini akan menjelaskan bahwa klien adalah penderitanya tuna wicara. Data subjektif ini nantinya akan menguatkan diagnosis yang akan disusun.

2. Data Objektif

Data objektif merupakan pendokumentasian hasil observasi yang jujur, hasil pemeriksaan fisik klien, hasil pemeriksaan laboratorium. Catatan medik dan informasi dari keluarga atau orang lain dapat dimasukkan dalam data objektif ini sebagai data penunjang. Data ini akan memberikan bukti gejala klinis klien dan fakta yang berhubungan dengan diagnosis.

3. Analisis

Langkah ini merupakan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif. Karena keadaan klien yang setiap saat bisa mengalami perubahan, dan akan ditemukan informasi baru dalam data subjektif maupun data objektif, maka proses pengkajian data akan menjadi sangat dinamis. Di dalam analisis menuntut bidan untuk sering melakukan analisis data yang dinamis tersebut dalam rangka mengikuti perkembangan klien. Analisis yang tepat dan akurat mengikuti perkembangan data klien akan menjamin cepat diketahuinya perubahan pada klien, dapat terus diikuti dan diambil keputusan/tindakan yang tepat. Analisis data adalah melakukan intepretasi data yang telah dikumpulkan, mencakup diagnosis, masalah kebidanan, dan kebutuhan.

4. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan adalah mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan. Tujuan penatalaksanaan untuk mengusahakan tercapainya kondisi pasien seoptimal mungkin dan mempertahankan kesejahteraannya.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan makna manajemen kebidanan!
- 2) Jelaskan langkah manajemen menurut Varney!
- 3) Jelaskan langkah asuhan kebidanan menurut permenkes 938 tahun 2007!
- 4) Jelaskan langkah dokumentasi dengan SOAP!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Konsep manajemen kebidanan.
- 2) Manajemen kebidanan menurut Varney.
- 3) Asuhan kebidanan menurut Permenkes 938 tahun 2007.
- 4) Dokumentasi dengan SOAP.

Ringkasan

Prinsip proses manajemen kebidanan terdiri dari pengumpulan data dan memperbaharui data yang lengkap dan relevan dengan melakukan pengkajian yang komprehensif terhadap kesehatan setiap klien, mengidentifikasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan asuhan yang akurat berdasarkan interpretasi data dasar yang benar, mengantisipasi masalah atau diagnosis atau kebutuhan yang akan terjadi lainnya, yang dapat menjadi tujuan yang diharapkan, mengevaluasi kebutuhan akan intervensi dan/atau konsultasi bidan atau dokter yang dibutuhkan dengan segera, serta manajemen kolaborasi dengan anggota tim tenaga tenaga kesehatan lain, sesuai dengan kondisi yang diperlihatkan oleh ibu dan bayi baru lahir. Langkah selanjutnya adalah mengembangkan sebuah rencana perawatan kesehatan yang menyeluruh, dan langkah terakhir adalah mengemban tanggung jawab terhadap pelaksanaan rencana perawatan yang efisiensi dan aman.

Proses manajemen ini terdiri dari pemikiran, tindakan, perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan aman dapat tercapai. Manajemen Varney terdiri dari tujuh langkah yaitu 1) Langkah I: Pengumpulan data dasar; 2) Langkah II: Interpretasi data dasar; 3) Langkah III: mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial; 4) Langkah IV: Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera; 5) Langkah V: Merencanakan asuhan yang menyeluruh; 6) Langkah VI: Melaksanakan perencanaan; dan 7) Langkah VII: Evaluasi.

Standar asuhan kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 merupakan acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktik berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan. Mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan/atau masalah kebidanan, perencanaan, implementasi, evaluasi dan pencatatan asuhan kebidanan. Di dalam metode SOAP, S adalah data subjektif, O adalah data objektif, A adalah analysis, P adalah penatalaksanaan. Metode SOAP merupakan dokumentasi yang sederhana akan tetapi mengandung semua unsur data dan langkah yang dibutuhkan dalam asuhan kebidanan, jelas, logis.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Langkah kedua dari manajemen Varney adalah ...
 - A. Pengumpulan data dasar
 - B. Interpretasi data dasar
 - C. Identifikasi kebutuhan yang memerlukan penanganan segera
 - D. mengidentifikasi diagnosa atau masalah potensial

- 2) Langkah terakhir dari manajemen Varney adalah...
 - A. Pengumpulan data dasar
 - B. Merencanakan asuhan yang menyeluruh
 - C. Melaksanakan perencanaan
 - D. Langkah Evaluasi

- 3) Langkah terakhir dari Standar Asuhan Kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 938/Menkes/SK/VIII/2007 adalah
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 4) Analisa dalam manajemen SOAP, merupakan langkah yang ke...
 - A. Pertama
 - B. Kedua
 - C. Ketiga
 - D. Ke empat

- 5) Data hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang merupakan langkah SOAP yang mana?
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

Topik 3

Rancangan Format Pendokumentasian

Mahasiswa Sarjana Terapan Kebidanan yang saya banggakan, saat ini Anda telah memasuki Topik 3 yang merupakan topik terakhir dari Bab V ini. Di Topik ini Anda akan mempelajari tentang rancangan format pendokumentasian. Mengingat asuhan yang diberikan bidan berlaku di sepanjang siklus wanita, maka format pendokumentasian yang akan dipelajari mencakup pendokumentasian pada ibu hamil, pendokumentasian pada ibu bersalin, pendokumentasian pada bayi baru lahir (BBL), pendokumentasian pada ibu nifas, pendokumentasian pada neonatus, bayi, dan balita, pendokumentasian pelayanan KB, dan pendokumentasian kesehatan reproduksi.

A. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA IBU HAMIL

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikan konsep pendokumentasian tersebut dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil. Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada ibu hamil (format pengkajian asuhan kebidanan pada ibu hamil).

**FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU HAMIL**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Tanggal pengkajian:

Jam pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama :

c. Riwayat Menstruasi

Umur menarche : tahun;
 lamanya haid : hari;
 jumlah darah haid : × ganti pembalut.
 Haid terakhir :
 Perkiraan partus :
 Dismenorrhea Spotting
 Menorrhagia Metrorrhagia
 Pre Menstruasi Sindrom

d. Riwayat Perkawinan

Kawin : Ya / Tidak Kawin : kali
 Kawin I umur tahun, dengan suami I : tahun, ke-II : tahun

✍ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍ ■

e. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu
G P A Hidup

No	Tanggal Partus	Tempat Partus	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit (Komplikasi)	Kondisi Bayi / BB	Keadaan Anak Sekarang

f. Riwayat Hamil Sekarang

HPHT :

HPL :

Gerakan janin pertama kali dirasakan : *bulan*

Hamil Muda : () Mual () Muntah
() Perdarahan () Lain-lain :

Hamil Tua : () Pusing () Sakit Kepala
() Perdarahan () Lain-lain :

g. Riwayat Penyakit yang Lalu / Operasi

Pernah dirawat : , kapan : , dimana :

Pernah dioperasi : , kapan : , dimana :

h. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, ibu, adik, paman, bibi) yang pernah menderita sakit

() Kanker () Penyakit Hati () Hipertensi
() Diabetes Melitus () Penyakit Ginjal () Penyakit Jiwa
() Kelainan Bawaan () Hamil Kembar () Tuberculosis (TBC)
() Epilepsi () Alergi :

i. Riwayat Gynekologi

() *Infertilitas* () Infeksi Virus () PMS :
() *Cervicitis Cronis* () *Endometriosis* () *Myoma*
() *Polip Serviks* () *Kanker Kandungan* () Perkosaan
() Operasi Kandungan

j. Riwayat Keluarga Berencana

Metode KB yang pernah dipakai : Lama : tahun

Komplikasi dari KB : () Perdarahan () PID / Radang Panggul

k. Pola Makan, Minum, Eliminasi, Istirahat dan Psikososial

Pola Makan : kali/sehari; menu :

Pola Minum : cc/hari (gelas/hari)
 () Alkohol () Obat-obatan / Jamu () Kopi

Pola Eliminasi : BAK : cc/hari; warna : , keluhan :
 BAB : kali/hari; karakteristik : , keluhan :

Pola Istirahat : Tidur : jam/hari

Psikososial : Penerimaan klien terhadap kehamilan ini :

Social support dari () Suami () Orang tua
 () Mertua () Keluarga lain

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) Keadaan Emosional :
- 4) Tinggi Badan : cm Berat Badan: kg
- 5) Tanda – tanda Vital
 - Tekanan Darah : mmHg
 - Nadi : x per menit
 - Pernapasan : x per menit
 - Suhu : °C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Muka :
- 2) Mata :
- 3) Mulut :
- 4) Gigi / Gusi :
- 5) Leher :
- 6) Payudara :
- 7) Perut :
 - Palpasi : *Leopold I* :
 - Leopold II* :
 - Leopold III* :
 - Leopold IV* :
 - Tinggi Fundus Uteri :
 - Auskultasi : DJJ :
- 8) Ano – Genetalia :

- 9) Ekstremitas :
 - Atas :
 - Bawah :
- a. Pemeriksaan Penunjang
 - 1) *Hemoglobin* :
 - 2) *Golongan Darah* :
 - 3) *USG* :
 - 4) *Protein Urine* :
 - 5) *Glukosa Urine* :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

B. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA IBU BERSALIN

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada ibu bersalin (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada ibu bersalin).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU BERSALIN**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal pengkajian :

Jam pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:

b. Keluhan Utama :

c. Pola Eliminasi : BAK : cc/hari; warna : ; BAK terakhir jam :
BAB : kali/hari; warna : ; BAB terakhir jam :

d. Pola Istirahat : Tidur : jam/hari; tidur terakhir jam :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum :
2) Kesadaran :
3) Keadaan Emosional :
4) Berat Badan : kg
5) Tanda – tanda Vital
Tekanan Darah : mmHg
Nadi : x per menit
Pernapasan : x per menit
Suhu : ° C

b. Pemeriksaan Fisik

1) Mata : () Pandangan kabur
() Ada pemandangan dua
() Conjungtiva pucat
() Sklera clerik

✍ ■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ✍ ■

- 2) Payudara : () *Mamae* simetris/asimetris () Tumor
() Areola Hiperpigmentasi () Kolostrom (+)
() Puting susu menonjol
- 3) *Ekstremitas* : () Tungkai simetris/asimetris () *Edema*
() Refleks + / -

c. Pemeriksaan Khusus

1) Obstetri

Abdomen

Inspeksi : () Membesar dengan arah memanjang

- () Melebar () Pelebaran Vena
() Linea Nigra () Linea Alba
() Striae Livide () Striae Albican
() Luka bekas operasi () Lain-lain :

Palpasi : Letak punggung : Puka / Puki; presentasi : Kep / Bo; U

TFU : cm

- () Nyeri tekan () Obsborn test
() Cekungan pada perut

Taksiran Berat Janin : gram

Auskultasi : x/menit () Teratur () Tidak teratur

Bagian Terendah :

His / Kontraksi : x10' " menit () Teratur () Tidak teratur

2) Gynekologi

Ano Genital :

Inspeksi : Pengeluaran per Vulva () Darah () Lendir () Air Ketuban

Vaginal Toucher:

Kesan Panggul :

d. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin :

Cardiotocography (CTG) :

USG :

Protein Urine :

Glukosa Urine :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :
 Jam :

S :
O :
A :
P :

C. LEMBAR OBSERVASI KALA I PERSALINAN

Hari / Tanggal :
 Tempat :

Waktu	Keadaan Umum	Vital Sign	His	DJJ	Hasil VT dan Tanda Gejala Kala II

C. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA BAYI BARU LAHIR (BBL)

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada bayi baru lahir (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada bayi baru lahir).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA BAYI BARU LAHIR**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

Tanggal Pengkajian :

Jam Pengkajian :

1. Subyektif

a. Identitas Bayi

Nama :

Jenis Kelamin :

Anak ke- :

Identitas Orangtua

Ibu

Suami

Nama :

Umur :

Suku / Bangsa :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

b. Data Kesehatan

1) Riwayat Kehamilan

G P A Hidup

Komplikasi pada kehamilan :

2) Riwayat Persalinan

a) Tanggal / Jam persalinan :

b) Jenis persalinan :

c) Lama persalinan :

Kala I : menit Kala III : menit

Kala II : menit Kala IV : menit

d) Anak lahir seluruhnya jam :

e) Warna air ketuban :

f) Trauma persalinan :

g) Penolong persalinan :

h) Penyulit dalam persalinan :

i) *Bonding attachment* :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum :
- 2) Tanda-tanda Vital : Heart Rate : × / menit
Respiratory Rate : × / menit
Temperature : ° C

3) Antropometri

- Berat Badan / Panjang Badan : gram / cm
- Lingkar Dada / Lingkar Kepala : cm / cm

4) Apgar Score

Tanda	1'	5''	10''
<i>Appearance Color</i> (Warna Kulit)			
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)			
<i>Grimace</i> (Refleks)			
<i>Activity</i> (Tonus Otot)			
<i>Respiration</i> (Usaha Bernapas)			
JUMLAH			

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Kulit :
- 2) Kepala :
- 3) Mata :
- 4) Telinga :
- 5) Hidung :
- 6) Mulut :
- 7) Leher :
- 8) Klavikula :
- 9) Dada :
- 10) Umbilikus :
- 11) Ekstermitas
 - Jari / bentuk :
 - Gerakan :
 - Kelainan :
- 12) Punggung :
- 13) Genetalia :
- 14) Anus :
- 15) Eliminasi :

- c. Pemeriksaan Refleks
 - 1) *Moro* :
 - 2) *Rooting* :
 - 3) *Sucking* :
 - 4) *Grasping* :
 - 5) *Neck Righting* :
 - 6) *Tonic Neck* :
 - 7) *Startle* :
 - 8) *Babinski* :
 - 9) Merangkak :
 - 10) Menari / Melangkah:
 - 11) Ekstruasi :
 - 12) *Galant's* :

d. Pemeriksaan Penunjang:

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

D. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA IBU NIFAS

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada ibu nifas (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada ibu nifas).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU NIFAS**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Tanggal Pengkajian :
Jam Pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama :

c. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Pola Nutrisi

Setelah Melahirkan

Makan :
Minum :

2) Pola Eliminasi

Setelah Melahirkan

BAK :
BAB :
Keluhan :

3) *Personal Hygiene*

Setelah Melahirkan

Mandi & Gosok Gigi :
Ganti Pakaian :
Ganti Pembalut :

4) Istirahat

Setelah Melahirkan

Tidur :
Keluhan :

