



Aning Subiyatin

BUKU AJAR



**DOKUMENTASI
KEBIDANAN**

ISBN: 978-602-6708-09-0

BUKU AJAR DOKUMENTASI KEBIDANAN

Aning Subiyatin, SST, M. Kes

Penerbit

Fakultas Kedokteran dan Kesehatan

Universitas Muhammadiyah Jakarta

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Penulis : Aning Subiyatin, SST, M. Kes

ISBN : 978-602-6708-09-0

Desain Sampul : Galila Aisyah Latifah Amini, S. Keb, Bd.

Penerbit : Fakultas Kedokteran dan Kesehatan Universitas Muhammadiyah Jakarta

Jl. KH Ahmad Dahlan Cirendeu Ciputat 15419

www.fkkumj.ac.id

Cetakan I : 2017

Hak Cipta dilindungi Undang-undang

Dilarang mengutip, memperbanyak, dan menerjemah sebagian seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari penerbit

Perembahan

Kupersembahkan buku ini untuk :

- ✚ Kedua orang tuaku, terima kasih atas untaian doa-doa yang senantiasa dimunajatkan dan kasih sayangnya, semoga Allah mempertemukan kita di JannahNya.....

- ✚ Suami dan malaikat-malaikat kecilku Aisyah, Hazim, dan Lashira yang senantiasa menginspirasi, memotivasi dan mendoakan.....
Semoga Allah senantiasa menyatukan hati-hati kita dan dapat bertemu di JannahNya.....

KATA PENGANTAR

Assalamualaikum, Wr. Wb.

Puji dan syukur senantiasa kami panjatkan kehadirat Allah SWT karena atas limpahan rahmat serta hidayahnya sehingga kami dapat selesai menyusun Buku Ajar Dokumentasi Kebidanan ini. Selanjutnya penulis tak lupa menyampaikan shalawat dan salam kepada junjungan Nabi besar Muhammad SAW, para sahabat, keluarga dan pengikut-pengikutnya hingga akhirun Zaman.

Dokumentasi kebidanan sangat penting, karena merupakan dokumen yang sah, berguna untuk melindungi pasien dan bidan selaku pemberi asuhan. Oleh karena itu dalam melakukan asuhannya bidan harus sesuai standar kebidanan. Hal ini juga diatur dalam Al Qur'an

“Hai orang-orang yang beriman, apabila kamu bermu'amalah tidak secara tunai untuk waktu yang ditentukan, hendaklah kamu menuliskannya. Dan hendaklah seorang penulis di antara kamu menuliskannya dengan benar. Dan janganlah penulis enggan menuliskannya sebagaimana Allah mengajarkannya, maka hendaklah ia menulis, dan hendaklah orang yang berhutang itu mengimlakkan (apa yang akan ditulis itu), dan hendaklah ia bertakwa kepada Allah Tuhannya”(QS Al Baqoroh:282)

Secara garis besar isi buku ini adalah konsep dokumentasi, teknik dan model pendokumentasian, model pendokumentasia, system pengumpulan data rekam medic (RS, Puskesmas, BPM), prinsip pendokumentasian dalam manajemen kebidanan dan teknik penulisan pendokumentasian pada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, bayi baru lahir dan Keluarga Berencana(KB).

Pada kesempatan ini penulis juga tak lupa menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan kepada semua pihak yang telah memberikan bantuan baik moril maupun material. .Penulis menyadari bahwa makalah ini masih banyak kekurangannya oleh karena itu penulis mengharapkan kritik dan saran yang sifatnya membangun, agar kelak buku ajar ini dapat lebih baik lagi.

Walaikumsalam, Wr. Wb.

Jakarta, April 2017

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERSEMBAHAN	ii
TIM PENYUSUN DAN EDITOR	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	vi
BAB 1 : Konsep Dokumentasi	1
1. Pengertian dokumentasi	2
2. Tujuan dan fungsi dokumentasi.....	2
3. Prinsip-prinsip dokumentasi	3
BAB 2: Teknik dan Model Dokumentasian.....	6
1. Teknik naratif	7
2. Teknik flowsheet/ceklist	7
3. Model Problem Oriented Record(POR)	8
4. Model Source Oriented Record(SOR).....	10
5. Model Charting by Expectation (CBE)	12
6. Model Kardeks	12
7. Model Base Control Based Patient Record	12
BAB 3 : Model Pendokumentasian	13
1. SOAPIER.....	14
2. SOAPIE.....	15
3. SOAPIED.....	16
4. SOAP.....	17
BAB 4 : System Pengumpulan Data Rekam Medic (RS, Puskesmas, BPM)....	19
1. Sistem Dokumentasi Pelayanan Pada Rawat Jalan Dan Rawat Inap	20

2. Sistem Pengumpulan Data Rekam Medis	20
3. Sistem Pengumpulan Data Di Rumah Sakit	21
4. Sistem Pengumpulan Data Di Puskesmas Dan Bidan Praktik Mandiri (BPM)	22
5. Proses Pengolahan Rekam Medik.....	22
BAB 5 : Prinsip Pendokumentasian Dalam Manajemen Kebidanan dan Teknik Penulisan Pendokumentasian Pada Ibu Hamil, Ibu Bersalin, Ibu Nifas, Bayi Baru Lahir dan Keluarga Berencana (KB)	24
1. Konsep manajemen kebidanan	25
2. Teknik penulisan pendokumentasian pada ibu hamil	31
3. Teknik penulisan pendokumentasian pada ibu bersalin	48
4. Teknik penulisan pendokumentasian pada bayi baru lahir	65
5. Teknik penulisan pendokumentasian pada ibu nifas.....	78
6. Teknik penulisan pendokumentasian pada akseptor KB	88

LAMPIRAN

DAFTAR PUSTAKA



BAB 1

Konsep Dokumentasi Kebidanan

1. Pengertian dokumentasi
2. Tujuan dan fungsi dokumentasi
3. Prinsip-prinsip dokumentasi

BAB I

KONSEP DOKUMENTASI KEBIDANAN

PENGERTIAN DOKUMENTASI

Setiap tenaga kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan pada klien atau pasiennya harus mendokumentasikan kegiatan yang dilakukan dan hasilnya. Dokumentasi sangat diperlukan karena dapat digunakan sebagai bahan untuk pertanggungjawaban atas tindakan yang dilakukan. Hal ini juga berguna bila terjadi gugatan maka dokumentasi sangat membantu.

Asal dari bahasa Inggris "*Document*" yang berarti satu atau lebih lembar kertas resmi (official) dengan tulisan di atasnya. Dokumentasi menurut kamus besar bahasa Indonesia adalah pengumpulan, pemilihan, pengolahan, dan penyimpanan informasi dalam bidang pengetahuan.

Dokumentasi kebidanan menurut Wildan dan Hidayat, 2008 adalah kegiatan pencatatan, pemeliharaan, dan proses komunikasi terhadap informasi yang berkaitan dengan pengelolaan pasien guna mempertahankan sejumlah fakta dari suatu kejadian dalam suatu waktu.

TUJUAN DAN FUNGSI DOKUMETASI

Dokumentasi kebidanan harus dikerjakan oleh bidan sebagai bentuk tanggung jawab dan gugat dalam memberikan asuhan kebidanan. Karena bidan menggunakan proses penatalaksanaan kebidanan dalam membuat keputusan klinik, maka ia harus mencatat temuan dan keputusannya. Hal ini sangat penting untuk diingat bahwa jika temuan tidak dilaporkan, maka seolah-olah ia tidak melakukan tindakan. Dokumentasi memberikan catatan permanen mengenai manajemen pasien dan dapat dijadikan sebagai pertukaran informasi dengan petugas lain. Pencatatan dibutuhkan oleh undang-undang.