- 5) Aktivitas :
- 6) Hubungan Seksual
Keluhan :

d. Data Psikologis

- 1) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua :
- 2) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi :
- 3) Dukungan keluarga :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) Keadaan *Emosional* :
- 4) Tanda – tanda Vital
 - Tekanan Darah: mmHg
 - Nadi : × per menit
 - Pernapasan : × per menit
 - Suhu : ° C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Payudara : () Pembengkakan
() Pengeluaran ASI lancar / tidak
- 2) Perut : Fundus Uteri :
Kontraksi Uterus :
Kandung Kemih :
- 3) *Vulva dan Perineum*
 - Pengeluaran *Lokhea* : () *Rubra* () *Sanguilenta*
() *Serosa* () *Alba*
() *Lochiastasis* () *Infeksi*
 - Luka *Perineum* : () Kemerahan () *Edema* () *Echimosi*
() *Discharge* () Menyatu / Tidak
- 4) Ekstremitas : () *Edema* : Atas / Bawah
() *Nyeri* : Atas / Bawah
() *Kemerahan* : Atas / Bawah

c. Pemeriksaan Penunjang

- Hemoglobin* :
- Protein Urine* :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

- Tanggal :
- Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :
 Jam :
S :
O :
A :
P :

E. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PADA NEONATUS, BAYI, DAN BALITA

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada neonatus, bayi, dan balita (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada neonatus, bayi, dan balita).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
 PADA NEONATUS**

A. FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

1. Subyektif

a. Identitas Anak

Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin :
 Anak ke- :

b. Identitas Orangtua

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

c. Keluhan Utama :

d. Data Kesehatan

1) Riwayat Persalinan

a) Tanggal / Jam persalinan :
 b) Jenis persalinan :

■ DOKUMENTASI KEBIDANAN ■

- c) Lama persalinan :
- | | | | |
|-----------|-------|------------|-------|
| Kala I : | menit | Kala III : | menit |
| Kala II : | menit | Kala IV : | menit |
- d) Anak lahir seluruhnya jam :
- 2) Riwayat Kesehatan yang Lalu
- a) Penyakit yang lalu :
- b) Riwayat Perawatan
- Pernah dirawat di:
- Penyakit :
- c) Riwayat Operasi
- Pernah dioperasi di:
- Penyakit :
- 3) Riwayat Kesehatan Keluarga (Ayah, ibu, adik, paman, bibi) yang pernah menderita sakit
- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> <i>Kanker</i> | <input type="checkbox"/> Penyakit Hati | <input type="checkbox"/> <i>Hipertensi</i> |
| <input type="checkbox"/> <i>Diabetes Melitus</i> | <input type="checkbox"/> Penyakit Ginjal | <input type="checkbox"/> Penyakit Jiwa |
| <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan | <input type="checkbox"/> Hamil Kembar | <input type="checkbox"/> TBC |
| <input type="checkbox"/> <i>Epilepsi</i> | <input type="checkbox"/> Alergi : | |
- 4) Riwayat Imunisasi
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hepatitis 0 | <input type="checkbox"/> Pentavalen 3 / Polio 4 |
| <input type="checkbox"/> BCG / Polio 1 | <input type="checkbox"/> Campak |
| <input type="checkbox"/> Pentavalen 1 / Polio 2 | <input type="checkbox"/> Pentavalen 4 |
| <input type="checkbox"/> Pentavalen 2 / Polio 3 | <input type="checkbox"/> Lain-lain : |
- e. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
- 1) Nutrisi :
- Keluhan :
- 2) Pola Istirahat
- Tidur siang :
- Tidur malam :
- 3) *Eliminasi*
- BAK :
- BAB :
- 4) Personal Hygiene
- Mandi :
- Ganti pakaian :

2. Obyektif

- a. Pemeriksaan Umum
- 1) Keadaan Umum :

- 2) Tanda-tanda Vital: HR : x / menit
RR : x / menit
T : °C
- 3) BB sekarang / PB : gram / cm

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Kulit :
2) Kepala :
3) Mata :
4) Mulut :
5) Perut :
6) Ekstermitas :
7) Genetalia :

c. Pemeriksaan Refleks

- 1) *Morro* :
2) *Rooting* :
3) *Sucking* :
4) *Grasping* :
5) *Neck Righting* :
6) *Tonic Neck* :
7) *Startle* :
8) *Babinski* :
9) Merangkak :
10) Menari / Melangkah :
11) *Ekstruasi* :
12) *Galant's* :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :
Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

F. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN PELAYANAN KB

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada pelayanan KB (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada pelayanan KB).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PELAYANAN KB**

Hari, tanggal :

Pukul :

1. Identitas

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:

Alamat :

2. Data Subyektif

- a. Alasan Kunjungan :
- b. Keluhan Utama :
- c. Riwayat Menstruasi:
- d. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Kehamilan ke-	UK	Riwayat persalinan	Penyulit persalinan	Jenis kelamin	Komplikasi nifas	Usia Sekarang	Riwayat menyusui

- e. Riwayat Kesehatan :
- f. Pola Aktivitas
 - 1) Nutrisi
 - 2) Istirahat
 - 3) Aktivitas
 - 4) Hubungan seksual
- g. Data Psikososial

1. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) KU :
- 2) Kesadaran :
- 3) TTV :
- 4) TD :
- 5) Suhu :
- 6) RR :
- 7) Nadi :
- 8) Tinggi badan: cm
- 9) Berat Badan: kg

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Kepala :
- 2) Mata :
- 3) Hidung :
- 4) Mulut :
- 5) Telinga :
- 6) Leher :
- 7) Payudara :
- 8) Abdomen :
- 9) Genetalia :
- 10) Anus :
- 11) Ekstremitas :
 - Atas :
 - Bawah :

c. Pemeriksaan Penunjang

2. Analisa :

3. Penatalaksanaan

- Tanggal :
- Waktu :

G. RANCANGAN FORMAT PENDOKUMENTASIAN KESEHATAN REPRODUKSI

Berikut ini adalah contoh lembar pendokumentasian pada kesehatan reproduksi (lembar pengkajian asuhan kebidanan pada kesehatan reproduksi).

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
KESEHATAN REPRODUKSI**

No. RM :
 Tanggal Pengkajian :
 Pukul :
 Pengkaji :

1. Data Subyektif

a. Identitas

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama

c. Riwayat menstruasi

- 1) Menarche : tahun
- 2) Siklus menstruasi : hari (menstruasi terakhir)
- 3) Lama : hari
- 4) Warna :
- 5) Keluhan :

d. Riwayat perkawinan

- 1) Umur saat menikah : tahun
- 2) Lama : tahun
- 3) Perkawinan ke :
- 4) Jumlah anak : orang

e. Riwayat kesehatan

- 1) Riwayat kesehatan ibu
- 2) Riwayat kesehatan keluarga
- 3) Tidak pernah menderita penyakit keturunan.

f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Kehamilan ke-	Komplikasi	Jenis Persalinan	Komplikasi	Penolong	BB Lahi	JK	Komplikasi Masa Nifas	Keadaan Anak	Umur

g. Riwayat KB

No.	Jenis Alkon	Lama Pakai	Keluhan	Tahun Lepas	Alasan

h. Pola pemeriksaan kebutuhan sehari-hari

- 1) Nutrisi
 - Makan : x/hari
 - Minum : /hari
- 2) Eliminasi
 - BAK : x/hari
 - BAB : x/hari
- 3) Istirahat : jam/hari
- 4) Aktifitas :
- 5) Hygiene : mandi x/hari
- 6) Pola seksual :
- Keluhan :

i. Data psikologi dan spiritual

j. Riwayat sosial budaya

- 1) Peran Ibu
- 2) Dukungan
- 3) Budaya

k. Pola kesehatan sehari-hari

l. Pola lingkungan

m. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

- 1) Keadaan umum :
- 2) Kesadaran :
- 3) TB :
- 4) BB :
- 5) LILA :
- 6) Vital Sign
 - Tekanan darah : mmHg
 - Nadi : x/menit
 - Suhu : °C
 - Respirasi : x/menit

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala :
- 2) Telinga :
- 3) Muka :
- 4) Mata :
- 5) Hidung :
- 6) Mulut :
- 7) Gigi :
- 8) Leher :
- 9) Dada :
- 10) Payudara :
- 11) Abdomen :
- 12) Ekstremitas atas dan bawah :
- 13) Genital :
- 14) Kulit :

3. Analisis

- a. Diagnosa Kebidanan
- b. Masalah

4. Penatalaksanaan

- Tanggal :
- Waktu :

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Pada data sosial, data apa saja yang digali?
- 2) Jelaskan tentang langkah ke tiga dari rancangan dokumentasi dengan SOAP untuk asuhan bayi baru lahir!
- 3) Sebutkan contoh data subyektif pada asuhan ibu bersalin kala I!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Data subyektif pada pendokumentasian.
- 2) Pendokumentasian SOAP pada bayi baru lahir.
- 3) Data subyektif pendokumentasian pada ibu bersalin.

Ringkasan

Pada pendokumentasian dengan SOAP harus bisa menggali data sedetail mungkin sehingga kita bisa memberikan asuhan yang terbaik bagi klien. Langkah dalam setiap asuhan dengan rancangan SOAP harus meliputi empat unsur yaitu Subyektif, Obyektif, Analisis dan Penatalaksanaan. Format pendokumentasian pada asuhan kebidanan meliputi pendokumentasian pada ibu hamil, pendokumentasian pada ibu bersalin, pendokumentasian pada bayi baru lahir (BBL), pendokumentasian pada ibu nifas, pendokumentasian pada neonatus, bayi, dan balita, pendokumentasian pelayanan KB, dan pendokumentasian kesehatan reproduksi.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Data obyektif ibu hamil sebagai tanda pasti kehamilan adalah....
 - A. Keluhan mual mutah
 - B. Tidak menstruasi
 - C. Merasa pusing
 - D. Takut

- 2) Pengetahuan ibu bersalin tentang tanda-tanda persalinan, dimasukkan *dalam data*....
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 3) Adanya keluhan nipple lecet, dimasukkan *dalam data ibu nifas pada bagian*....
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 4) Seorang perempuan dengan KB suntik 3 bulanan, dimasukkan dalam....
 - A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

- 5) Monitoring TTV BBL setiap jam sekali, dimasukkan dalam....
- A. Subyektif
 - B. Obyektif
 - C. Analisis
 - D. Penatalaksanaan

Kunci Jawaban Tes

Tes 1

- 1) *D*
- 2) *B*
- 3) *D*
- 4) *B*
- 5) *D*

Tes 2

- 1) *B*
- 2) *D*
- 3) *D*
- 4) *C*
- 5) *B*

Tes 3

- 1) *B*
- 2) *A*
- 3) *A*
- 4) *C*
- 5) *D*

Glosarium

<i>BBL</i>	:	Bayi Baru lahir.
Balita	:	Bawah Lima Tahun.
KB	:	Keluarga Berencana.

Daftar Pustaka

- Fauziah, Afroh, & Sudarti (2010). *Buku ajar dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Gondodiputro,S. (2007). *Rekam Medis dan sistem informasi kesehatan di Pelayanan Kesehatan Primer (PUSKESMAS)*. Diakses dari http://resources.unpad.ac.id/unpad-content/uploads/publikasi_dosen/Rekam%20Medis%20dan%20SIK.PDF.
- Muslihatun, Mudlilah, & Setiyawati (2009). *Dokumentasi kebidanan*. Yogyakarta: Fitramaya.
- Pusdiknakes-WHO-JHIPIEGO (2003). *Konsep asuhan kebidanan*. Jakarta: Pusdiknakes.
- Samil, R.S. (2001). *Etika kedokteran Indonesia*. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo.
- Sweet, B. dan Tiran, D. (1997). *Maye's midwifery: a textbook for midwife*. London: Baillire Tindal.
- Varney (1997). *Varney's midwifery, 3rd Edition*. Sudbury England: Jones and Barlet Publishers.
- Widan & Hidayat (2011). *Dokumentasi kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika.

BAB VI PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN DENGAN SOAP

PENDAHULUAN

Mahasiswa sarjana Terapan Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Bab VI matakuliah Dokumentasi Kebidanan. Di Bab VI ini akan membahas tentang pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP. Pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP merupakan cara menggunakan dokumentasi dalam penerapan proses asuhan kebidanan dengan langkah yang terdiri dari Subyektif, Obyektif, Analisis, dan Penatalaksanaan. Walaupun kelihatan sederhana, namun SOAP merupakan pendokumentasian asuhan kebidanan yang memenuhi unsur-unsur penting dalam dokumentasi. Konsep pendokumentasian dengan SOAP ini telah Anda pelajari pada Bab IV dan V. Namun pada bab ini lebih terfokus pada bentuk implementasi dari asuhan kebidanan dengan SOAP yaitu mempelajari tentang tinjauan teori asuhan kebidanan dengan SOAP dan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP pada ibu hamil, ibu bersalin, neonatus, bayi, dan balita, serta ibu nifas.

Bahasan pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP di bab ini disajikan dalam 2 topik sebagai berikut.

1. Topik 1 tentang tinjauan teori asuhan kebidanan dengan SOAP.
2. Topik 2 tentang contoh pendokumentasian asuhan kebidanan dengan SOAP.

Selanjutnya setelah Anda selesai mempelajari Bab VI ini, Anda diharapkan memiliki kemampuan untuk membuat dokumentasi asuhan kebidanan dengan SOAP, khususnya pada asuhan kehamilan, asuhan persalinan, asuhan nifas, serta asuhan neonatus, bayi, dan balita.

Topik 1

Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan dengan SOAP

Mahasiswa RPL sarjana terapan Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Topik 1 tentang tinjauan teori asuhan kebidanan dengan SOAP. Di topik ini Anda akan belajar secara teori cara mengisi format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas, neonatus, sebagai acuan Saudara membahas kasus yang ditemui dalam memberikan pelayanan.

A. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikan konsep pendokumentasian tersebut dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil. Berikut ini merupakan cara pengisian pendokumentasian secara teori, sehingga Anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden pre-eklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney, dkk, 2007).
- c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
- d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.

- f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbang kembang janin dalam kandungan, yang dalam hal ini dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu hamil.
 - g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.
- 2) Keluhan Utama: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal yang wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).
 - 3) Riwayat Menstruasi: Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga didapatkan hari pertama haid terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya (Prawirohardjo, 2010).
 - 4) Riwayat Perkawinan: Untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifas-nya.
 - 5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu: Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan akan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini (Varney, dkk, 2007).
 - 6) Riwayat Hamil Sekarang: Untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid terakhir digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin (Varney, dkk, 2007). Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai minggu ke-20 kehamilan (Bobak, dkk, 2005).
 - 7) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi: Adanya penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka (Hidayat dan Uliyah, 2008). Gangguan sirkulasi dan perfusi jaringan dapat terjadi pada penderita diabetes melitus. Selain itu, hiperglikemia dapat menghambat fagositosis dan menyebabkan terjadinya infeksi jamur dan ragi pada luka jalan lahir (Johnson dan Taylor, 2005).
 - 8) Riwayat Penyakit Keluarga: Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga.
 - 9) Riwayat Gynekologi: Untuk mengetahui riwayat kesehatan reproduksi ibu yang kemungkinan memiliki pengaruh terhadap proses kehamilannya.

- 10) Riwayat Keluarga Berencana: Untuk mengetahui penggunaan metode kontrasepsi ibu secara lengkap dan untuk merencanakan penggunaan metode kontrasepsi setelah masa nifas ini.
- 11) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Pola Nutrisi: Makanan yang dianjurkan untuk ibu hamil antara lain daging tidak berlemak, ikan, telur, tahu, tempe, susu, brokoli, sayuran berdaun hijau tua, kacang-kacangan, buah dan hasil laut seperti udang. Sedangkan makanan yang harus dihindari oleh ibu hamil yaitu hati dan produk olahan hati, makanan mentah atau setengah matang, ikan yang mengandung merkuri seperti hiu dan marlin serta *kafein* dalam kopi, teh, coklat maupun kola. Selain itu, menu makanan dan pengolahannya harus sesuai dengan Pedoman Umum Gizi Seimbang (Mochtar, 2011).
 - b) Pola *Eliminasi*: Pada kehamilan trimester III, ibu hamil menjadi sering buang air kecil dan *konstipasi*. Hal ini dapat dicegah dengan konsumsi makanan tinggi serat dan banyak minum air putih hangat ketika lambung dalam keadaan kosong untuk merangsang gerakan peristaltik usus (Mochtar, 2011).
 - c) Pola Istirahat: Pada wanita usia reproduksi (20-35 tahun) kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - d) Psikososial: Pada setiap trimester kehamilan ibu mengalami perubahan kondisi psikologis. Perubahan yang terjadi pada trimester 3 yaitu periode penantian dengan penuh kewaspadaan. Oleh karena itu, pemberian arahan, saran dan dukungan pada ibu tersebut akan memberikan kenyamanan sehingga ibu dapat menjalani kehamilannya dengan lancar (Varney, dkk, 2006). Data sosial yang harus digali termasuk dukungan dan peran ibu saat kehamilan ini.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c) Keadaan *Emosional*: Stabil.
- d) Tinggi Badan: Untuk mengetahui apakah ibu dapat bersalin dengan normal. Batas tinggi badan minimal bagi ibu hamil untuk dapat bersalin secara normal adalah 145 cm. Namun, hal ini tidak menjadi masalah jika janin dalam kandungannya memiliki taksiran berat janin yang kecil (Kemenkes RI, 2013).
- e) Berat Badan: Penambahan berat badan minimal selama kehamilan adalah ≥ 9 kg (Kemenkes RI, 2013).
- f) LILA: Batas minimal LILA bagi ibu hamil adalah 23,5 cm (Kemenkes RI, 2013).
- g) Tanda-tanda Vital: Rentang tekanan darah normal pada orang dewasa sehat adalah 100/60 – 140/90 mmHg, tetapi bervariasi tergantung usia dan variable lainnya.

WHO menetapkan *hipertensi* jika tekanan *sistolik* ≥ 160 mmHg dan tekanan *diastolic* ≥ 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit. Nilai normal untuk suhu per *aksila* pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C (Johnson dan Taylor, 2005). Sedangkan menurut Varney, dkk. (2006), pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 x/menit.

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (*Chloasma Gravidarum*) akibat *Melanocyte Stimulating Hormone* (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- b) Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
- c) Mulut: Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis.
- d) Gigi/Gusi: Gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini (Hidayat dan Uliyah, 2008). Karena pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan (Mochtar, 2011).
- e) Leher: Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- f) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- g) Perut:
 - Inspeksi : Muncul *Striae Gravidarum* dan *Linea Gravidarum* pada permukaan kulit perut akibat *Melanocyte Stimulating Hormon* (Mochtar, 2011).
 - Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin.

Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan konvergen (Kedua jari-jari pemeriksa menyatu yang berarti bagian terendah janin belum masuk panggul) atau divergen (Kedua jari-jari pemeriksa tidak menyatu yang berarti bagian terendah janin sudah masuk panggul) serta seberapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011). Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2010). Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin fleksi (Cunningham, dkk, 2009).

Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu:

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram}$$

- h) Ano-Genitalia : Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genitalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus.
 - i) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleksi patella menunjukkan respons positif.
- 3) Pemeriksaan Penunjang
- a) Hemoglobin: Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar *hemoglobin*-nya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki *hemoglobin* > 10gr/dL (Varney, dkk, 2006).
 - b) Golongan darah: Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2013).
 - c) USG: Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan (Mochtar, 2011).
 - d) Protein urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti G₂P₁A₀ usia 22 tahun usia kehamilan 30 minggu fisiologis dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta rasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).

Contoh kebutuhan TM III adalah perubahan fisik dan psikologis ibu TM III, tanda-tanda persalinan, tanda bahaya kehamilan TM III, persiapan persalinan, pengurang rasa nyeri saat persalinan, pendamping persalinan, ASI, cara mengasuh bayi, cara memandian bayi, imunisasi dan KB.

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Sesuai dengan Kemenkes RI (2013), standar pelayanan *antenatal* merupakan rencana asuhan pada ibu hamil yang minimal dilakukan pada setiap kunjungan *antenatal*, antara lain timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur TFU, tentukan status imunisasi dan berikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, berikan tablet tambah darah, tentukan presentasi janin dan hitung DJJ, berikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, *body mekanik*, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, berikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan lakukan tatalaksana.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada ibu dalam bentuk upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Asuhan kebidanan pada ibu hamil itu meliputi menimbang berat badan, mengukur tinggi badan, mengukur tekanan darah, mengukur LILA, mengukur TFU, menentukan status imunisasi dan memberikan imunisasi TT sesuai status imunisasi, memberikan tablet tambah darah, menentukan presentasi janin dan menghitung DJJ, memberikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, *body mekanik*, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, memberikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan melakukan tatalaksana.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindaklanjuti sesuai dengan kondisi ibu. Berikut adalah uraian evaluasi dari pelaksanaan.

- a. Telah dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, tekanan darah, LILA, dan TFU.
- b. Status imunisasi tetanus ibu telah diketahui dan telah diberikan imunisasi TT sesuai dengan status imunisasi.
- c. Telah diberikan tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
- d. Telah didapat presentasi janin dan denyut jantung janin.
- e. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, *body mekanik*, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi.
- f. Telah dilakukan pemeriksaan laboratorium.
- g. Telah diberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai dengan permasalahan yang dialami.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.
- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

B. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikannya dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu bersalin. Berikut ini adalah cara pengisian pendokumentasian pada ibu bersalin secara teori, sehingga Anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan, dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
 - b) Umur: Semakin tua usia seorang ibu akan berpengaruh terhadap kekuatan mengejan selama proses persalinan. Menurut Varney, dkk (2007), usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden *pre-eklampsia* dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden *diabetes melitus* tipe II, *hipertensi* kronis, persalinan yang lama pada *nulipara*, *seksio sesaria*, persalinan *preterm*, *IUGR*, *anomali* kromosom dan kematian janin.
 - c) Suku/Bangsa: Asal daerah dan bangsa seorang ibu berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut.
 - d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
 - e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
 - f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.
 - g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.
- 2) Keluhan Utama: Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluarkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2011).
 - 3) Pola Nutrisi: Bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anastesi jika pembedahan diperlukan (Varney, dkk, 2007).
 - 4) Pola Eliminasi: Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam (Varney, dkk, 2007).
 - 5) Pola Istirahat: Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c) Keadaan Emosional: Stabil.
- d) Berat Badan: Bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu.
- e) Tanda-tanda Vital: Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah akan kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5° C sampai 1° C. Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan (Varney, dkk, 2007).

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (*Chloasma Gravidarum*) akibat *Melanocyte Stimulating Hormon* (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- b) Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.
- c) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat, puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul stretchmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.
- d) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Obstetri

Abdomen

Inspeksi : Menurut Mochtar (2011), muncul garis-garis pada permukaan kulit perut (*Striae Gravidarum*) dan garis pertengahan pada perut (*Linea Gravidarum*) akibat *Melanocyte Stimulating Hormon*.

Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi *fundus uteri* dan bagian janin yang terdapat pada *fundus*. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri, menentukan letak punggung janin dan pada letak lintang, menentukan letak kepala janin. Leopold 3, menentukan bagian terbawah janin dan menentukan apakah bagian terbawah tersebut sudah masuk ke pintu atas panggul atau masih dapat digerakkan. Leopold 4, pemeriksa menghadap ke arah kaki ibu hamil dan menentukan bagian terbawah janin dan berapa jauh bagian terbawah janin masuk ke pintu atas panggul (Mochtar, 2011).

Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, *prematum*, atau *postmatum*.

Tafsiran Berat Janin: Menurut Manuaba, dkk (2007), berat janin dapat ditentukan dengan rumus Lohanson, yaitu:

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 12) \times 155 \text{ gram}$$

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

$$\text{Berat janin} = (\text{TFU} - 11) \times 155 \text{ gram}$$

Auskultasi: Denyut jantung janin normal adalah antara 120-160 x/menit (Kemenkes RI, 2013).

Bagian Terendah: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, presentasi normal janin adalah presentasi kepala dengan letak memanjang dan sikap janin *fleksi* (Cunningham, dkk, 2009).

Kontraksi: Durasi kontraksi *uterus* sangat bervariasi, tergantung pada kala persalinan ibu tersebut. Kontraksi pada awal persalinan mungkin hanya berlangsung 15 sampai 20 detik sedangkan pada persalinan kala I fase aktif berlangsung dari 45 sampai 90 detik dengan durasi rata-rata 60 detik. Informasi mengenai kontraksi ini membantu untuk membedakan antara kontraksi persalinan sejati dan persalinan palsu (Varney, dkk, 2007).

b) Gynekologi

Ano – Genetalia

Inspeksi: Pengaruh hormon *estrogen* dan *progesteron* menyebabkan pelebaran pembuluh darah sehingga terjadi *varises* pada sekitar *genetalia*. Namun tidak semua ibu hamil akan mengalami *varises* pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat *hemoroid* pada *anus* serta pembengkakan pada kelenjar *bartolini* dan kelenjar *skene*. Pengeluaran *pervaginam* seperti *bloody show* dan air ketuban juga harus dikaji untuk memastikan adanya tanda dan gejala persalinan (Mochtar, 2011).

Vaginal Toucher: Pemeriksaan *vaginal toucher* bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, *moulding*, *kaput suksedaneum* dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu (Varney, dkk, 2007). Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2011).

Kesan Panggul: Bertujuan untuk mengkaji keadekuatan panggul ibu selama proses persalinan (Varney, dkk, 2007). Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis *ginekoid* dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan (Prawirohardjo, 2010).

4) Pemeriksaan Penunjang

- a) *Hemoglobin*: Selama persalinan, kadar *hemoglobin* mengalami peningkatan 1,2 gr/100 ml dan akan kembali ke kadar sebelum persalinan pada hari pertama pasca partum jika tidak kehilangan darah yang abnormal (Varney, dkk, 2007).
- b) *Cardiotocography* (CTG): Bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin.
- c) USG: Pada akhir trimester III menjelang persalinan, pemeriksaan USG dimaksudkan untuk memastikan presentasi janin, kecukupan air ketuban, tafsiran berat janin, denyut jantung janin dan mendeteksi adanya komplikasi (Mochtar, 2011).
- d) Protein *Urine* dan *glukosa urine*: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan *nomenklatur* kebidanan, seperti G₂P₁A₀ usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala I fase aktif dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan yang dapat muncul pada proses persalinan (Varney, dkk, 2007). Kebutuhan ibu bersalin menurut Leaser & Keanne dalam Varney (1997) adalah pemenuhan kebutuhan fisiologis (makan, minum, oksigenasi, eliminasi, istirahat dan tidur),

kebutuhan pengurangan rasa nyeri, support person (atau pendampingan dari orang dekat), penerimaan sikap dan tingkah laku serta pemberian informasi tentang keamanan dan kesejahteraan ibu dan janin.