Tujuan pendokumentasian asuhan kebidanan :

1. Sarana komunikasi

Dokumentasi dapat digunakan sebagai alat komunikasi antar tim kesehatan mengenai tindakan yang telah dilakukan dan yang akan dilakukan.

2. Sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat
Digunakan sebagai alat perlindungan bidan dalam melaksanakan pelayanan kebidanan yang diterima terhadap pasien.
3. Sebagai informasi statistic
Informasi statistic dapat digunakan sebagai alat perencanaan kebutuhan yang akan datang, baik SDM, sarana, prasarana dan teknis.
4. Sarana pendidikan
Dokumentasi kebidanan yang ditulis dengan benar bisa digunakan sebagai bahan atau referensi pendidikan.
5. Sumber data penelitian
Informasi dalam dokumentasi dapat digunakan sebagai sumber data dalam penelitian dan pengembangan ilmu pengetahuan.
6. Jaminan kualitas pelayanan kesehatan
Dengan adanya dokumentasi bisa digunakan sebagai alat evaluasi dalam pelayanan kesehatan, guna peningkatan mutu pelayanan

Fungsi pendokumentasian asuhan kebidanan dilihat dari beberapa aspek:

1. Aspek administrasi
Dalam dokumentasi terdapat catatan-catatan medis, tindakan yang dilakukan bidan sesuai dengan wewenangnya guna pencapaian tujuan pelayanan.
2. Aspek medis
Dokumentasi berisi catatan yang digunakan sebagai dasar perencanaan pengobatan dan tindakan yang sudah ataupun akan dilakukan.
3. Aspek hukum
Dokumentasi sangat bermanfaat apabila dijumpai suatu masalah yang berhubungan dengan profesi bidan, karena bernilai hukum dan dapat digunakan sebagai alat bukti di pengadilan
4. Aspek keuangan
Dengan adanya dokumentasi maka dapat digunakan sebagai dasar perincian pembiayaan pasien selama perawatan.

5. Aspek penelitian
Dokumentasi dapat digunakan sebagai dasar penelitian melalui studi dokumentasi.
6. Aspek pendidikan
Dengan adanya dokumentasi maka dapat digunakan sebagai sumber studi dan penelitian guna pengembangan keilmuan.
7. Aspek jaminan mutu
Dengan adanya pendokumentasian yang lengkap dan akurat maka dapat digunakan sebagai alat evaluasi penatausahaan yang sudah diberikan. Hal ini guna peningkatan mutu pelayanan.
8. Aspek akreditasi
Melalui dokumentasi akan tercermin sejauh mana keberhasilan pemberian asuhan, dan mutu pelayanan yang sudah diberikan bidan.
9. Aspek statistic
Informasi statistic dari dokumentasi dapat membantu suatu institusi untuk mengantisipasi kebutuhan tenaga dan menyusun rencanasesuai kebutuhan.
10. Aspek komunikasi
Dengan adanya dokumentasi maka dapat digunakan sebagai sumber informasi dalam koordinasi pelayanan kebidanan dalam tim.

Prinsip-Prinsip Dokumentasi

Dikutip dari Wildan dan Hidayat, 2008 adalah sebagai berikut :

1. Dokumentasi harus lengkap
Data dalam catatan harus berisi informasi spesifik yang memberi gambaran tentang kondisi pasien dan pemberian asuhan kebidanan serta evaluasi status pasien
2. Bubuhkan tanda tangan pada setiap pencatatan data
3. Tulislah dengan jelas dan rapi
Hal ini dilakukan untuk menghindari kesalahpahaman komunikasi dalam tim kesehatan.
4. Gunakan ejaan dan kata baku serta tata bahasa medis yang tepat dan umum.

5. Gunakan tinta agar terlihat jelas
6. Gunakan singkatan resmi dalam pendokumentasian
Pada sebagian besar rumah sakit atau pelayanan kesehatan mempunyai daftar singkatan yang disepakati. Daftar ini harus tersedia bagi seluruh petugas kesehatan yang membuat dokumentasi dalam rekam medis maupun mahasiswa yang sedang melakukan praktik.
7. Gunakan pencatatan dengan grafik untuk mencatat tanda vital.
Hal ini digunakan untuk mempermudah pemantau pasien setiap saat terkait dengan perkembangan kesehatannya.
8. Catat nama pasien pada setiap halaman.
Hal ini dilakukan untuk menghindari terselipnya halaman yang salah ke dalam catatan pasien.
9. Berhati-hati ketika mencatat status pasien HIV/AIDS
Hal ini berkaitan dengan adanya kerahasiaan pada hasil tes HIV/AIDS di beberapa negara yang dilindungi oleh undang-undang.
10. Hindari menerima instruksi verbal dari dokter melalui telepon, kecuali kondisi darurat.
Meningkatkan banyaknya kesalahan dalam pendokumentasian melalui telepon karena ketidakjelasan penyampain, maka sebaiknya hal ini dihindari. Akan tetapi apabila keadaan terpaksa maka diteruskan dengan tertulis.
11. Tanyakan intruksi jika ditemukan instruksi tidak tepat.
Bidan harus mempunyai kemampuan berpikir kritis dan analisa yang tajam, sehingga bila ditemukan intruksi atau tugas limpahan dokter yang tidak jelas bida ditanyakan guna menghindari kesalahan persepsi.
12. Dokumentasikan tindakan dan obat yang tidak diberikan
Semua tindakan dan obat-obatan yang tidak boleh diberikan harus dicatat dan diberikan alasan diberhentikan
13. Catat informasi secara lengkap tentang obat yang diberikan
Dokumentasikan semua tentang kapan jenis obat, waktu pemberian, cara pemberian dan dosisnya.
14. Catat keadaan alergi obat atau makanan.
Pendokumentasian keadaan alergi obat harus ditulis untuk sebagai tindakan antisipasi.
15. Catat daerah penyuntikan obat atau makanan.

Hal ini dilakukan guna mengetahui apabila timbul dampak yang tidak diketahui sebelumnya seperti adanya cedera atau lainnya.

16. Catat hasil laboratorium yang tidak normal

Pendokumentasian hal ini penting guna menghindari kesalahan dalam proses pengobatan.



BAB 2

Teknik dan Model Dokumentasi

1. Teknik naratif
2. Teknik flowsheet/ceklist
3. Model problem oriented record(por)
4. Model source oriented record(sor)
5. Model charting by expectation (cbe)
6. Model kardeks
7. Model base control based patient record

BAB II

TEKNIK DAN MODEL DOKUMENTASI KEBIDANAN

TEKNIK NARATIF

Pendokumentasian secara naratif sudah banyak dikenal/umum. Teknik ini sering digunakan ketika mencatat perkembangan pasien.

Teknik naratif adalah penulisan paragraf secara sederhana yang menggambarkan status pasien, intervensi, pengobatan, serta respon pasien terhadap intervensi.

Kekurangan teknik ini adalah pencatatan yang terlalu panjang karena berisi tentang perawatan rutin, hasil pengkajian, normal, hasil temuan yang signifikan dan permasalahan pasien sehingga memerlukan waktu yang panjang.

Keuntungan teknik ini adalah mudah ditulis dan diketahui orang lain, bidan dapat dengan bebas bagaimana sebuah informasi dicatat.

Contoh dokumentasi naratif

Pada tanggal 20 Januari 2017 datang seorang ibu bernama Susanti 33 tahun, mengaku hamil ketiga, belum pernah keguguran, usia kehamilan 37 minggu. Saat ini ibu mengeluh mules-mules sejak 4 jam yang lalu. Ibu mengatakan belum keluar air-air dan gerakan janin aktif.