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Penilaian dan intervensi yang akan dilakukan saat persalinan adalah sebagai berikut.

a. Kala I

- 1) Lakukan pengawasan menggunakan *partograf*, meliputi ukur tanda-tanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung kontraksi *uterus*, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi *urine*, *aseton* dan protein (WHO, 2013).
- 2) Penuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
- 3) Atur aktivitas dan posisi ibu yang nyaman.
- 4) Fasilitasi ibu untuk buang air kecil.
- 5) Hadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
- 6) Ajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
- 7) Berikan sentuhan, pijatan, *counterpressure*, *pelvic rocking*, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta ajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.
- 8) Informasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

b. Kala II

- 1) Anjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
- 2) Ajari ibu cara meneran yang benar.
- 3) Lakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

c. Kala III

Lakukan pertolongan kelahiran *plasenta* sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

d. Kala IV

- 1) Lakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 2) Fasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 3) Lakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan *evidence based* kepada ibu.

a. Kala I

- 1) Melakukan pengawasan menggunakan *partograf*, meliputi mengukur tanda-tanda vital ibu, menghitung denyut jantung janin, menghitung kontraksi *uterus*, melakukan pemeriksaan dalam, serta mencatat produksi *urine*, *aseton*, dan protein (WHO, 2013).
- 2) Memenuhi kebutuhan cairan dan nutrisi ibu.
- 3) Mengatur aktivitas dan posisi ibu.
- 4) Memfasilitasi ibu untuk buang air kecil.
- 5) Menghadirkan pendamping ibu seperti suami maupun anggota keluarga selama proses persalinan.
- 6) Mengajari ibu tentang teknik relaksasi yang benar.
- 7) Memberikan sentuhan, pijatan, *counterpressure*, *pelvic rocking*, kompres hangat dingin pada pinggang, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian serta mengajari ibu tentang teknik relaksasi dengan cara menarik napas panjang secara berkesinambungan untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan oleh ibu.
- 8) Menginformasikan tentang perkembangan dan kemajuan persalinan pada ibu maupun keluarga.

b. Kala II

- 1) Menganjurkan ibu untuk memilih posisi yang nyaman saat bersalin.
- 2) Mengajari ibu cara meneran yang benar.
- 3) Melakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

c. Kala III

Melakukan pertolongan kelahiran *plasenta* sesuai dengan manajemen aktif kala III yang tercantum dalam asuhan persalinan normal.

d. Kala IV

- 1) Melakukan penjahitan luka jika ada luka pada jalan lahir.
- 2) Memfasilitasi ibu untuk memperoleh kebersihan diri, istirahat dan nutrisi.
- 3) Melakukan observasi kala IV sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi ibu.

a. Kala I

- 1) Telah dilakukan pengawasan menggunakan *partograf*, meliputi ukur tanda-tanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung kontraksi *uterus*, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi *urine*, *aseton* dan protein (WHO, 2013).
- 2) Ibu bersedia untuk makan dan minum sebagai upaya persiapan kelahiran bayi.
- 3) Ibu memilih untuk jalan-jalan terlebih dahulu lalu berbaring dengan posisi miring ke kiri.
- 4) Ibu bersedia untuk buang air kecil secara mandiri.
- 5) Suami ibu dan atau anggota keluarga ibu telah mendampingi ibu selama proses persalinan.
- 6) Ibu mengerti dan dapat melakukan teknik relaksasi dengan benar.
- 7) Telah diberikan sentuhan, pijatan, *counterpressure*, *pelvic rocking*, kompres hangat dingin pada punggung, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian pada ibu, ibu dapat melakukan teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dengan baik dan benar serta ibu merasa nyaman.
- 8) Ibu maupun keluarga telah mendapatkan informasi mengenai perkembangan dan kemajuan persalinan.

b. Kala II

- 1) Ibu memilih posisi setengah duduk untuk melahirkan bayinya.
- 2) Ibu mengerti dan dapat meneran dengan benar.
- 3) Bayi lahir jam 10.00 WIB menangis kuat dengan jenis kelamin laki-laki (Hanya sebagai contoh).

c. Kala III

Plasenta lahir spontan dan lengkap pada jam 10.10 WIB dengan luka pada jalan lahir (Hanya sebagai contoh).

d. Kala IV

- 1) Luka pada jalan lahir telah didekatkan dengan teknik penjahitan jelujur dan benang cromatic.
- 2) Ibu bersedia untuk disibin, istirahat, makan dan minum.
- 3) Observasi kala IV telah dilakukan sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.

- d. P adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

C. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR (BBL) DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian asuhan kebidanan pada BBL dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikannya dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada BBL. Berikut ini merupakan cara pengisian pendokumentasian secara teori, sehingga anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas Bayi

- a) Nama: Untuk mengenal bayi.
- b) Jenis Kelamin: Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan *genetalia*.
- c) Anak ke-: Untuk mengkaji adanya kemungkinan *sibling rivalry*.

2) Identitas Orangtua

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b) Umur: Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.
- c) Suku/Bangsa : Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
- d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai dengan keyakinannya sejak lahir.
- e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.
- f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.

- g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan bayi.
- 3) Data Kesehatan
- a) Riwayat Kehamilan: Untuk mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan *skrining test* dengan tepat dan segera.
 - b) Riwayat Persalinan: Untuk menentukan tindakan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir.
- b. Data Obyektif
- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Tanda-tanda Vital: Pernapasan normal adalah antara 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110-160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara *aksila* adalah 36,5-37,5° C (Johnson dan Taylor, 2005).
 - c) *Antropometri* : Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35 cm) (Ladewig, London dan Olds, 2005). Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005).
 - d) *Apgar Score*: Skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik (Johnson dan Taylor, 2005).
 - 2) Pemeriksaan Fisik Khusus
 - a) Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan *perfusi perifer* yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda *perfusi perifer* baik dapat dikaji dengan mengobservasi *membran* mukosa, telapak tangan dan kaki. Bila bayi tampak pucat atau *sianosis* dengan atau tanpa tanda-tanda *distress* pernapasan harus segera dilaporkan pada dokter anak karena dapat mengindikasikan adanya penyakit. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tanda-tanda infeksi dan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).
 - b) Kepala: Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Moulding harus sudah menghilang dalam 24

jam kelahiran. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Johnson dan Taylor, 2005).

- c) Mata: Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan dan usapannya dapat dilakukan jika diindikasikan (Johnson dan Taylor, 2005).
- d) Telinga: Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semula ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Johnson dan Taylor, 2005).
- e) Hidung: Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.
- f) Mulut: Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Johnson dan Taylor, 2005).
- g) Leher: Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomi 21 (Johnson dan Taylor, 2005).
- h) Klavikula: Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Johnson dan Taylor, 2005).
- i) Dada: Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam (WHO, 2013).
- j) Umbilikus: Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket (Johnson dan Taylor, 2005).

- k) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya. Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).
 - l) Punggung: Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Johnson dan Taylor, 2005).
 - m) Genitalia: Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya (Saifuddin, 2006).
 - n) Anus: Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani (Johnson dan Taylor, 2005).
 - o) Eliminasi: Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah (Johnson dan Taylor, 2005).
- 3) Pemeriksaan Refleks
- a) *Morro*: Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut *fleksi* kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis (Ladewig, dkk., 2005). Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleks tidak simetris menunjukkan adanya *hemiparises*, *fraktur klavikula* atau cedera *fleksus brakhialis*. Sedangkan tidak adanya respons pada ekstremitas bawah menunjukkan adanya dislokasi pinggul atau cedera *medulla spinalis* (Hidayat dan Uliyah, 2005).
 - b) *Rooting*: Sentuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - c) *Sucking*: Bayi menghisap dengan kuat dalam berespons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keadaan neurologi yang abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - d) *Grasping*: Respons bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (Jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini

menghilang pada 3-4 bulan. Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya paralisis. Refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral (Hidayat dan Uliyah, 2008).

- e) *Startle*: Bayi meng-*ekstensi* dan mem-*fleksi* lengan dalam merespons suara yang keras, tangan tetap rapat dan refleks ini akan menghilang setelah umur 4 bulan. Tidak adanya respons menunjukkan adanya gangguan pendengaran (Hidayat dan Uliyah, 2005).
- f) *Tonic Neck*: Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan. Normalnya refleks ini tidak terjadi pada setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada umur 2 bulan dan menghilang pada umur 6 bulan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- g) *Neck Righting*: Bila bayi terlentang, bahu dan badan kemudian *pelvis* berotasi ke arah dimana bayi diputar. Respons ini dijumpai selama 10 bulan pertama. Tidak adanya refleks atau refleks menetap lebih dari 10 bulan menunjukkan adanya gangguan sistem saraf pusat (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- h) Babinski: Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun. Bila pengembangan jari kaki *dorsofleksi* setelah umur 2 tahun menunjukkan adanya tanda lesi *ekstrapiramidal* (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- i) Merangkak: Bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki bila diletakkan pada abdomen. Bila gerakan tidak simetris menunjukkan adanya abnormalitas neurologi (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- j) Menari atau melangkah: Kaki bayi akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuh ke permukaan keras. Hal ini dijumpai pada 4-8 minggu pertama kehidupan. Refleks menetap melebihi 4-8 minggu menunjukkan keadaan abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- k) *Ekstruasi*: Lidah *ekstensi* ke arah luar bila disentuh dan dijumpai pada umur 4 bulan. *Esktensi* lidah yang persisten menunjukkan adanya sindrom Down (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- l) Galant's: Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi dan dijumpai pada 4-8 minggu pertama. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya lesi *medulla spinalis transversa* (Hidayat dan Uliyah, 2008).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa pada bayi baru lahir disesuaikan dengan *nomenklatur* kebidanan, seperti Normal Cukup Bulan, Sesuai Masa Kehamilan (NCB SMK). Masalah yang dapat terjadi pada bayi baru lahir adalah bayi kedinginan. Kebutuhan BBL adalah kehangatan, ASI, pencegahan infeksi dan komplikasi (Depkes RI, 2010).

3. Perencanaan

Menurut Bobak, dkk. (2005), penanganan bayi baru lahir antara lain bersihkan jalan napas, potong dan rawat tali pusat, pertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan lakukan IMD, berikan vitamin K 1 mg, lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta berikan imunisasi Hb-0. Monitoring TTV setiap jam sekali terdiri dari suhu, nadi, dan respirasi.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada bayi, meliputi membersihkan jalan napas, memotong dan merawat tali pusat, mempertahankan suhu tubuh bayi dengan cara mengeringkan bayi dengan handuk kering dan melakukan IMD, memberikan vitamin K 1 mg, melakukan pencegahan infeksi pada tali pusat, kulit dan mata serta memberikan imunisasi Hb-0 (Bobak, dkk., 2005).

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi bayi kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi bayi.

- a. Bayi dapat menangis dengan kuat dan bergerak aktif
- b. Bayi telah dikeringkan dengan handuk dan telah dilakukan IMD selama 1 jam.
- c. Tali pusat bayi telah dirawat dengan benar.
- d. Bayi telah dijaga kehangatannya dengan cara dibedong.
- e. Bayi telah mendapatkan injeksi vitamin K 1 mg, salep mata dan imunisasi Hb-0.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.
- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

D. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu nifas dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikannya dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu nifas. Berikut ini merupakan cara pengisian pendokumentasian secara teori, sehingga anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Data Subyektif

1) Identitas

- a. Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
- b. Umur: Semakin tua usia seseorang berpengaruh terhadap semua fase penyembuhan luka sehubungan dengan adanya gangguan sirkulasi dan *koagulasi*, respon *inflamasi* yang lebih lambat dan penurunan aktivitas *fibroblast* (Johnson dan Taylor, 2005).
- c. Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola kebiasaan sehari-hari (Pola nutrisi, pola eliminasi, *personal hygiene*, pola istirahat dan aktivitas) dan adat istiadat yang dianut.
- d. Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
- e. Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melakukan komunikasi dengan istilah bahasa yang sesuai dengan pendidikan terakhirnya, termasuk dalam hal pemberian konseling.
- f. Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara status gizi dengan proses penyembuhan luka ibu. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan penyembuhan luka pada jalan lahir berlangsung lama. Ditambah dengan rasa malas untuk merawat dirinya.
- g. Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.

- 2) Keluhan Utama: Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Varney, dkk, 2007).
- 3) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Pola Nutrisi: Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu *nifas* juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Varney, dkk, 2007).
 - b) Pola Eliminasi: Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
 - c) *Personal Hygiene*: Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan (Varney, dkk., 2007).
 - d) Istirahat: Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Varney, dkk., 2007).
 - e) Aktivitas: Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam *nifas* dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Varney, dkk, 2007).
 - f) Hubungan Seksual: Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Varney, dkk., 2007).
- 4) Data Psikologis
 - a) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusasaan dan duka (Varney, dkk, 2007). Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in*, *taking hold* atau *letting go*.
 - b) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya *sibling rivalry*.
 - c) Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerja sama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan Umum: Baik
- b. Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. Composmentis adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
- c. Keadaan Emosional: Stabil.
- d. Tanda-tanda Vital: Segera setelah melahirkan, banyak wanita mengalami peningkatan sementara tekanan darah sistolik dan diastolik kemudian kembali secara spontan setelah beberapa hari. Pada saat bersalin, ibu mengalami kenaikan suhu tubuh dan akan kembali stabil dalam 24 jam pertama pasca partum. Denyut nadi yang meningkat selama persalinan akhir, kembali normal setelah beberapa jam pertama pasca partum. Sedangkan fungsi pernapasan kembali pada keadaan normal selama jam pertama pasca partum (Varney, dkk, 2007).

2) Pemeriksaan Fisik

- a) Payudara: Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan *areola*, apakah ada *kolostrom* atau air susu dan pengkajian proses menyusui (Varney, dkk, 2007). Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
- b) Perut: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut (Varney, dkk, 2007). Pada beberapa wanita, *linea nigra* dan *stretchmark* pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi (Bobak, dkk, 2005). Tinggi *fundus uteri* pada masa *nifas* dapat dilihat pada tabel 2.8 untuk memastikan proses *invulusi* berjalan lancar.
- c) Vulva dan Perineum
 - 1) Pengeluaran *Lokhea*: Menurut Mochtar (2011), jenis *lokhea* diantaranya adalah:
 - (a) *Lokhea rubra (Cruenta)*, muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel *desidua*, *verniks caseosa*, rambut *lanugo*, sisa *mekonium* serta sisa darah.
 - (b) *Lokhea sanguilenta*, *lokhea* ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.
 - (c) *Lokhea serosa*, muncul pada hari ke-7 – 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, *leukosit* dan tidak mengandung darah lagi.
 - (d) *Lokhea alba*, muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung *leukosit*, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati.
 - (e) Bila *pengeluaran lokhea* tidak lancar disebut *Lochiastasis*.

- 2) Luka Perineum : Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Varney, dkk, 2007).
 - a) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya *edema*, nyeri dan kemerahan (Varney, dkk, 2007). Jika pada masa kehamilan muncul *spider nevi*, maka akan menetap pada masa *nifas* (Bobak, dkk, 2005).
- 3) Pemeriksaan Penunjang
 - a) *Hemoglobin*: Pada awal masa *nifas* jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk, 2007).
 - b) *Protein Urine* dan *glukosa urine*: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa masa nifas disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti P2A0 usia 22 tahun postpartum fisiologis. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Menurut Varney, dkk (2007), ketidaknyamanan yang dirasakan pada ibu nifas adalah nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid.

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Rencana tindakan asuhan kebidanan pada masa *nifas* disesuaikan dengan kebijakan program nasional, antara lain :

- a. Periksa tanda-tanda vital, tinggi *fundus uteri*, *lokhea* dan cairan *pervaginam* lainnya serta payudara.
- b. Berikan KIE (Komunikasi, Informasi dan Edukasi) mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam *nifas*, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
- c. Berikan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu nifas disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara *komprehensif, efektif, efisien* dan aman berdasarkan *evidence based* kepada ibu dan atau keluarga dalam bentuk upaya *promotif, preventif, kuratif* dan *rehabilitatif*. Pelaksanaan asuhan kebidanan pada masa nifas, adalah:

- a. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi *fundus uteri*, *lokhea* dan cairan *pervaginam* lainnya serta payudara.

- b. Memberikan KIE mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam *nifas*, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
- c. Memberikan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi ibu kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi ibu.

- a. Telah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi *fundus uteri*, *lokhea* dan cairan *pervaginam* lainnya serta payudara.
- b. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam *nifas*, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.
- c. Ibu telah memilih metode kontrasepsi dan telah mendapatkannya.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan.
- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

E. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS DENGAN SOAP

Setelah Anda mempelajari tentang konsep pendokumentasian asuhan kebidanan pada neonatus dengan SOAP, Anda diharapkan mampu untuk mengaplikasikannya dalam pendokumentasian asuhan kebidanan pada neonatus. Berikut ini merupakan cara pengisian pendokumentasian secara teori, sehingga anda akan mendapatkan gambaran cara pengisian format dokumentasi tersebut. Cara pengisian pendokumentasian ini disajikan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

1. Pengkajian

Pengkajian ini dilakukan dengan mengumpulkan semua informasi yang akurat, relevan dan lengkap dari semua sumber yang berkaitan dengan kondisi klien, yaitu meliputi data subyektif dan data obyektif.

a. Subyektif

1) Identitas Anak

- a) Nama: Untuk mengenal bayi.
- b) Jenis Kelamin: Untuk memberikan informasi pada ibu dan keluarga serta memfokuskan saat pemeriksaan *genetalia*.
- c) Anak ke-: Untuk mengkaji adanya kemungkinan *sibling rivalry*.

2) Identitas Orangtua

- a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
 - b) Umur: Usia orangtua mempengaruhi kemampuannya dalam mengasuh dan merawat bayinya.
 - c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
 - d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan orangtua sehingga dapat menuntun anaknya sesuai keyakinannya sejak lahir.
 - e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual orangtua yang dapat mempengaruhi kemampuan dan kebiasaan orangtua dalam mengasuh, merawat dan memenuhi kebutuhan bayinya.
 - f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizi (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan dengan pemenuhan nutrisi bagi bayinya. Orangtua dengan tingkat sosial ekonomi yang tinggi cenderung akan memberikan susu formula pada bayinya.
 - g) Alamat: Hal ini dimaksudkan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.
- 3) Keluhan Utama: Permasalahan pada bayi yang sering muncul adalah bayi tidak mau menyusu, rewel dan bercak putih pada bibir dan mulut (WHO, 2013).
 - 4) Riwayat Persalinan: Bertujuan untuk mengidentifikasi ada tidaknya jejas persalinan.
 - 5) Riwayat Kesehatan yang Lalu: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya penyakit atau tindakan operasi yang pernah diderita.
 - 6) Riwayat Kesehatan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya penyakit menular, penyakit menurun dan penyakit menahun yang sedang dan atau pernah diderita oleh anggota keluarga yang kemungkinan dapat terjadi pada bayi.
 - 7) Riwayat Imunisasi: Bertujuan untuk mengkaji status imunisasi guna melakukan pencegahan terhadap beberapa penyakit tertentu.
 - 8) Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Nutrisi: Bertujuan untuk mengkaji kecukupan nutrisi bayi. Rentang frekuensi menyusui yang optimal adalah antara 8-12 kali setiap hari (Varney, dkk, 2007).

- b) Pola Istirahat: Kebutuhan istirahat neonatus adalah 14-18 jam/hari (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - c) *Eliminasi*: Jika bayi mendapatkan ASI, diharapkan bayi minimum 3-4 kali buang air besar dalam sehari, *feses*-nya harus sekitar 1 sendok makan atau lebih dan berwarna kuning. Sedangkan buang air kecilnya pada hari pertama dan kedua minimal 1-2 kali serta minimal 6 kali atau lebih setiap hari setelah hari ketiga (Varney, dkk, 2007).
 - d) *Personal Hygiene*: Bayi dimandikan setelah 6 jam setelah kelahiran dan minimal 2 kali sehari. Jika tali pusat belum puput dan dibungkus dengan kassa steril, minimal diganti 1 kali dalam sehari. Dan setiap buang air kecil maupun buang air besar harus segera diganti dengan pakaian yang bersih dan kering.
- b. Obyektif
- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran bayi. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana bayi mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).
 - c) Tanda-tanda Vital: Pernapasan normal adalah antara 40-60 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 120-160 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara *aksila* adalah 36,5-37,5° C (WHO, 2013)
 - d) *Antropometri*: Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal, yaitu sama dengan atau di atas berat badan lahir pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005). Berat badan bayi mengalami peningkatan lebih dari 15-30 gram per hari setelah ASI matur keluar (Varney, dkk, 2007).
 - 2) Pemeriksaan Fisik Khusus
 - a) Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan *perfusi perifer* yang baik (Johnson dan Taylor, 2005). Menurut WHO (2013), wajah, bibir dan selaput lendir harus berwarna merah muda tanpa adanya kemerahan atau bisul.
 - b) Kepala: Bentuk kepala terkadang asimetris akibat penyesuaian jalan lahir, umumnya hilang dalam 48 jam. Ubun-ubun besar rata atau tidak menonjol, namun dapat sedikit menonjol saat bayi menangis (WHO, 2013).
 - c) Mata: Tidak ada kotoran atau *secret* (WHO, 2013).
 - d) Mulut: Tidak ada bercak putih pada bibir dan mulut serta bayi akan menghisap kuat jari pemeriksa (WHO, 2013).
 - e) Dada: Tidak ada tarikan dinding dada bagian bawah yang dalam (WHO, 2013).

- f) Perut: Perut bayi teraba datar dan teraba lemas. Tidak ada perdarahan, pembengkakan, nanah, bau tidak enak pada tali pusat atau kemerahan di sekitar tali pusat (WHO, 2013).
- g) Ekstermitas: Posisi tungkai dan lengan fleksi. Bayi sehat akan bergerak aktif (WHO, 2013).
- h) Genetalia: Bayi perempuan kadang terlihat cairan vagina berwarna putih atau kemerahan dan bayi sudah terbukti dapat buang air kecil dan buang air besar dengan lancar dan normal (WHO, 2013).

3) Pemeriksaan Refleks

Meliputi refleks *Morro, rooting, sucking, grasping, neck righting, tonic neck, startle, babinski, merangkak, menari / melangkah, ekstruksi, dan galant's*.

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa kehamilan disesuaikan dengan nomenklatur kebidanan, seperti By. M umur 7 hari neonatus normal. dan permasalahan pada bayi yang sering muncul adalah bayi tidak mau menyusu, rewel dan bercak putih pada bibir dan mulut (WHO, 2013).

3. Perencanaan

Menurut WHO (2013), rencana asuhan kebidanan yang dilakukan pada neonatus adalah pastikan bayi tetap hangat dan mendapat ASI eksklusif, jaga kontak kulit antara ibu dan bayi, tutupi kepala bayi dengan topi yang hangat, berikan pendidikan kesehatan pada ibu dan atau keluarga terkait dengan permasalahan bayi yang dialami serta lakukan rujukan sesuai pedoman MTBS jika ada kelainan.

4. Pelaksanaan

Pelaksanaan asuhan kebidanan pada ibu hamil disesuaikan dengan rencana asuhan yang telah disusun dan dilakukan secara komprehensif, efektif, efisien dan aman berdasarkan evidence based kepada bayi, meliputi rencana asuhan kebidanan yang dilakukan pada neonatus adalah memastikan bayi tetap hangat dan mendapat ASI eksklusif, menjaga kontak kulit antara ibu dan bayi, menutupi kepala bayi dengan topi yang hangat, memberikan pendidikan kesehatan pada ibu dan atau keluarga terkait dengan permasalahan bayi yang dialami serta melakukan rujukan sesuai pedoman MTBS jika ada kelainan (WHO, 2013).

5. Evaluasi

Penilaian atau evaluasi dilakukan segera setelah selesai melaksanakan asuhan sesuai dengan kondisi bayi kemudian dicatat, dikomunikasikan dengan ibu dan atau keluarga serta ditindak lanjuti sesuai dengan kondisi bayi. Berikut adalah hasil evaluasinya bayi telah dibedong dengan kain bersih dan kering dan memakai topi bayi, bayi mendapatkan ASI

eksklusif, dan ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali konseling mengenai permasalahan yang dialami oleh bayinya.

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

- a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
- b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien
- c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan maalah kebidanan
- d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Pada data sosial ibu hamil, apa saja yang perlu Saudara tanyakan?
- 2) Kebutuhan apa yang harus diberikan kepada ibu bersalian?
- 3) Apakah kebutuhan bayi baru lahir?
- 4) Apa sajakah yang perlu diobservasi pada BBL?
- 5) Jelaskan perencanaan pada ibu nifas kunjungan pertama!

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan SOAP.
- 2) Asuhan kebidanan pada ibu bersalin dengan SOAP.
- 3) Asuhan kebidanan pada BBL.
- 4) Asuhan kebidanan pada ibu nifas.

Ringkasan

Sebagai seorang Bidan, diperlukan pemahaman tentang tinjauan teori asuhanan kebidanan dengan SOAP agar bisa menerapkannya pada asuhan yang sesungguhnya. Pendokumentasian pada ibu hamil, ibu bersalin, BBL, ibu nifas, dan neonatus pada dasarnya sama yaitu berisi ini pengkajian, perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi. Dalam analisa tidak hanya diagnosa, namun juga bisa berupa masalah ataupun kebutuhan tergantung hasil pengkajian data S dan O. Yang perlu digali dari data sosial tidak hanya hubungan klien dengan orang lain, akan

tetapi juga digali tentang dukungan baik keluarga maupun masyarakat sekitar terhadap periode asuhan, serta bagaimana peran ibu menghadapi periode asuhannya. Penatalaksanaan disesuaikan dengan analisa yang ada.

Tes 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang perempuan berumur 24 tahun datang ke tempat Bidan Praktek Mandiri pada jam 09.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan ke 2, anak pertama berumur 3 tahun, mules sejak 05.00 WIB, TFU 29 cm, preskep, his 3 x/10 menit, DJJ 132 x/mnt, pembukaan 6 cm, ketuban utuh, sutura merapat. Apakah rencana asuhan pada kasus tersebut?
 - A. Observasi DJJ 1 jam lagi
 - B. Observasi suhu badan 4 jam lagi
 - C. Observasi kontraksi uterus 1 jam lagi
 - D. Observasi pembukaan 4 jam lagi

- 2) Seorang perempuan berumur 26 tahun datang ke tempat Praktik Mandiri Bidan pada jam 07.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan pertama, mules sejak 04.00 WIB, TFU 30 cm, preskep, his 3 x/10 menit, DJJ 134 x/mnt, pembukaan 7 cm. Berapakah tafsiran berat janin pada kasus diatas?
 - A. 2.480 gram
 - B. 2.635 gram
 - C. 2.790 gram
 - D. 2.945 gram

- 3) Seorang perempuan berumur 23 tahun datang ke tempat Bidan Praktek Mandiri pada jam 02.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan ke 2, anak pertama berumur 4 tahun, mules sejak 24.00 WIB, TFU 28 cm, preskep, his 4 x/10 menit, DJJ 130 x/mnt, pembukaan 8 cm, ketuban pecah jam 2 warna jernih, sutura merapat. Jam berapakah perkiraan kala II pada kasus tersebut ?
 - A. 03.00 WIB
 - B. 04.00 WIB
 - C. 05.00 WIB
 - D. 06.00 WIB

- 4) Seorang perempuan berumur 20 tahun datang ke tempat Praktik Mandiri Bidan pada jam 11.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan pertama, mules sejak 24.00 WIB, TFU 28 cm, preskep, his 4 x/10 menit, DJJ 130 x/mnt, pembukaan 8 cm, ketuban pecah jam 2 warna jernih, sutura merapat. Apakah symbol moulage/penyusupan sutura pada kasus tersebut ?
- A. 0
 - B. 1
 - C. 2
 - D. 3
- 5) Seorang perempuan berumur 21 tahun melahirkan bayi pertama dua menit yang lalu. Dari pengkajian didapatkan: plasenta belum lahir, mengelus perut mulas, terdapat semburan darah tiba-tiba dari jalan lahir, kontraksi baik, TFU 1 jari diatas pusat. Apakah penyebab semburan darah tiba-tiba dari jalan lahir pada kasus tersebut?
- A. Robekan pada dinding rahim
 - B. Adanya sisa selaput ketuban
 - C. Lepasnya insersi plasenta
 - D. Perlukaan jalan lahir

Topik 2

Contoh Kasus Asuhan Kebidanan dengan SOAP

Mahasiswa RPL DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam Topik 2 yang merupakan topik terakhir di Bab VI ini. Setelah mempelajari tentang konsep teori asuhan kebidanan dengan SOAP pada Topik 1, di Topik 2 ini Anda akan mempelajari contoh kasus asuhan kebidanan dengan SOAP. Pada topik ini Anda akan diberikan contoh nyata cara mendokumentasikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas dan neonatus. Setelah mempelajarinya, diharapkan Anda dapat menerapkannya dalam asuhan kebidanan.

A. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu hamil.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian: 15 Desember 2014

Jam Pengkajian: 12.00 WIB

Tempat Pengkajian: Rumah Ny. SL

a. Data Subyektif

1) Biodata

	Ibu	Suami
Nama	: Ny. SL	Tn. HJ
Umur	: 32 tahun	39 tahun
Suku / Bangsa	: Jawa / Indonesia	Jawa / Indonesia
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	: SMA	SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta	Buruh
Alamat	: Jeruk Manis, Glagah, Jatinom, Klaten	

2) Keluhan Utama

Pegal pada pinggang sebelah kiri yang hilang timbul.

3) Riwayat Menstruasi

Tidak mengalami masalah atau kelainan pada menstruasinya seperti *dismenorrhea*, *menorrhagia*, *spotting*, *metrorrhagia* dan pre menstruasi sindrom.

HPHT: 28 – 5 – 14

HPL: 4 – 3 – 15

- 4) Riwayat Perkawinan
- a) Kawin: Ya
 - b) Kawin: 1 kali
 - c) Nikah umur 27 tahun dengan suami 34 tahun, lama pernikahan : 5 tahun

- 5) Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu
G₂ P₁ A₀ Hidup₁

Kehamilan		Persalinan				BBL			Nifas	
Hamil ke-	Penyulit	UK (Mg)	Jenis	Penolong	Penyulit	JK	BB (Gr)	Kondisi Sekarang	Laktasi	Penyulit
I	Tidak ada	38	Normal	Bidan	Tidak ada	L	3200	Sehat, normal (4 tahun)	ASI Eksklusif, minum ASI selama 2 tahun	Tidak ada
II (Sekarang)										

- 6) Riwayat Hamil Sekarang

Tidak ada penyulit atau komplikasi pada hamil muda maupun hamil tua seperti mual, muntah, pusing, sakit kepala dan perdarahan. Gerakan janin pertama kali yang dirasakan ibu saat usia kehamilan 5 bulan dan saat ini gerakannya aktif.