TEKNIK FLOWSHEET/CEKLIST

Teknik flowsheet merupakan bentuk pendokumentasian yang dirancang secara spesifik untuk mengetahui informasi perkembangan pasien secara singkat.

Keuntungannya adalah :

- Pengerjaan pendokumentasiannya bisa cepat dan efisien
- Mudah dibaca
- Dapat dipertanggungjawabkan secara hukum.

Kelemahan adalah:

- Rekam medic menjadi lama sehingga permasalahan pasien tidak muncul
- Potensial terjadi implikasi
- Ruang kosong sedikit sehingga tidak cukup untuk mencatat data yang komprehensif

Contoh flowsheet dalam kebidanan yaitu partograf guna memantau perkembangan kemajuan persalinan, lembar observasi tanda-tanda vital, lembar observasi his, dll

MODEL PROBLEM ORIENTED RECORD(POR)

Model problem oriented record(POR) merupakan model pendokumentasian yang disusun berdasarkan masalah pasien. Sistem dalam dokumentasi ini mengintegrasikan semua data dan masalah yang dikumpulkan oleh dokter, bidan, perawat dan tenaga kesehatan lainnya yang terlibat dalam penanganan masalahnya.

Komponen dalam dokumentasi ini terdiri atas:

1. Data dasar

Data dasar merupakan data yang diperoleh dari hasil pengkajian saat pasien masuk. Data ini meliputi data umum dan data khusus. Yang dimaksud data umum seperti data demografi (identitas pasien, umur, alamat, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, suku bangsa, penghasilan), riwayat penyakit sekarang dan yang pernah diderita, riwayat penyakit keluarga, riwayat penyakit psikososial dan pengobatan, sedangkan data khusus meliputi hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium.

2. Daftar masalah

Daftar masalah merupakan acuan penting dalam pengelolaan masalah karena merupakan hasil analisis dari data dasar. Di dalamnya berisi tentang masalah yang telah teridentifikasi, selanjutnya disusun secara kronologis sesuai tanggal identifikasi masalah. Daftar masalah meliputi masalah fisiologis, psikologis, sosiokultural, spiritual maupun tumbuh kembang.

3. Rencana asuhan

Rencana asuhan merupakan rencana yang akan dilakukan oleh tenaga kesehatan sesuai daftar masalah yang ditemukannya. Komponen dalam rencana asuhan ini meliputi rencana diagnostik, terpetik(pengobatan), pendidikan kesehatan, rencana pemeriksaan lanjutan.

4. Catatan perkembangan

Berisikan tentang catatan perkembangan/ kemajuan yang ditulis berdasarkan tindakan yang telah dilakukan oleh tim kesehatan yang terlibat.

Pencatatannya menggunakan cara penulisan SOAP(Subjektif, Objektif, Analisis, Perencanaan), SOAPIER(Subjektif, Objektif, Analisis, Perencanaan, Intervensi, Evaluasi, Revisi) atau PIE (Problem Intervensi dan Evaluasi).

Tabel 2.1. Contoh dokumentasi dalam SOAP

Tanggal	Waktu	Catatan Perkembangan
17/9/2007	14.00	S: O: A: P:

Sumber: Wildan Moh, Hidayat AAA, 2008. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

Tabel 2.2 Contoh dokumentasi dalam SOAP

Data Dasar	Daftar Masalah	Rencana Tindakan	Catatan Perkembangan
Data Subjektif Data objektif			

Sumber: Wildan Moh, Hidayat AAA, 2008. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

MODEL SOURCE ORIENTED RECORD(SOR)

Model source oriented record(SOR) memfokuskan pada hasil catatan tenaga kesehatan yang melakukan pencatatan pada pasien seperti dokter, bidan, perawat, ahli gizi atau tenaga kesehatan yang lainnya.

Catatan berorientasi pada sumber terdiri atas lima komponen yaitu:

1. Lembar penerimaan berisi biodata
2. Lembar order dokter
3. Lembar riwayat medik/penyakit
4. Catatan perawatan
5. Catatan dan laporan khusus

Tabel 2.3 Contoh Dokumentasi Source Oriented Record (SOR)

Tanggal	Waktu	Sumber	Catatan Perkembangan
Tanggal/ Bulan/Tahn	Waktu tindakan	Bidan	<p>Catatan ini meliputi pengkajian, identifikasi masalah, rencana tindakan, rencana segera, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi efektifitas tindakan, dan hasil</p> <p>Bidan</p> <p>Nama dan tanda tangan</p>
		Dokter	<p>Catatan ini meliputi: observasi keadaan pasien, evaluasi kemajuan, indentifikasi masalah baru da penyelesaiannya, rencana tindakan dan pengobatan terbaru.</p> <p>Dokter</p> <p>Nama dan tanda tangan</p>
		Bidan	<p>Catatan ini meliputi: pengkajian, identifikasi masalah, perlunya rencana tindakan/menentukan kebutuhan segera, intervensi, penyelesaian masalah, evaluasi efektifitas tindakan, dan hasil</p> <p>Bidan</p> <p>Nama dan tanda tangan</p>

MODEL CHARTING BY EXPECTATION (CBE)

Model charting by expectation (CBE) adalah sistem pendokumentasian yang terdiri dari beberapa unsur yaitu flowsheet, standar praktik, pedoman intruksi, data dasar, rencana kebidanan berdasarkan diagnosis dan catatan perkembangan SOAP.

MODEL KARDEKS

Model kardeks merupakan model dokumentasi secara tradisional yang dipergunakan dari berbagai sumber informasi pasien yang disusun dalam satu buku. Komponen pencatatan dalam kardeks meliputi nama, alamat, status perkawinan, tanggal lahir, status sosial, agama, kepercayaan, diagnosis kebidanan, prioritas masalah dan data pengobatan.

Kelemahan sistem ini adalah tidak didisi lengkap, tidak cukup ruang dalam memasukkan data yang diperlukan dengan pasien yang banyak masalah, tidak selalu diperbaharui dan tidak *up date*.

MODEL BASE CONTROL BASED PATIENT RECORD

Model ini menggunakan sistem komputer dalam pendokumentasiannya. Pendokumentasian model ini mempermudah dalam proses penegakkan diagnosis dan mengurangi kegiatan pencatatan secara tradisional. Keuntungan model ini adadalah data mudah dibaca, ketepatan pencatatan tinggi, meningkatkan komunikasi antar tim kesehatan, hemat waktu dan biaya, dan pelayanan pasien lebih cepat. Akan tetapi model ini juga memiliki beberapa kelemahan yaitu kurang terjamin kerahasiaan pasien, diperlukan modal besar, tergantung pada teknologi, dan tidak semua intitusi dan petugas siap komputerisasi.



BAB 3

METODE PENDOKUMENTASIAN

1. SOAPIER
2. SOAPIE
3. SOAPIED
4. SOAP

BAB III

METODE PENDOKUMENTASIAN

Dalam melakukan pencatatan asuhan kebidanan ada beberapa metode pendokumentasian yang dapat dilakukan oleh bidan yaitu:

SOAPIER

S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.

Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "**S**" diberi kode "0" atau "X".

O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan / observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

A=*Assesment*

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan / tindakan yang tepat.

P=*Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

I=*Implementation*

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

E=*Evaluation*

Evaluation merupakan hal penting untuk menilai ketepatan tindakan dan keefektifan asuhan yang telah diberikan bidan. Jika tujuan tindakan tidak tercapai maka proses evaluasi digunakan sebagai dasar tindakan alternatif lain guna mencapai tujuan.

R=*Revised*

Revised (revisi) adalah perubahan rencana asuhan kebidanan berdasar hasil evaluasi guna tercapainya tujuan asuhan.