Status imunisasi TT: TT₃ (5 Oktober 2015)

- 7) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi

- a) Pernah dirawat: Tidak pernah
- b) Pernah dioperasi: Tidak pernah

- 8) Riwayat Penyakit Keluarga

Tidak ada anggota keluarga yang menderita penyakit menurun seperti *kanker*, *diabetes mellitus*, kelainan bawaan, *epilepsy*, penyakit hati, penyakit ginjal, hamil kembar, *hipertensi*, penyakit jiwa, *tuberculosis* (TBC) dan alergi.

- 9) Riwayat Gynekologi

Tidak menderita penyakit seperti *infertilitas*, *cervicitis cronis*, *polip serviks*, infeksi virus, *endometriosis*, *kanker* kandungan, penyakit menular seksual (PMS), *myoma* serta tidak pernah mengalami operasi kandungan dan perkosaan.

- 10) Riwayat Keluarga Berencana

- a) Metode KB yang pernah dipakai: Suntik 3 bulan selama ± 3 tahun serta suntik 1 bulan selama ± 3 – 4 bulan.
- b) Komplikasi dari KB: Saat menggunakan KB suntik 3 bulan mengalami flek-flek, berat badan bertambah dan merasa tidak nyaman.

- 11) Pola Makan, Minum, *Eliminasi*, Istirahat dan *Psikososial*
 - a) Pola Makan: 3 kali/sehari; menu: Nasi, sayur dan lauk pauk.
 - b) Pola Minum: ± 9 gelas/hari (Air putih, teh, susu ibu hamil); Tidak pernah mengonsumsi alkohol dan jamu.
 - c) Pola Eliminasi: BAK: ± 10 x/hari; warna: Kuning jernih, keluhan: Tidak ada.
 - d) BAB: 1 x/hari; karakteristik: Lunak, keluhan: Tidak ada.
 - e) Pola Istirahat: Lama Tidur: 8 – 9 jam/hari, keluhan: Sering kencing pada malam hari.

- 12) Psikososial:
 - a) Penerimaan klien terhadap kehamilan ini
 - b) Kehamilan yang kedua ini merupakan kehamilan yang direncanakan, suami dan anak pertamanya sangat menantikan kehamilan ini. Ibu juga mengatakan tidak merasa terganggu terhadap kehamilannya serta masih dapat mengikuti beberapa pertemuan rutin kelompok seperti PKK dan arisan RT.
 - c) Social support
 - d) Mendapatkan dukungan atas kehamilan ini dari suami, orangtua, mertua dan anggota keluarga lainnya sehingga ibu merasa nyaman dalam menjalani kehamilannya ini.

- 13) Pola Spiritual
Tidak ada hambatan untuk melakukan ibadah, seperti sholat dan pengajian.

- 14) Seksualitas
Tidak ada keluhan dan tidak mengeluarkan darah saat melakukan hubungan seksual.

- b. Data Obyektif
 - 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: *Composmentis*
 - c) Keadaan *Emosional*: Stabil
 - d) Berat Badan: 56 kg
 - e) Berat Badan Sebelum Hamil: 51 kg
 - f) Tinggi Badan: 152 cm
 - g) LILA: 28 cm
 - h) Tanda – tanda Vital
 - (1) Tekanan Darah: 100 / 60 mmHg
 - (2) Nadi: 82 x per menit
 - (3) Pernapasan: 20 x per menit
 - (4) Suhu: 36,9 ° C

- 2) Pemeriksaan Fisik
- a) Muka: Tidak ada *oedema* dan *chloasma gravidarum*, tidak pucat.
 - b) Mata: *Sklera* putih, *konjungtiva* merah, dan pandangan mata tidak kabur.
 - c) Mulut: Bersih, tidak ada *stomatitis*, lembab.
 - d) Gigi/Gusi: Gigi berlubang namun tidak berdarah.
 - e) Leher: Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar *tiroid*
 - f) Payudara: Simetris, tidak ada *striae gravidarum*, *areola* dan puting menghitam, tidak ada benjolan, puting susu pada payudara kiri menonjol namun puting susu payudara kanan tenggelam, pengeluaran ASI belum keluar.
 - g) Perut: Tampak luka bekas “udun” dibawah pusar sebelah kanan, *linea nigra*, *striae albican*.
 - (1) Palpasi:
 - Leopold I*: Teraba bulat, lunak, tidak melenting di *fundus uteri*, TFU : 2 jari di atas pusat.
 - Leopold II*: Teraba keras dan memanjang seperti papan disebelah kanan serta teraba bagian-bagian kecil janin disebelah kiri.
 - Leopold III*: Teraba bulat, keras dan melenting di tepi atas *simphisis*, bagian terendah janin masih dapat digoyangkan.
 - Leopold IV*: Tidak dilakukan.
 - (2) Tinggi *Fundus Uteri*: 19 cm
 - (3) Taksiran Berat Janin: 1085 gram
 - (4) Auskultasi: DJJ 156 x/menit
 - h) *Ano – Genetalia*: Tidak ada *varises* dan kelainan, tidak mengalami keputihan.
 - i) Ekstremitas
 - (1) Atas: Simetris, tidak ada *oedema* dan tidak ada kelainan.
 - (2) Bawah: Simetris, tidak ada *oedema*, tampak *spider nevi* pada betis bagian kiri, refleks *patella* (+) / (+).
- 3) Pemeriksaan Penunjang
- a) *Hemoglobin*
 - b) Pada trimester I (7 September 2014, 14⁺⁴ minggu) : 11 gr/Dl.
 - c) Golongan Darah: A
 - d) USG
 - e) Hasil USG pada tanggal 10 Desember 2014 (28 minggu): Letak lintang, plasenta berada di fundus uteri, DJJ: 141 x/menit, TBJ: 1048 gram.
 - f) *Protein Urine*: Tidak dilakukan pemeriksaan.
 - g) *Glukosa Urine*: Tidak dilakukan pemeriksaan.

2. Analisa

- a. Diagnosa: G₂ P₁ A₀ 32 tahun hamil 28⁺⁵ minggu normal; Janin tunggal hidup.

- b. Masalah: Rasa pegal pada pinggang yang hilang timbul.
- c. Kebutuhan: Perasat Hoffman.

3. Perencanaan

- a. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu, termasuk berat janin dalam kandungannya.
- b. Berikan informasi pada ibu tentang rasa pegal pada pinggang.

4. Penatalaksanaan

Tanggal: 15 Desember 2014

Waktu: 13.00 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu.
- b. Memberikan informasi pada ibu bahwa rasa pegal pada pinggang yang dirasakan oleh ibu merupakan hal yang normal bagi ibu hamil akibat adanya desakan kepala janin di sekitar pinggang.
- c. Menganjurkan ibu untuk menggunakan sepatu dengan tumit rendah dan menghindari penggunaan sepatu dengan tumit tinggi.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan pada ibu tentang cara perawatan puting susu yang tenggelam dengan perasat Hoffman agar puting susu menonjol.
- e. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang sesuai dengan anjuran bidan (1 bulan kemudian dari tanggal 4 Desember 2014) atau jika ada keluhan.

5. Evaluasi

Tanggal: 15 Desember 2014

Waktu: 13.30 WIB

- a. Ibu mengetahui kondisi kesehatannya dan kondisi janinnya.
- b. Ibu memahami penyebab rasa pegal yang dialaminya.
- c. Ibu bersedia untuk menggunakan sepatu dengan tumit rendah dan menghindari penggunaan sepatu dengan tumit tinggi.
- d. Ibu mengerti dan dapat mempraktikkan perasat Hoffman (SAP terlampir).
- e. Ibu bersedia untuk melakukan kunjungan ulang sesuai anjuran.

6. CATATAN PERKEMBANGAN I

Hari/Tanggal: Jum'at, 2 Januari 2015

Jam: 14.00 WIB

Tempat: Rumah Ny. SL

S: Ibu mengatakan tidak ada keluhan.

O:

- a. Keadaan umum: Baik
- b. Kesadaran: Composmentis
- c. Keadaan Emosional: Stabil

1. Tanda-tanda Vital
 2. Tekanan Darah: 100 / 60 mmHg
 3. Nadi: 82 x/menit
 4. Pernapasan: 18 x/menit
 5. Suhu: 36,9 °C
- d. Muka: Tidak ada oedema dan tidak pucat.
- e. Mata: Sklera putih, konjungtiva merah.
- f. Perut
1. Palpasi: Presentasi kepala, letak memanjang, punggung kanan, kepala masih dapat digoyangkan, TFU : 2 jari di atas pusat.
 2. TFU: 19 cm.
 3. Auskultasi: DJJ 156 x/menit.
 4. TBJ: 1085 gram.
- g. Ekstremitas: Tidak ada oedema

A:

- a. Diagnosa: G₂ P₁ A₀ 32 tahun hamil 31⁺² minggu normal. Janin tunggal hidup.
- b. Kebutuhan: Pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu hamil serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi.

P:

Tanggal : 2 Januari 2015

Waktu : 14.30 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu bahwa tafsiran berat janin dalam kandungannya masih kurang. Ibu mengetahui kondisi kesehatannya dan kondisi janinnya.
- b. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi ibu hamil agar janin tumbuh dan berkembang sesuai dengan usia kehamilannya. Ibu memahami pentingnya nutrisi untuk ibu hamil dan bersedia melakukan anjuran (SAP terlampir).
- c. Memberikan pendidikan kesehatan tentang persiapan persalinan dan kelahiran bayi pada ibu. Ibu dapat menyebutkan kembali keperluan persiapan persalinan.

B. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu bersalin.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian: 3 Maret 2015

Jam Pengkajian : 15.00 WIB

Tempat Pengkajian: BPM SS

- a. Data Subyektif
 - 1) Keluhan Utama
Merasakan kenceng-kenceng pada perut sejak jam 09.00 WIB yang semakin nyeri pada perut serta mengeluarkan darah jam 14.30 WIB.
 - 2) Nutrisi
 - a) Makan terakhir: 1 porsi habis dengan menu nasi, lauk, sayur; Jam : 13.30 WIB.
 - b) Minum terakhir: Air putih; Jam : 14.45 WIB.
 - 3) Pola Eliminasi
 - a) BAK : ± 10 kali / hari; warna: Kuning jernih; BAK terakhir jam: 14.30 WIB.
 - b) BAB: 1 kali/hari; karakteristik: Lunak; BAB terakhir tadi pagi (3 Maret 2015).
 - 4) Pola Istirahat
 - a) Lama Tidur : 8 – 9 jam/hari.
 - b) Tidur terakhir : Kemarin malam (Bangun tidur jam 04.30 WIB, 3 Maret 2015).
 - 5) Psikologis: Bersyukur dan merasa bahagia bahwa hari yang dinanti-nantikan sejak 2 minggu yang lalu telah datang.
- b. Data Obyektif
 - 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: *Composmentis*
 - c) Keadaan *Emosional*: Stabil
 - d) Berat Badan Sekarang: 60 kg
 - (1) Berat Badan Sebelum Hamil: 51 kg
 - (2) Kenaikan Berat Badan: 9 kg
 - e) Tanda-tanda Vital
 - (1) Tekanan Darah: 110 / 70 mmHg
 - (2) Nadi: 85 × per menit
 - (3) Pernapasan: 22 × per menit
 - (4) Suhu: 36,0 ° C
 - 2) Pemeriksaan Fisik
 - a) Mata: Pandangan mata tidak kabur, *sclera* putih, *konjungtiva* merah.
 - b) Payudara: Simetris, *areola* dan puting susu menghitam, ada pengeluaran. *kolostrum*, puting susu payudara kiri menonjol namun puting susu payudara kanan tenggelam.
 - c) Ekstremitas: Simetris, tidak ada *oedema* pada *ekstremitas* atas dan bawah.

3) Pemeriksaan Khusus

a) *Obstetri*

(1) Abdomen

(a) *Inspeksi*: Perut membesar dengan arah memanjang, tampak *linea nigra*, *striae albican*, ada luka bekas “udun” di bawah pusar sebelah kanan dan tidak ada cekungan pada perut.

(b) *Palpasi*

Leopold I: Teraba bulat, lunak, tidak melenting di *fundus uteri*, TFU : 3 jari di bawah *prosesus xipioideus*.

Leopold II: Teraba keras dan memanjang seperti papan disebelah kiri serta teraba bagian-bagian kecil janin disebelah kanan.

Leopold III: Teraba bulat, keras, bagian terendah janin tidak dapat digoyangkan.

Leopold IV: Divergen (3/5).

TFU: 29 cm.

Taksiran Berat Janin: 2790 gram.

(c) *Auskultasi*: 132 x/menit (Teratur)

(d) *Bagian Terendah*: Kepala

(e) *Kontraksi* : 2 x/10' 30"

b) *Gynekologi*

Ano Genital

(1) *Inspeksi*: Pengeluaran per *Vulva* : Darah (\pm 5 cc).

(2) *Vaginal Toucher*: Tidak teraba massa pada *vagina*, *portio* lunak, teraba kepala janin, selaput ketuban utuh, pembukaan 2 cm dan *effacement* \pm 25 %.

(3) *Kesan Panggul*: Normal.

4) Pemeriksaan Penunjang

a) *USG*: Presentasi kepala, letak memanjang, punggung kiri, plasenta berada di fundus uteri, TBJ: 2262 gram, DJJ: 136 x / menit (28 Januari 2015 saat usia kehamilan 35 minggu).

b) *Hemoglobin*: 11 gr/dL (20 Januari 2015 saat UK 33⁺⁶ minggu).

c) *Protein Urine*: Negatif (20 Januari 2015 saat UK 33⁺⁶ minggu).

2. Analisa

a. *Diagnosa*: G₂ P₁ A₀ 32 tahun hamil 39⁺⁶ minggu dalam *inpartu* kala I fase laten. Janin tunggal hidup.

b. *Masalah*: Rasa nyeri pada perut.

c. *Kebutuhan*: Pengurangan rasa nyeri dan teknik relaksasi saat ada kontraksi.

3. Perencanaan

- a. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
- b. Lakukan pengawasan kala I persalinan menggunakan partograf.
- c. Anjurkan ibu untuk makan makanan yang mudah dicerna seperti roti dan *jelly* serta minum minuman berenergi seperti teh manis.
- d. Anjurkan ibu untuk buang air kecil secara mandiri jika ingin buang air kecil.
- e. Anjurkan ibu untuk melakukan mobilisasi dan memilih posisi yang nyaman.
- f. Hadirkan pendamping ibu saat proses persalinan.
- g. Berikan teknik pengurangan rasa nyeri akibat kontraksi pada ibu.
- h. Berikan informasi mengenai kemajuan persalinan pada ibu dan keluarga.
- i. Siapkan peralatan pertolongan persalinan, termasuk baju bayi dan baju ganti ibu.

4. Penatalaksanaan

Tanggal : 3 Maret 2015

Waktu: 15.20 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu dan keluarga.
- b. Menganjurkan keluarga ibu untuk menemani ibu selama persalinan.
- c. Menganjurkan ibu untuk makan makanan yang mudah dicerna seperti roti dan *jelly* serta minum minuman berenergi seperti teh manis.
- d. Menganjurkan ibu untuk jalan-jalan jika masih dapat melakukannya atau tidur dengan posisi miring ke kiri.
- e. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai teknik relaksasi yang benar pada ibu.
- f. Memberikan sentuhan pada perut dan *counterpressure* pada pinggang ibu saat ada kontraksi untuk mengatasi rasa ketidaknyamanan.
- g. Menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara mandiri jika ingin buang air kecil.
- h. Memberikan dukungan dan semangat pada ibu.
- i. Melakukan observasi kala 1 persalinan sesuai standar yang berlaku dan menilai kemajuan persalinan menggunakan partograf.
- j. Menyiapkan peralatan pertolongan persalinan, baju bayi dan baju ganti ibu.

5. Evaluasi

Tanggal: 3 Maret 2015

Waktu: 16.00 WIB

- a. Ibu dan keluarga mengetahui kondisi kesehatan ibu dan janin dalam kandungannya serta mengetahui bahwa ibu sudah memasuki persalinan.
- b. Ibu kandung Ny. SL menemani ibu selama bersalin.
- c. Ibu mengatakan masih kenyang dan akan minum sewaktu-waktu (Teh manis, air putih dan air mineral ber-ion).
- d. Ibu memilih untuk tidur miring ke kiri karena tidak sanggup untuk berjalan.

- e. Ibu dapat melakukan salah satu teknik relaksasi yaitu menarik napas panjang saat kontraksi secara berkesinambungan (SAP terlampir).
- f. Ibu merasa lebih nyaman dan rileks saat diberikan sentuhan dan *counterpressure*.
- g. Ibu bersedia untuk buang air kecil secara mandiri.
- h. Ibu terlihat santai dan siap menjalani proses persalinannya.
- i. Hasil observasi terlampir dalam lembar observasi.
- j. Peralatan pertolongan persalinan telah disiapkan.

6. Catatan Perkembangan

Hari / Tanggal: Selasa, 3 Maret 2015

Jam: 20.10 WIB

Tempat: BPM SS

S: Ibu ingin buang air besar dan mengejan yang tidak tertahankan

O:

- a. Anus dan vulva tampak membuka
- b. Perineum menonjol
- c. Tanda – tanda Vital:
 - 1) Tekanan Darah: 120 / 80 mmHg
 - 2) Nadi: 90 x/menit
 - 3) Pernapasan: 26 x/menit
 - 4) Suhu: 36,1° C
- d. Kontraksi: 3x/10' 60"
- e. Auskultasi : DJJ 132 x/menit
- f. Vaginal Toucher: Pembukaan : Lengkap, selaput ketuban negative, portio tidak teraba, effacement ± 100 %, teraba kepala janin di Hodge IV, tidak ada penyusupan kepala janin.
- g. Pengeluaran Pervaginam: Darah (± 15 cc).

A:

- a. Diagnosa: G₂ P₁ A₀ 32 tahun hamil 39⁺⁶ minggu dalam inpartu kala II. Janin tunggal hidup.
- b. Kebutuhan: Cara meneran yang benar.

P:

Tanggal: 3 Maret 2015

Waktu : 20.12 WIB

Melakukan pertolongan persalinan sesuai dengan standar yang berlaku (SOP terlampir). Bayi lahir jam 20.15 WIB dengan penilaian selintas : Bayi menangis kuat, tubuh kemerahan, tonus otot lemah serta jenis kelamin laki-laki.

C. ASUHAN KEBIDANAN PADA BBL

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada BBL.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian: 3 Maret 2015

Jam Pengkajian: 21.20 WIB

Tempat Pengkajian: BPM SS

a. Data Subyektif

1) Identitas Bayi

Nama: Bayi Ny. SL

Jenis Kelamin: Laki-laki

Anak ke-: II (Dua)

2) Identitas Orangtua

	Ibu	Ayah
Nama	: Ny. SL	Tn. HJ
Umur	: 32 tahun	39 tahun
Suku / Bangsa	: Jawa / Indonesia	Jawa / Indonesia
Agama	: Islam	Islam
Pendidikan Terakhir	: SMA	SMA
Pekerjaan	: Wiraswasta	Buruh
Alamat	: Jeruk Manis, Glagah, Jatinom, Klaten	

3) Data Kesehatan

a) Riwayat Kehamilan

(1) P₂ A₀ Hidup₂

(2) Komplikasi pada kehamilan: Tidak ada komplikasi.

4) Riwayat Persalinan Sekarang

a) Tanggal/Jam persalinan: 3 Maret 2015 / 20.15 WIB.

b) Jenis persalinan: *Pervaginam*, spontan.

c) Lama persalinan: 7 jam 20 menit.

(1) Kala I: 5 jam 10 menit

(2) Kala II: 5 menit

(3) Kala III: 5 menit

(4) Kala IV: 2 jam

d) Warna air ketuban: Jernih.

e) Trauma persalinan: Tidak ada.

f) Kondisi saat lahir: Menangis kuat, tubuh kemerahan.

g) Penolong persalinan: Bidan.

- h) Penyulit dalam persalinan: Tidak ada.
- i) Inisiasi Menyusu Dini: Dilakukan selama 1 jam dan berhasil (Bayi dapat menyusu pada menit ke-30).
- j) *Bonding attachment*: Dilakukan.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan Umum: Baik
- b) Tanda-tanda Vital
 - (1) Nadi 121 × / menit
 - (2) Pernapasan: 56 × / menit
 - (3) Suhu: 36,5° C
- c) Antropometri
 - (1) Berat Badan : 3000 gram
 - (2) Panjang Badan: 47 cm
 - (3) Lingkar Dada: 33 cm
 - (4) Lingkar Kepala: 33 cm

d) Apgar Score

Tanda	1'	5"
Appearance Color (Warna Kulit)	2	2
Pulse (Denyut Jantung)	2	2
Grimace (Refleks)	1	2
Actifity (Tonus Otot)	1	2
Respiration (Usaha Bernapas)	2	2
JUMLAH	8	10

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

- a) Kulit :Kemerahan.
- b) Kepala :Normal, tidak ada *caput succedaneum* dan *cepal hematoma*.
- c) Mata :*Sklera* putih, *konjungtiva* merah, tidak ada kelainan.
- d) Telinga :Tidak ada kelainan bawaan.
- e) Hidung :Tidak ada kelainan bawaan.
- f) Mulut :Bersih, lembab, langit-langit menyatu, tidak ada kelainan bawaan.
- g) Leher :Tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan kelenjar *tyroid*.
- h) Dada :Tidak ada retraksi dinding dada, terdengar bunyi “nggrok-nggrok” saat bernapas.

- i) Umbilikus :Segar, kuat, tidak terjadi perdarahan dan tidak ada tanda infeksi.
- j) Ekstremitas
 - 1) Jari/Bentuk: Jumlah jari lengkap, tidak ada kelainan bawaan.
 - 2) Gerakan: Simetris, bergerak aktif.
- k) Punggung :Tidak ada benjolan dan cekungan.
- l) Genetalia :*Testis* telah turun ke dalam *skrotum*.
- m) Anus :Berlubang.
- n) Eliminasi :BAK: Belum buang air kecil; BAB: *Mekonium*.

3) Pemeriksaan Refleks

- a) *Moro*: Ada
- b) *Rooting*: Ada
- c) *Sucking*: Ada
- d) *Grasping*: Ada
- e) *Neck Righting*: Belum ada
- f) *Tonic Neck*: Belum ada
- g) *Startle*: Ada
- h) *Babinski*: Ada
- i) Merangkak: Ada
- j) Menari/Melangkah : Ada
- k) *Ekstruasi*: Belum ada
- l) *Galant's*: Belum ada

2. Analisa

- a. Diagnosa: *Neonatus* cukup bulan sesuai masa kehamilan, 1 jam normal.
- b. Kebutuhan: Menjaga kehangatan bayi.

3. Perencanaan

- a. Beritahu hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga.
- b. Informasikan pada ibu tentang penyebab munculnya suara “nggrok-nggrok” pada bayinya.
- c. Lakukan pencegahan infeksi pada tali pusat dan mata.
- d. Berikan vitamin K pada bayi dengan dosis 1 mg secara intramuscular pada $\frac{1}{3}$ paha anterolateral sebelah kiri.
- e. Berikan imunisasi Hb-0 secara intramuscular pada $\frac{1}{3}$ paha anterolateral sebelah kiri setelah 1 jam pemberian vitamin K.

4. Penatalaksanaan

Tanggal: 3 Maret 2015

Waktu: 21.50 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan bayi pada ibu dan keluarga.
- b. Menginformasikan pada ibu dan keluarga bahwa munculnya suara “nggrok-nggrok” pada bayinya merupakan hal yang normal bagi bayi baru lahir dan akan menghilang seiring bertambahnya usia bayi.
- c. Melakukan pencegahan infeksi pada tali pusat dengan cara membungkus tali pusat dengan kassa steril dan memberikan salep mata *oksitetrasiklin* 1 % pada kedua mata bayi.
- d. Memberikan vitamin K pada bayi dengan dosis 1 mg secara *intramuscular* pada $\frac{1}{3}$ paha *anterolateral* sebelah kiri dan imunisasi Hb-0 dengan dosis 0,5 cc dan jarak pemberian minimal 1 jam dari pemberian vitamin K secara *intramuscular* pada paha *anterolateral* sebelah kanan.
- e. Menjaga kehangatan bayi dengan cara membedong bayi dan memberikan topi kepala.
- f. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya pada payudara kiri dan kanan secara bergantian.

5. Evaluasi

Tanggal: 3 Maret 2015

Waktu: 22.15 WIB

- a. Ibu dan keluarga mengetahui kondisi bayinya yang baru lahir.
- b. Ibu memahami hal tersebut dan tampak lebih tenang.
- c. Tali pusat bayi telah di bungkus dengan kassa steril dan mata bayi telah diberi salep mata antibiotic profilaksis (Oksitetrasiklin 1 %).
- d. Bayi telah mendapatkan vitamin K 1 mg pada paha kiri dan imunisasi Hb-0 0,5 cc akan diberikan pada esok hari setelah mandi pagi (4 Maret 2015).
- e. Bayi telah dibedong dan memakai topi.
- f. Ibu bersedia dan bayi dapat menyusui.

D. ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada ibu nifas.

1. Pengkajian

Tanggal Pengkajian: 4 Maret 2015

Jam Pengkajian: 05.30 WIB

Tempat Pengkajian: BPM SS

- a. Data Subyektif
- 1) Keluhan Utama

Nyeri pada perut dan jalan lahir serta tidak bisa tidur nyenyak karena merasa cemas terhadap kondisi bayinya.

- 2) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
 - a) Pola Nutrisi Setelah Melahirkan
 - (1) Makan: Setelah melahirkan sudah makan 1 porsi habis dengan menu nasi, sayur dan lauk.
 - (2) Minum: Minum air putih \pm 5 gelas dalam satu malam.
 - b) Pola *Eliminasi* Setelah Melahirkan
 - (1) BAK: Buang air kecil pertama kali setelah melahirkan pada pukul 22.30 WIB (3 Maret 2015) dan tadi pagi juga sudah buang air kecil (05.00 WIB).
 - (2) BAB: Belum buang air besar.

- 3) Personal *Hygiene* Setelah Melahirkan
 - a) Mandi & Gosok Gigi: Belum mandi.
 - b) Ganti Pembalut: Ganti pembalut 1 kali pada jam 02.00 WIB karena merasa tidak nyaman (Darah dalam pembalut hanya sedikit, \pm 40 cc).

- 4) Istirahat Setelah Melahirkan
 - a) Tidur: Tidur \pm 1 – 2 jam selama semalam.
 - b) Keluhan: Tidak bisa tidur nyenyak karena kondisi bayinya yang bersuara “nggrogk-nggrogk” saat bernapas.

- 5) Aktivitas: Sudah bisa berjalan tanpa bantuan.

- b. Riwayat Laktasi

Puting susu payudara kanan tenggelam sejak remaja dan ibu hanya menyusui bayinya dengan payudara kiri karena anak pertamanya tidak mau menyusu pada payudara kanan dan pada akhirnya payudara kanan tidak memproduksi ASI lagi. Namun ibu berhasil menyusui dan mencukupi kebutuhan ASI anak pertamanya dengan produksi ASI payudara kirinya selama 2 tahun.

- c. Data Psikologis
 - 1) Respon Orangtua terhadap Kehadiran Bayi dan Peran Orangtua
 - 2) Merasakan bahagia atas kehadiran bayi yang diharapkan oleh ibu dan suaminya serta sudah siap mengasuh anaknya.
 - 3) Respon Anggota Keluarga terhadap Kehadiran Bayi
 - 4) Anak pertamanya tampak senang dengan kelahiran adiknya dan tidak menunjukkan adanya tanda-tanda *sibling rivalry* serta anggota keluarga besarnya juga tampak senang.
 - 5) Dukungan Keluarga
 - 6) Sudah ada pembagian tugas rumah tangga dengan suaminya.

- d. Data Obyektif
- 1) Pemeriksaan Umum
 - a) Keadaan Umum: Baik
 - b) Kesadaran: *Composmentis*
 - c) Keadaan *Emosional*: Baik
 - d) Tanda – tanda Vital
 - (1) Tekanan Darah: 100 / 70 mmHg
 - (2) Nadi : 80 × per menit
 - (3) Pernapasan: 24 × per menit
 - (4) Suhu: 36,3° C
 - 2) Pemeriksaan Fisik
 - a) Payudara: Tidak ada pembengkakan, kedua payudara teraba lunak, ASI keluar namun belum lancer.
 - b) Perut
 - (1) Fundus Uteri: 1 jari di bawah pusat.
 - (2) Kontraksi Uterus: Teraba keras.
 - (3) Kandung Kemih: Teraba kosong.
 - c) *Vulva* dan *Perineum*: Pengeluaran *lokhea* berwarna merah (*Rubra*, ± 40 cc), tidak ada kemerahan, nanah dan *oedema* pada luka jalan lahir.
 - d) *Ekstremitas*: Tidak ada *oedema*, nyeri dan kemerahan pada kedua tangan dan kaki.