Contoh :

S : Pasien P3A0 mengeluh nyeri pada luka jahitan post SC 2 hari yang lalu dan mengigil.

O : TD 120/70 mmHg, N 80x/menit, RR 22x/menit, Suhu 38,3⁰C, pada balutan luka terlihat basah dan terdapat PUS.

A : P3A0 post SC 2 hari dengan infeksi

P : Lakukan perawatan luka, pendidikan kesehatan makan tinggi kalori dan protein

I : Ganti balutan, pendidikan kesehatan nutrisi tinggi kalori dan protein

E : Luka masih bernanah

R : Ganti balutan 2 kali/hari

SOAPIE

S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.

Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "**S**" diberi kode "0" atau "X".

O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan / observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

A=*Assesment*

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan / tindakan yang tepat.

P=*Planning*

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

I=Implementation

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

E=Evaluation

Evaluation merupakan hal penting untuk menilai ketepatan tindakan dan keefektifan asuhan yang telah diberikan bidan. Jika tujuan tindakan tidak tercapai maka proses evaluasi digunakan sebagai dasar tindakan alternatif lain guna mencapai tujuan.

Contoh :

S : Pasien P3A0 mengeluh nyeri pada luka jahitan post SC 2 hari yang lalu dan mengigil.

O : TD 120/70 mmHg, N 80x/menit, RR 22x/menit, Suhu 38,3⁰C, pada balutan luka terlihat basah dan terdapat PUS.

A : P3A0 post SC 2 hari dengan infeksi

P : Lakukan perawatan luka, pendidikan kesehatan makan tinggi kalori dan protein

I : Ganti balutan, pendidikan kesehatan nutrisi tinggi kalori dan protein

E : Luka masih bernanah

SOAPIED

S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.

Pada pasien bisu maka dibagian data belakang "**S**" diberi kode "0" atau "X".

O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan / observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

A=Assesment

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan / tindakan yang tepat.

P=Planning

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

I=Implementation

Implementation (Pelaksanaan) merupakan tindakan yang harus dilakukan sesuai perencanaan. Dalam melakukan tindakan harus disetujui oleh pasien kecuali tidak dilaksanakan.

D = Dokumentasi

Dokumentasi adalah pencatatan seluruh tindakan yang sudah dilakukan dalam asuhan kebidanan. Pencatatan dimulai dari pasien datang sampai pulang.

SOAP

SOAP merupakan catatan yang bersifat sederhana, jelas, logis dan tertulis. Bidan hendaknya menggunakan dokumentasi SOAP setiap kali bertemu pasien.

Alasan catatan SOAP dipakai dalam pendokumentasian adalah karena metoda SOAP merupakan kemajuan informasi yang sistematis yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan dalam rencana asuhan, metoda SOAP dapat dipakai sebagai penyaring inti sari proses penatalaksanaan kebidanan dalam tujuannya penyediaan dan pendokumentasian asuhan, dan dengan SOAP dapat membantu bidan dalam mengorganisir pikiran dan asuhan yang menyeluruh.

S= Subjektif

Data subjektif adalah data yang diperoleh dari sudut pandang pasien atau segala bentuk pernyataan atau keluhan dari pasien.

Pada pasien bisu maka dibagian data belakang “**S**” diberi kode”0” atau “X”.

O=Objektif

Data objektif merupakan data yang diperoleh dari hasil pemeriksaan / observasi bidan atau tenaga kesehatan lain. Yang termasuk dalam data objektif meliputi pemeriksaan fisik pasien, pemeriksaan laboratorium, ataupun pemeriksaan diagnostik lainnya.

A=Assesment

Assesment merupakan pendokumentasian dari hasil analisa data subjektif dan data objektif. Analisa yang cepat dan akurat sangat diperlukan guna pengambilan keputusan / tindakan yang tepat.

P=Planning

Planning (Perencanaan) adalah rencana yang dibuat berdasarkan hasil analisa. Rencana asuhan ini meliputi rencana saat ini dan akan datang.

Standar Nomen Klatur Diagnosis Kebidanan :

- a. Diakui dan telah disyahkan oleh profesi kebidanan
- b. Berhubungan langsung dengan praktisi kbidanan
- c. Memiliki ciri khas kebidanan
- d. Didukung *clinical judgment* dalam praktek kebidanan
- e. Dapat diselesaikan dengan pendekatan manajemen kebidanan



BAB 4

SISTEM PENGUMPULAN DATA DAN REKAM MEDIK

1. Sistem Dokumentasi Pelayanan Pada Rawat Jalan Dan Rawat Inap
2. Sistem Pengumpulan Data Rekam Medik
3. Sistem Pengumpulan Data Di Rumah Sakit
4. Sistem Pengumpulan Data Di Puskesmas Dan Bidan Praktik Mandiri (BPM)
5. Proses Pengolahan Rekam Medik

BAB IV

SISTEM PENGUMPULAN DATA DAN REKAM MEDIK

SISTEM DOKUMENTASI PELAYANAN PADA RAWAT JALAN DAN RAWAT INAP

Dokumentasi merupakan hal yang sangat penting dalam pelayanan kesehatan. Keberadaannya sangat penting dalam pelayanan, karena berisi informasi-informasi penting yang didapat dari pasien.

Dalam pelayanannya rumah sakit memberikan pelayanan rawat jalan dan rawat inap. Keduanya memiliki perbedaan isi. Pada rawat jalan berisi identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, USG, dll), diagnosis/masalah, tindakan/pengobatan yang telah diberikan, sedangkan rawat inap berisi identitas pasien, hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang (laboratorium, rontgen, USG, dll), diagnosis/masalah, informed consent tindakan medis, tindakan/pengobatan yang telah diberikan.

Seiring dengan kemajuan teknologi, maka pendokumentasian pelayanan kesehatan juga sudah berbasis elektronik guna mempercepat dan mempermudah pelayanan kesehatan yang diberikan ke pasien.

SISTEM PENGUMPULAN DATA REKAM MEDIS

Dalam melakukan pelayanan kesehatan setiap tenaga kesehatan harus mendokumentasikan semuanya sebagai tanggung jawab dan tanggung gugat. Hal ini tertuang dalam rekam medis. Rekam medis menurut penjelasan UU No 29 Tahun 2004 tentang praktik kedokteran, pasal 46 ayat 1 yaitu berkas yang berisi catatan dan dokumen mengenai identitas pasien, pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang diberikan kepada pasien. Didalam rekam medik memuat informasi mengenai pasien, memberikan alasan dalam penetapan diagnose dan perawatan serta mencatat/merekam seluruh hasil pemeriksaan tindakan yang diberikan kepada pasien.

Tujuan adanya rekam medik antara lain adalah

a. Admisistrasi

Berisi wewenang dan tanggung jawab sebagai tenaga medis dan paramedic

b. Legal

Dalam rekam medis memberikan kepastian hukum dan bahan bukti hukum dalam memberikan pelayanan.

c. Finansial

Dalam rekam medik berisi tentang pemakaian obat, tindakan yang sudah dilakukan sehingga bisa digunakan untuk perincian biaya yang dikeluarkan.

d. Riset

Rekam medik juga bisa digunakan sebagai bahan riset dan pengembangan ilmu pengetahuan kesehatan.

e. Edukasi

Sebagai bahan referensi profesi kesehatan karena berisi perkembangan pelayanan pasien dan tindakan yang sudah diberikan.

f. Dokumentasi

Merupakan sumber informasi yang sebagai bentuk tanggung jawab dan tanggung gugat.

SISTEM PENGUMPULAN DATA DI RUMAH SAKIT

Sistem pengumpulan data di rumah sakit tertuang dalam rekam medik. Rekam medis harus segera dilengkapi setelah pasien selesai menerima pelayanan kesehatan. Setiap catatan rekam medis harus dibubuhi nama, waktu, dan tanda tangan petugas yang memberikan pelayanan atau tindakan.

Adapun jenis pencatatan pasien yang dirawat di rumah sakit meliputi catatan medik umum, formulir rujukan, ringkasan pasien pulang, dan surat kematian.

Pasien rawat dapat diterima melalui poliklinik dan unit gawat darurat. Jenis pasien yang ke poliklinik bisa merupakan pasien baru ataupun pasien lama. Alur pelayanan pasien rawat jalan dapat langsung pulang atau rawat inap. Untuk memudahkan pencatatan maka perlu adanya no seri pasien, unit kunjungan pasien, dan seri unit kunjungan.

Cara penyimpanan data rekam medik ada dua yaitu

- Sentralisasi

Adalah penyimpanan rekam medik yang terpusat (rawat inap, rawat jalan, dan gawat darurat) di simpan satu tempat

- Desentralisasi

Adalah penyimpanan rekam medis disimpan oleh masing-masing unit baik rawat jalan, rawat inap, dan gawat darurat.

SISTEM PENGUMPULAN DATA DI PUSKESMAS DAN BIDAN PRAKTIK MANDIRI (BPM)

Pada prinsipnya system pendokumentasian di puskesmas dan rumah sakit tidak jauh berbeda. Pencatatan dan pengumpulan data di puskesmas/BPM dicatat dalam beberapa formulir dan buku-buku rekam medik. Pencatatan di puskesmas dikelompokkan berdasarkan unit-unit pelayanan yang ada pada puskesmas yang bersangkutan. Contohnya poliklinik Kesehatan Ibu dan Anak (KIA) mempunyai unit pelayanan ibu hamil, kesehatan anak, dan pelayanan KB.

Selain itu ada beberapa puskesmas yang juga melayani rawat inap contohnya puskesmas yang melayani rawat inap persalinan. Pencatatan pada rawat inap persalinan meliputi kartu ibu hamil, lahir, nifas, surat kelahiran bayi, surat rujukan, surat kematian, persetujuan tindakan medik.

PROSES PENGOLAHAN REKAM MEDIK

Menurut Wildan dan Hidayat yang dikutip dari Soeparto dkk, 2006 terdapat beberapa kegiatan yaitu pencatatan, pengolahan, dan penyimpanan.

a. Pencatatan

Merupakan bentuk pendokumentasian segala informasi medis seseorang pasien ke dalam rekam medis. Pencatatan memuat data yang akan menjadi bahan informasi. Data pasien dapat dikelompokkan ke dalam dua kelompok, yaitu data social dan data medis. Data social diperoleh pada saat pasien mendaftarkan diri di tempat penerimaan pasien. Sedangkan data medis baru diperoleh dari pasien apabila pasien telah memasuki unit pelayanan kesehatan.

b. Pengolahan

Dari hasil pencatatan kemudian dilakukan pengolahan, yakni semua bentuk catatan, baik dari hasil rekapitulasi harian maupun lembaran formulir rekam medis, yang selanjutnya dipakai sebagai bahan laporan rumah sakit. Sebelum dilakukan pengolahan, berkas-berkas rekam medis diteliti kelengkapannya, baik isi maupun jumlah.

c. Penyimpanan

Setelah diolah, kemudian dilakukan penyimpanan dalam penyelenggaraan rekam medis. Cara penyimpanan ada dua, yakni cara sentralisasi dengan menyimpan rekam medis seorang pasien, baik catatan kunjungan poliklinik maupun catatan selama pasien dirawat yang dilakukan dalam satu kesatuan. Cara desentralisasi yaitu proses pemisahan antara rekam medis poliklinik dan rekam medis selama pasien dirawat. Rekam medis poliklinik disimpan disuatu tempat penyimpanan, sedangkan rekam medis pasien selama dirawat disimpan pada bagian pencatatan medis.



BAB 5

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN DALAM MANAJEMEN KEBIDANAN DAN TEKNIK PENULISAN PENDOKUMENTASIAN PADA IBU HAMIL, IBU BERSALIN, IBU NIFAS, BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA BERENCANA

1. Konsep manajemen kebidanan
2. Aplikasi penulisan pendokumentasian pada ibu hamil
3. Aplikasi penulisan pendokumentasian pada ibu bersalin
4. Aplikasi penulisan pendokumentasian pada bayi baru lahir
5. Aplikasi penulisan pendokumentasian pada ibu nifas
6. Aplikasi penulisan pendokumentasian pada akseptor KB

BAB V

PRINSIP PENDOKUMENTASIAN DALAM MANAJEMEN KEBIDANAN DAN APLIKASI PENULISAN PENDOKUMENTASIAN PADA IBU HAMIL, IBU BERSALIN, IBU NIFAS, BAYI BARU LAHIR DAN KELUARGA

KONSEP MANAJEMEN KEBIDANAN

Penatalaksanaan kebidanan adalah proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metoda untuk mengorganisasi pemikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, penemuan-penemuan, ketrampilan dalam rangkaian/ tahapan yang logis untuk pengambilan suatu keputusan yang berfokus pada klien (Varney, 1997).

Proses penatalaksanaan kebidanan merupakan langkah yang sistematis yang merupakan pola pikir. Bidan dalam melaksanakan asuhan kepada klien diharapkan dengan pendekatan sistematis dan rasional, sehingga terhindar dari tindakan yang bersifat coba-coba yang memberi dampak buruk pada klien.

Langkah-langkah dalam manajemen kebidanan ada 7 langkah dimana setiap langkah saling bersambungan, berulang kembali. Dalam evaluasi efektifitas dan keberhasilan asuhan maka diperlukan pengumpulan data yang tepat dan evaluasi dari rencana yang telah dibuat. Proses ini akan berulang-ulang dan berlanjut terus setiap kali melakukan pemeriksaan pasien. Oleh karena itu proses yang berulang dan saling berhubungan keefektifan asuhan bergantung pada keakuratan setiap langkah.

Proses penatalaksanaan kebidanan yang telah dirumuskan oleh Varney adalah sebagai berikut:

1. Pengumpulan data

Pengumpulan data dasar merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah selanjutnya, sehingga data yang akurat dan lengkap yang berkaitan dengan kondisi klien sangat menentukan bagi langkah interpretasi data. Pengkajian data meliputi data subjektif dan data objektif.

Data subjektif berisi identitas, keluhan yang dirasakan dari hasil anamnesa langsung.

Data objektif merupakan pencatatan dari hasil pemeriksaan fisik, pemeriksaan khusus kebidanan, data penunjang, hasil laboratorium seperti pemeriksaan protein urin, glukosa darah, VDRL ataupun hasil USG.

Langkah selanjutnya setelah data terkumpul adalah pengolahan data dengan cara menggabungkan dan menghubungkan data yang satu dengan yang lainnya sehingga menggambarkan kondisi klien yang sebenarnya. Lakukan pengkajian ulang data yang telah dikumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat.