2. Analisa

- a. Diagnosa: P₂ A₀ 32 tahun *nifas* normal jam ke-7.
- b. Masalah: Ibu tidak dapat tidur nyenyak.
- c. Kebutuhan: Kebutuhan eliminasi dan kebersihan diri, perawatan payudara, nutrisi ibu *nifas* dan menyusui, serta teknik menyusui yang benar.

3. Perencanaan

- a. Beritahu hasil pemeriksaan pada ibu.
- b. Anjurkan ibu untuk istirahat cukup (± 8 jam per hari).
- c. Berikan terapi oral berupa antibiotik, analgesik, tablet tambah darah dan vitamin A pada ibu serta menjelaskan cara minum obatnya.

4. Penatalaksanaan

Tanggal: 4 Maret 2015

Waktu: 06.00 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu.
- b. Menganjurkan ibu untuk mengatur aktivitas antara waktu istirahat dan waktu merawat bayi agar tenaga ibu pulih dan menunjang produksi ASI.

- c. Mengajarkan ibu untuk membersihkan puting susu dan daerah sekitarnya dengan *baby oil* sebelum mandi.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan tentang kebersihan diri pada ibu nifas.
- e. Mengajarkan ibu untuk tidak menahan keinginan untuk buang air kecil dan buang air besar.
- f. Memberikan pendidikan kesehatan tentang nutrisi pada ibu nifas dan menyusui serta teknik menyusui yang benar.
- g. Memberikan terapi oral serta menjelaskan cara minum obatnya:
 - 1) 10 tablet Amoxicillin 3 × 500 mg.
 - 2) 10 tablet Asam mefenamat 3 × 500 mg.
 - 3) 40 tablet Fe berupa Multi Mikronutrien (MMN).
 - 4) 2 kapsul vitamin A 1 × 200.000 IU.

5. Evaluasi

Tanggal: 4 Maret 2015

Waktu: 06.25 WIB

- a. Ibu mengetahui kondisi kesehatannya.
- b. Ibu mengusahakan untuk istirahat cukup.
- c. Ibu mengatakan sudah melakukan hal tersebut selama hamil dan akan tetap melakukannya selama menyusui bayinya.
- d. Ibu dapat menjelaskan kembali dan bersedia melakukan kebersihan diri sesuai anjuran (SAP terlampir).
- e. Ibu mengatakan bersedia untuk tidak menahan keinginan buang air kecil dan buang air besar.
- f. Ibu dapat menjelaskan kembali secara ringkas dan bersedia melakukan anjuran tentang nutrisi ibu nifas dan menyusui serta teknik menyusui yang benar (SAP terlampir).
- g. Ibu telah mendapatkan terapi oral dan mengerti cara minum obatnya.

6. Catatan Perkembangan I

Hari / Tanggal: Selasa, 10 Maret 2015

Jam: 16.00 WIB

Tempat: Rumah Ny. SL

S:

- a. Sakit dan teraba keras pada kedua payudara serta merasa kurang istirahat karena sering menyusui bayinya dan jarang tidur siang (Tidur malam : ± 3 jam dan tidur siang ± 2 jam).
- b. Eliminasi
BAK: ± 8 – 10 ×/hari, BAB: 1 ×/hari (BAB pertama kali yaitu 4 hari setelah melahirkan, setelah itu pola BAB-nya kembali seperti sebelum melahirkan).

O:

- a. Tanda – tanda Vital
 - 1) Tekanan Darah: 120 / 90 mmHg
 - 2) Nadi: 70 x/menit
 - 3) Pernapasan : 30 x/menit
 - 4) Suhu: 36,0° C
- b. Fundus Uteri: TFU Pertengahan pusat dan simpisis, teraba keras.
- c. Lokhea : Berwarna coklat (Serosa, ± 5 cc) dan ganti pembalut 2 x/hari.
- d. Eliminasi: Tidak terlihat menonjol pada tepi atas simpisis dan kandung kemih teraba kosong.
- e. Episiotomy: Tidak ada oedema, luka pada jalan lahir telah menyatu dan tidak ada tanda-tanda infeksi
- f. Breast: Kedua payudara tidak mengkilat dan kemerahan, ASI keluar lancar pada kedua payudara dengan warna putih, kedua payudara teraba keras, puting susu payudara kanan tenggelam, bayi tidak mau menyusu payudara kanan ibu.
- g. Ekstremitas: Tidak ada oedema, nyeri dan kemerahan pada kedua tangan dan kaki.

A:

- a. Diagnosa: P₂ A₀ 32 tahun nifas minggu ke-1 normal.
- b. Masalah: Kepenuhan ASI dan kurang istirahat.
- c. Kebutuhan: Pendidikan kesehatan tentang perawatan payudara dan perasat Hoffman.

P:

Tanggal: 10 Maret 2015

Waktu: 16.15 WIB

- a. Memberitahu hasil pemeriksaan pada ibu. Ibu mengetahui kondisi kesehatannya.
- b. Menganjurkan ibu untuk mengatur aktivitas antara waktu istirahat dan waktu merawat bayi agar tenaga ibu pulih dan menunjang produksi ASI. Ibu mengerti dan bersedia melakukan anjuran.
- c. Menganjurkan ibu untuk tetap menyusukan payudara kanannya pada bayinya. Ibu bersedia.
- d. Memberikan pendidikan kesehatan mengenai perawatan payudara dengan metode demonstrasi, cara pemerahan ASI dan cara penyimpanannya serta cara pemberian ASI perasan pada bayinya. Ibu dapat menjelaskan secara singkat tentang perawatan payudara, cara pemerahan dan penyimpanan ASI serta cara pemberian ASI perasan (SAP terlampir).
- e. Menganjurkan ibu untuk tetap melakukan perasat Hoffman secara teratur.

E. ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS, BAYI, DAN BALITA

Berikut ini merupakan contoh pendokumentasian asuhan kebidanan pada neonatus, bayi, dan balita.

1. Pengkajian

Hari, tanggal: Jum'at, 17 Maret 2017

Jam: 07.00 WIB

Tempat: BPM A

a. Data Subjektif

1) Identitas

- a) Nama : By.Ny.Y
- b) Tanggal Lahir : 13Maret 2017
- c) Pukul : 16.30 WIB
- d) Jenis Kelamin : Perempuan
- e) Umur : 4 hari

2) Ibu mengatakan mata dan badan pada bayinya berwarna kuning sejak 2 hari yang lalu

3) Riwayat Persalinan

- a) Penolong : Bidan
- b) Tempat : BPM A
- c) Jenis : Spontan
- d) Komplikasi : Tidakada

b. Data Objektif

1) Riwayat pemeriksaan APGAR Score

Tabel 1. Nilai APGAR Score

Tanda	1 Menit	5 Menit	10 Menit
<i>Appearance</i> (warna kulit)	2	2	2
<i>Pulse</i> (denyut jantung)	2	2	2
<i>Grimace</i> (tonus otot)	2	2	2
<i>Activity</i> (aktivitas)	1	1	2
<i>Respiration</i> (pernafasan)	2	2	2
Total	9	9	10

2) Pemeriksaan Tanda-tanda vital

- a) Keadaan Umum : Baik
- b) Kesadaran : *Composmentis*
- c) Pernapasan : 135 kali/menit
- d) *Heart Rate* : 38 kali/menit
- e) Suhu : 36,6 °C

3) Pemeriksaan Antropometri

- a) Berat Badan : 3300 gram
- b) Panjang Badan : 46 cm
- c) Lingkar kepala : 33 cm
- d) Lingkar dada : 34cm
- e) Lila : 12 m

4) Pemeriksaan Fisik

- a) Kepala : Tidak ada *caput succedaneum* atau *cephal hematoma*, rambut hitam.
- b) Muka : Simetris, tampak kuning, tidak *oedem*.
- c) Telinga : Simetris, tidak ada kelainan, tampak kuning.
- d) Hidung : Simetris, tidak ada *polip*, tidak ada pernapasan cuping hidung.
- e) Mata : Simetris, tidak ada infeksi, *konjungtiva* merah muda, *sklera* tampak kuning, tidak juling.
- f) Mulut : Tidak ada *labioskisis/labiopalatokisis*, ada reflek hisap, bibir berwarna merah lembab.
- g) Leher : Bentuk leher normal, tidak ada pembesaran kelenjar *thyroid* dan *vena jugularis*, kulit tampak kuning.
- h) Dada : Tidak ada retraksi dinding dada, puting susu (*aerola*) jelas, kulit tampak berwarna kuning.
- i) Punggung : Tidak ada kelainan.
- j) Abdomen : Bentuk abdomen bulat, tali pusat segar, tidak ada tanda infeksi, tidak ada perdarahan.
- k) Genitalia : Tidak testis berada dalam skrotum, lubang penis terletak pada bagian ujung.
- l) *Ekstremitas* : Simetris, gerak aktif tidak ada kelainan, ekstremitas tampak berwarna kuning.
- m) Tali pusat : Bersih, tidak ada infeksi.
- n) BAK : Sudah.
- o) BAB : Sudah.

2. Analisa

By Ny Y umur 4 hari neonatus dengan ikhterus.

3. Penatalaksanaan

Tanggal: 17 Februari 2016

Pukul: 07.30 WIB

- a. Memberi tahu hasil pemeriksaan pada ibu.
- b. Evaluasi: Ibu mengetahui hasil pemeriksaan pada bayinya.
- c. Menjelaskan pada ibu tentang proses terjadinya kuning pada tubuh bayi.
- d. Evaluasi: Ibu mengerti tentang kondisi bayinya.
- e. Menganjurkan ibu agar bayinya dijemur di pagi hari di bawah jam 8 selama ± 30 menit.
- f. Evaluasi: Ibu bersedia untuk menjemu bayinya setiap pagi hari.
- g. Menganjurkan ibu untuk menyusui bayinya secara on demand.
- h. Evaluasi: Ibu bersedia untuk memberikan ASI secara on demand.
- i. Menganjurkan ibu untuk menjaga kehangatan bayi.
- j. Evaluasi: Bayi telah dipakaikan baju, dibedong dan diletakkan di bawah lampu penghangat.
- k. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi pada tanggal 24 Maret 2017
- l. Evaluasi: Ibu mengatakan bersedia untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi pada tanggal 24 Maret 2017.

Latihan

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi praktikum di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Berikan contoh keluhan ibu hamil TM III!
- 2) Saat klien tidak ada yang menunggu pada waktu persalinan, bagaimana bidan berperan?
- 3) Berikan contoh dukungan yang bisa diberikan suami saat istri hamil?
- 4) Perubahan psikologis apa yang harus dipenuhi saat ibu nifas pada periode letting go?

Petunjuk Jawaban Latihan

Untuk membantu Anda dalam mengerjakan soal latihan tersebut silakan pelajari kembali materi tentang:

- 1) Asuhan kebidanan pada ibu hamil.
- 2) Asuhan kebidanan pada ibu bersalin.
- 3) Asuhan kebidanan pada ibu nifas.

Ringkasan

Pada asuhan kebidanan, dukungan yang bisa diberikan kepada ibu hamil diantaranya adalah mengantar periksa, membantu pekerjaan rumah tangga, mengurangi nyeri kehamilan dan ketidaknyaman. Kebutuhan ibu bersalin akan berbeda pada setiap wanita, kita sebagai bidan harus bisa memenuhi kebutuhan tersebut sehingga ibu merasa terdukung dan pengalaman persalinan menjadi positif. Masa nifas, ibu dan bayi harus diberikan dukungan, agar ibu terhindar dari post partum blues yang berlanjut menjadi post partum depresi.

Umumnya, suatu sediaan kering dibuat karena stabilitas zat aktif di dalam pelarut air terbatas, baik stabilitas kimia atau stabilitas fisik. Umumnya antibiotik mempunyai stabilitas yang terbatas di dalam pelarut air.

Tes 2

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang perempuan berusia 26 tahun GIII PII A0 hamil 26 minggu datang ke BPM, mengeluh gusi mudah berdarah. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari di atas pusat, DJJ 120 x/mnt. Apakah asuhan yang tepat untuk perempuan tersebut?
 - A. Diet tinggi serat
 - B. Berkumur air hangat
 - C. Minum susu tinggi kalsium
 - D. Konsumsi vitamin C dosis tinggi
- 2) Seorang perempuan berusia 30 tahun GIII PII A0 hamil 32 minggu datang ke BPM, mengeluh panas pada perut. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat dan proxesus xifoideus, puka, letkep, DJJ 128 x/mnt. Apakah konseling yang tepat pada perempuan tersebut?
 - A. Latihan dorso fleksi
 - B. Tekuk lutut kearah abdomen
 - C. Tidur dengan kaki ditinggikan
 - D. Duduk tegak setiap kali selesai makan
- 3) Seorang perempuan berusia 24 tahun GII PI A0 datang ke RS, menyatakan tidak haid selama 3 bulan, anaknya yang pertama meninggal karena lahir dengan spina bifida, dan menyatakan takut apabila hal tersebut terjadi dengan kehamilan yang sekarang. Hasil pemeriksaan TFU 2 jari di atas symphysis, ballottement (+), plano test (+). Yang perlu diberikan kepada perempuan tersebut adalah....
 - A. Kalsium

- B. Tablet Fe
 - C. Vitamin C
 - D. Asam folat
- 4) Seorang perempuan berusia 21 tahun GI P0 A0 hamil 37 minggu datang ke BPM. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TFU 2 jari di bawah proesus xifoideus, puka, letkep, divergen, DJJ 128 x/mnt. Apakah konseling yang tepat?
- A. Imunisasi TT
 - B. Gizi seimbang
 - C. Persiapan persalinan
 - D. Cara minum tablet Fe
- 5) Seorang perempuan berusia 23 tahun GIP0A0 hamil 29 minggu datang ke Posyandu. Hasil pemeriksaan tanda vital dalam batas normal, TFU pertengahan pusat-prosesus xyfoideus, DJJ 140 x/mnt, HB 11,3 gr%. Kapankah kunjungan ulang sesuai kasus?
- A. 1 minggu kemudian
 - B. 2 minggu kemudian
 - C. 3 minggu kemudian
 - D. 4 minggu kemudian

KUNCI JAWABAN TES

Tes 1

- 1) D
- 2) D
- 3) A
- 4) B
- 5) C

Tes 2

- 1) B
- 2) C
- 3) D
- 4) C
- 5) B

DAFTAR PUSTAKA

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.