Berikut adalah daftar nomenklatur diagnosis kebidanan

No	Nama Diagnosis	No	Nama Diagnosis
1	Kehamilan normal	36	Invertio uteri
2	Partus normal	37	Bayi besar
3	Syok	38	Malaria berat dengan komplikasi
4	Denyut jantung tidak normal	39	Malaria ringan dengan komplikasi
5	Abortus	40	Meconium
6	Solutio Plasenta	41	Meningitis
7	Akut pelonefritis	42	Metritis
8	Amnionitis	43	Migrain
9	Anemia berat	44	Kehamilan mola
10	Apendiksitis	45	Kehamilan ganda
11	Atonia uteri	46	Partus macet
12	Postpartum normal	47	Posisi occiput posterior
13	Infeksi mammae	48	Posisi oksiput melintang
14	Pembengkakan mammae	49	Kista ovarium
15	Presentasi bokong	50	Abses pelvis
16	Asma bronchiale	51	Peritonitis
17	Presentasi dagu	52	Plasenta previa
18	Disporposi pelvik	53	Pnemunia
19	Hipertensi kronik	54	Preeklamsia berat atau ringan

No	Nama Diagnosis	No	Nama Diagnosis
20	Koagulpati	55	Hipertensi karena kehamilan
21	Presentasi ganda	56	Ketuban pecah dini
22	Cystitis	57	Partus prematuritas
23	Eklamsia	58	Prolapse tali pusat
24	Kehamilan ektopik	59	Partus fase laten lama
25	Ensefalitis	60	Partus kala II lama
26	Epilepsi	61	Retensio plasenta
27	Hidramnion	62	Sisa plasenta
28	Presentasi ganda	63	Rupture uteri
29	Persalinan semu	64	Bekas luka uteri
30	Kematian janin	65	Presentasi bahu
31	Hemoragik antepartum	66	Distosia bahu
32	Hemoragik post partum	67	Robekan serviks dan vagina
33	Gagal jantung	68	Tetanus
34	Inertia uteri	69	Letak lintang
35	Infeksi luka		

Sumber: Wildan Moh, Hidayat AAA, 2008. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: Salemba Medika

2. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa/masalah

Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan oleh profesi bidan dalam praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur (tata nama) diagnosis kebidanan.

Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai hasil pengkajian. Masalah sering juga menyertai diagnosa.

3. Mengidentifikasi diagnose atau masalah potensial.

Pada langkah ketiga ini bidan melakukan identifikasi dan masalah potensial berdasarkan diagnosa/ masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ketiga ini merupakan antisipasi bidan, guna mendapatkan asuhan yang aman. Pada tahap ini bidan diharapkan waspada dan bersiap-siap untuk mencegah diagnosa/potensial terjadi.

Contoh : Seorang perempuan G6P5A0 hamil aterm inpartu kala I fase aktif. Bidan harus mempertimbangkan kemungkinan terjadinya inertia uteri pada kala I, partus lama, dan atonia uteri dan HPP(Haemoragi Post Partum) pada kala IV.

Perencanaan bidan berdasarkan kasus adalah dengan mengantisipasi dan bersiap-siap terhadap kemungkinan HPP pada kala IV karena atonia uteri. Selain itu bida juga dituntut waspada akan lahirnya bayi asfiksia, karena partus lama. Persiapan yang harus dilakukan bidan yaitu penanganan asfiksia. Untuk itu bidan selain harus mampu mengantisipasi masalah potensial juga harus mampu merumuskan tindakan antisipasi masalah potensial agar tidak terjadi.

4. Menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera untuk melakukan konsultasi, kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain berdasarkan kondisi pasien

Pada langkah ini bidan melakukan identifikasi dan menetapkan kebutuhan terhadap tindakan segera berdasarkan diagnosa/ masalah yang sudah ditegakkan. Kegiatan bidan pada langkah ini adalah konsultasi, kolaborasi, dan melakukan rujukan.

Pada tahap ini bidan ada saatnya harus melakukan tindakan segera karena situasi yang gawat, contohnya perdarahan kala III atau perdarahan segera setelah lahir.

Dalam kondisi tertentu seorang wanita memerlukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter atau tim kesehatan lain seperti pekerja social, ahli gizi, atau seorang ahli perawatan klinis bayi baru lahir. Dalam hal ini bidan harus mampu mengevaluasi kondisi setiap klien untuk menentukan siapa yang tepat untuk konsultasi atau kolaborasi dalam penatalaksanaan asuhan klien.

5. Menyusun rencana asuhan yang menyeluruh.

Setelah diagnose dan masalah ditetapkan maka langkah selanjutnya adalah membuat perencanaan secara menyeluruh. Rencana menyeluruh ini meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari setiap masalah

yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap klien apa yang akan terjadi apakah dibutuhkan penyuluhan, konseling, dan rujukan. Bidan dalam melakukan perumusan perencanaan harus bersama klien dan membuat kesepakatan bersama sebelum melakukan tindakan. Asuhan yang diberikan bidan harus sesuai teori yang *up date*.

6. Pelaksanaan langsung asuhan dengan efisien dan aman.

Pada langkah ini semua perencanaan asuhan dilaksanakan oleh bidan baik secara mandiri ataupun berkolaborasi dengan tim kesehatan lainnya.

7. Mengevaluasi.

Merupakan langkah terakhir dalam manajemen kebidanan. Pada langkah ini dilakukan evaluasi keefektifan dari asuhan yang sudah diberikan. Rencana tersebut dapat dianggap efektif jika memang benar efektif dalam pelaksanaannya. Jika dalam pelaksanaannya tidak efektif maka perlu dilakukan pengkajian mengapa proses asuhan tersebut tidak efektif, dan melakukan penyesuaian pada rencana asuhan tersebut.

Untuk menggambarkan keterkaitan manajemen kebidanan sebagai pola pikir dengan pendokumentasian sebagai catatan dari asuhan dengan pendekatan manajemen kebidanan dalam bentuk bagan sebagai berikut :

Alur Pikir Bidan



Pencatatan dari asuhan kebidana

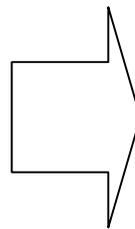


Proses manajemen kebidanan

Pendokumentasian asuhan kebidanan



7 langkah (Varney)	5 langkah (Kompetensi Bidan)
Data	Data
Masalah/Diagnosa	Assesment/ Diagnosis
Antisipasi masalah potensial/ diagnose lain	
Menetapkan kebutuhan segera untuk konsultasi, kolaborasi	
Perencanaan	Perencanaan
Implementasi	Implementasi
Evaluasi	Evaluasi



SOAP NOTES
Subjektif, Objektif
Assesment/ Diagnosis
Perencanaan <ul style="list-style-type: none">• Konsul• Tes diagnostic/lab• Rujukan• Pendidikan/konseling• Follow up

APLIKASI PENULISAN PENDOKUMENTASIAN PADA IBU HAMIL

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

No. Reg : tulis no registrasi
Nama Mahasiswa/NIM : tulis nama mahasiswa/NIM
Hari / Tanggal : tulis hari / tanggal
Waktu Pengkajian : tulis waktu pengkajian
Tempat Pengkajian : tulis tempat pengkajian (BPM, Puskesmas, RS)

I. SUBJEKTIF

DATA SUBJEKTIF (S) (kaji identitas klien)

A. Identitas

Nama	:	Nama Suami	:
Umur	:	Umur	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Suku / bangsa	:	Suku / bangsa	:
Alamat	:	Alamat	:
Alamat kantor	:	Alamat kantor	:

B. Quick Check : (kaji tanda-tanda bahaya dalam kehamilan)

.....
.....

C. Alasan kunjungan saat ini: (tanyakan alasan kunjungan apakah kunjungan dengan keluhan atau kunjungan rutin)

.....
.....

Keluhan Utama:

.....
.....

D. Riwayat Kehamilan Sekarang (Isi sesuai dengan pertanyaan)

1. Riwayat menstruasi

Hari pertama haid terakhir tanggal Pasti/Tidak

Lamanya hari, banyaknya hari, Teratur/Tidak; Konsistensinya
.....

Haid sebelumnya tanggal lamanya hari, siklus
..... hari

Tafsiran persalinan

2. Tanda-tanda kehamilan Trimester I :

Tes kehamilan (jika dilakukan) pada tanggalhasil
.....

3. Pergerakan janin dirasakan pertama kali :

.....

Pergerakan janin yang dirasakan dalam 24 jam terakhir :
kali

4. Tanda- tanda bahaya/ penyulit :

.....

5. Imunisasi TT1 tanggal TT2 tanggal

.....

6. Kekhawatiran-kekhawatiran khusus :

.....

E. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu : (Isi sesuai dengan pertanyaan)

No	Tgl/Th Lahir Anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan/Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak	Nifas

F. Riwayat Kesehatan/Penyakit (Kaji sesuai pertanyaan)

Riwayat kesehatan yang diderita sekarang/dulu (Jantung, hipertensi, Diabetes, malaria, penyakit ginjal, asthma, Hepatitis, PMS/HIV/AIDS) :

.....

Riwayat keturunan :

.....

Riwayat penyakit keluarga :

.....

G. Riwayat Psikososial (Kaji sesuai pertanyaan)

Status Pernikahan : suami yang ke :

Istri yang ke :

Lamanya pernikahan :

Respon ibu/keluarga terhadap kehamilan :

Jenis kelamin yang diharapkan :

Bentuk dukungan keluarga :

Adat istiadat yang berhubungan dengan kehamilan :

.....

Pengambilan keputusan dalam keluarga :

Rencana persalinan-Tempat :

-Penolong persalinan:

-Pendamping persalinan :

- Persiapan Persalinan

Riwayat KB terakhir : Jenis kontrasepsi :

Lama penggunaan:

H. Aktivitas sehari-hari (Kaji sesuai pertanyaan)

1. Nutrisi

Pola makan (frekuensi) :

Jenis makanan yang dikonsumsi :

Jenis makanan yang tidak disukai:

Perubahan porsi makan :

Alergi terhadap makan (jenis) :

2. Eliminasi

BAB :

Frekuensi :

Konsistensi :

BAK :

Frekuensi :

Warna :

3. Pola istirahat dan tidur

Tidur malam : jam

Tidur siang : jam

Masalah :

4. Kebiasaan hidup sehari-hari

Obat-obatan / jamu :

Alergi terhadap obat :
Merokok :
Minuman beralkohol :
NAPZA :

5. Aktivitas sehari hari :

6. Hubungan seksual:

Hubungan seks dalam kehamilan :

Keluhan :

7. Personal hygiene

Mandi :

Ganti pakaian dalam dan luar :

Irigasi vagina : frekuensi:

OBJEKTIF (Isi sesuai dengan temuan)

A. Keadaan umum :

- Kesadaran :

- Keadaan emosional :

- Tanda vital

Tekanan darah : mmHg

Nadi : x/menit

Pernafasan : x/menit

Suhu : ° C

B. Antropometri

- TB : cm

- BB sebelum hamil : Kg

- BB sekarang : Kg

- IMT :

- LILA :

C. Pemeriksaan fisik

1. Kepala

- rambut :
- muka : cloasma oedma
- mata : konjungtiva :
- sclera :
- Hidung : pengeluaran :
- Polip :
- Telinga : kebersihan :
- Mulut/Gigi : Stomatitis :
- Gusi :
- Caries :

2. Leher

- Pembesaran kelenjar tiroid :
- Pembesaran kelenjar getah bening :
- Pembesaran vena Jugularis :

3. Dada

- Retraksi dinding dada :
- Bunyi pernafasan :
- Bunyi jantung :
- Irama :
- Payudara : Bentuk :
- Puting susu :
- Areola :
- Pengeluaran :
- Benjolan :
- Tanda-tanda retraksi :
- Kebersihan :
- Lain-lain :

4. Perut

Inspeksi :

- Bekas luka operasi :
- Bentuk perut :

Braxthonschick/kontraksi :

Palpasi :

TFU (Mc Donald) : cm

Leopold I :

Leopold II :

Leopold III :

Leopold IV :

TBJ :

Auskultasi : Puctum maksimum:

DJJ : x/menit, Teratur/tidak

5. Ekstremitas : Telapak tangan :

Varices :

Refleks Patella :

Oedema :

6. Pinggang : Nyeri ketuk_ : ada/tidak ada

D. Pemeriksaan Genital

1. Pemeriksaan genital eksternal

Labia mayora :

Labia minora :

Urifisium uretra :

Vulva :

Varices :

Pengeluaran :

Kelenjar skene :

Kelenjar bartholin :

Lain-lain :

2. Anus (haemoroid) :

E. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

Darah : HB :

Gol darah :

Rh :
Urine : Protein :
 Reduksi :
USG :

II. Interpretasi data diagnose/masalah (Interprestasikan data diagnose/masalah berdasarkan hasil pengkajian data)

.....
.....
.....
.....
.....

III. Identifikasi diagnose/ masalah potensial (tuliskan masalah potensial berdasarkan hasil diagnose pada langkah 2)

.....
.....
.....
.....

IV. Kebutuhan segera (Tetapkan kebutuhan segera berdasarkan masalah potensial)

.....
.....
.....
.....

V. Perencanaan (Rencanakan seluruh asuhan berdasarkan langkah 2)

.....
.....
.....
.....
.....

VI. Evaluasi (Buatlah evaluasi seluruh tindakan yang sudah dilakukan apakah sudah efektif dan berhasil)

.....
.....
.....
.....

Contoh Pengisian format asuhan kebidanan pada ibu hamil

Studi kasus:

Ibu Yuni datang ke BPM tanggal 16 September 2016 untuk kunjungan prenatalnya yang kelima. Umur ibu 26 tahun, gravida 2, HPHT 18 Januari 2016. Hasil pemeriksaan fisik normal.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

No. Reg : 12345678
Nama Mahasiswa/NIM : S/20177600015
Hari / Tanggal : Senin, 8 Mei 2017
Waktu Pengkajian : 15.00 WIB
Tempat Pengkajian : Poli KIA

I. SUBJEKTIF

DATA SUBJEKTIF (S) (Isi dengan identitas klien)

1. Identitas

Nama	: Ny Yuni	Nama Suami	: Tn Toni
Umur	: 26 tahun	Umur	: 27 tahun
Pekerjaan	: Karyawan swasta	Pekerjaan	: Karyawan swasta
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Suku / bangsa	: Sunda/Indonesia	Suku / bangsa	: . Sunda/Indonesia
Alamat rumah	: Jl Sunan Bonang V		
Alamat kantor	: Jl Thamrin, Bandung	Alamat kantor	: Jl Thamrin, Bandung

2. Quick Check :

Apakah ibu mengeluh sakit kepala yang hebat, pandangan mata kabur, nyeri ulu hati, pergerakan janin berkurang, keluar darah atau air-air dari jalan lahir.

3. Alasan kunjungan saat ini: Ibu ingin memeriksakan keadaannya

Keluhan Utama:

Pegal-pegal di pinggang

4. Riwayat Kehamilan Sekarang

1. Riwayat menstruasi

Hari pertama haid terakhir tanggal 18 Januari 2016 Pasti

Lamanya 6 hari, banyaknya 3-4 kali ganti pembalut/ hari, Teratur

Konsistensinya normal

Haid sebelumnya tanggal 20 Desember 2016 lamanya 7 hari, siklus 28 hari

Tafsiran persalinan 25 Oktober 2016

2. Tanda-tanda kehamilan Trimester I :

Tes kehamilan (jika dilakukan) pada tanggal 26 Januari 2016, hasil positif

3. Pergerakan janin dirasakan pertama kali : awal Maret

Pergerakan janin yang dirasakan dalam 24 jam terakhir : 10-15 kali

4. Tanda- tanda bahaya/ penyulit : tidak ada

5. Imunisasi TT1 30 Mei 2016 TT2 tanggal belum dilakukan

6. Kekhawatiran-kekhawatiran khusus : tidak ada

5. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :

No	Tgl/Th Lir Anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan/Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak	Nifas
1	2/2/2004	Cukup bulan	Normal	Puskesmas/ bidan	Tidak ada	Perempuan	3000/50	Hidup	Tidak ada penyulit
2	Hamil ini								

6. Riwayat Kesehatan/Penyakit

Riwayat kesehatan yang diderita sekarang/dulu (Jantung, hipertensi, Diabetes, malaria, penyakit ginjal, asthma, Hepatitis, PMS/HIV/AIDS) :

Ibu tidak menderita penyakit Jantung, hipertensi, Diabetes, malaria, penyakit ginjal, asthma, Hepatitis, PMS/HIV/AIDS

Riwayat keturunan : tidak ada

Riwayat penyakit keluarga : tidak ada

7. Riwayat Psikososial

Status Pernikahan : suami yang ke : 1

Istri yang ke : 1

Lamanya pernikahan : 6 tahun

Respon ibu/keluarga terhadap kehamilan : senang atas kehamilannya

Jenis kelamin yang diharapkan : laki-laki atau perempuan
tidak masalah

Bentuk dukungan keluarga : mengantarkan periksa

Adat istiadat yang berhubungan dengan kehamilan : tidak ada

Pengambilan keputusan dalam keluarga : suami dan istri

Rencana persalinan-Tempat : BPM

-Penolong persalinan : Bidan
-Pendamping persalinan : Suami
Persiapan Persalinan : tabungan
Riwayat KB terakhir : Jenis kontrasepsi : suntik 3 bulan
Lama penggunaan : 2 tahun

8. Aktivitas sehari-hari

1. Nutrisi

Pola makan (frekuensi) : tidak ada perubahan
Jenis makanan yang dikonsumsi : nasi, sayur dan lauk pauk
Jenis makanan yang tidak disukai : udang
Perubahan porsi makan : tidak ada perubahan
Alergi terhadap makan (jenis) : tidak ada

2. Eliminasi

BAB :
Frekuensi : 1 kali/ hari
Konsistensi : kuning lembek dan tidak ada keluhan

BAK :
Frekuensi : 5-6 kali /hari
Warna : jernih, tidak ada keluhan

3. Pola istirahat dan tidur

Tidur malam : 6 jam
Tidur siang : 1-2 jam
Masalah : tidak ada

4. Kebiasaan hidup sehari-hari

Obat-obatan / jamu : tidak minum
Alergi terhadap obat : tidak ada
Merokok : tidak dan bukan perokok pasif
Minuman beralkohol :_tidak
NAPZA :_tidak ada

5. Aktivitas sehari hari :
 6. Hubungan seksual:
 Hubungan seks dalam kehamilan : masih dilakukan
 Keluhan : tidak ada
 7. Personal hygiene
 Mandi : 2 kali/hari
 Ganti pakaian dalam dan luar : 2-3 kali/hari
 Irigasi vagina : tidak dilakukan frekuensi: (-)

OBJEKTIF

- A. **Keadaan umum** : Baik
 - Kesadaran : Compos Mentis
 - Keadaan emosional : Stabil
 - Tanda vital
 Tekanan darah : 110/70 mmHg
 Nadi : 80 x/menit
 Pernafasan : 20 x/menit
 Suhu : 36,4 ° C

B. Antropometri

- TB : 160 cm
- BB sebelum hamil : 55 Kg
- BB sekarang : 56 Kg
- IMT : 21,48 kg/m²
- LILA : 22

C. Pemeriksaan fisik

1. Kepala

- rambut : bersih
- muka : cloasma tidak ada oedma tidak ada
- mata : konjungtiva : tidak pucat
- sclera : tidak kuning

2. Hidung

- Pengeluaran : tidak ada
- Polip : tidak ada

Telinga : kebersihan : bersih.
Mulut/Gigi : Stomatitis : tidak ada
Gusi : tidak ada
Caries : tidak ada

3. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid : tidak ada
Pembesaran kelenjar getah bening : tidak ada
Pembesaran vena Jugularis : tidak ada

4. Dada

Retraksi dinding dada : tidak ada
Bunyi pernafasan : tidak ada
Bunyi jantung : mur-mur
Irama : teratur
Payudara : Bentuk : normal
Puting susu : menonjol
Areola : hitam
Pengeluaran : tidak ada
Benjolan : tidak ada
Tanda-tanda retraksi: tidak ada
Kebersihan : tidak ada
Lain-lain : tidak ada

5. Perut

Inspeksi :

Bekas luka operasi : tidak ada
Bentuk perut :
Braxthonshick/kontraksi : tidak ada

Palpasi :

TFU (Mc Donald) : 28 cm
Leopold I : pertengahan prosesus xipodius, bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting
Leopold II : bagian kanan ibu teraba bagian-bagian kecil janin, bagian kiri ibu teraba panjang keras,
Leopold III : bagian terendah janin teraba bulat, keras melenting.

Leopold IV : konvergen

TBJ : 2480 gram

Auskultasi : Puctum maksimum: kiri bawah kwadran III

DJJ : 145 kali/menit, teratur

6. Ekstremitas : Telapak tangan: tidak pucat

Varices : tidak ada

Refleks Patella : +/+

Oedema : -

7. Pinggang : Nyeri ketuk_ : tidak ada

D. Pemeriksaan Genital

1. Pemeriksaan genital eksternal

Labia mayora : tidak kelainan (tidak ada pembengkakan)

Labia minora : tidak kelainan

Urifisium uretra : tidak ada infeksi

Vulva : tidak kelainan

Varices : tidak ada

Pengeluaran : tidak ada

Kelenjar skene : tidak ada

Kelenjar bartholin : tidak ada

Lain-lain : tidak ada

2. Anus (haemoroid) : tidak ada

E. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

Darah : HB : 11,6 gr%

Gol darah : B

Rh : (+)

Urine : Protein : (-)

Reduksi : (-)

USG : belum dilakukan

II. Interpretasi data diagnose/masalah

G₃P₂A₀ hamil 34 minggu 4 hari

Janin tunggal hidup intrauterin presentasi kepala

III. Identifikasi diagnose/ masalah potensial

Tidak ada

IV. Kebutuhan segera

Tidak ada

V. Perencanaan

- Beritahu ibu hasil pemeriksaan.
- Pendidikan kesehatan tentang ketidaknyamanan kehamilan.
- Beritahu ibu untuk meminum vitaminnya
- Beritahu ibu tentang pola istirahat yang baik; tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 8 jam.
- Anjurkan pada ibu mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang; nasi, lauk-pauk, sayur-sayuran, buah-buahan, susu dan vitamin.
- Jelaskan pada ibu tentang personal hygiene; mandi 2x sehari dan mengganti pakaian dalam minimal 2x sehari atau saat lembab.
- Beritahu ibu tanda bahaya kehamilan seperti nyeri kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, pergerakan janin berkurang, perdarahan pervaginam
- Beritahu ibu untuk datang kunjungan ulang pada tanggal 30 September 2016.

VI. Implementasi

- Memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan janin baik.
- Memberikan pendidikan kesehatan tentang ketidaknyamanan kehamilan. bahwa pegal-pegal di pinggang pada kehamilan trimester III karena adanya pembesaran uterus sehingga titik tumpunya berubah dan ini adalah hal biasa untuk menguranginya ibu dianjurkan tidak boleh memakai sandal atau sepatu *high heels*.
- Memberitahu ibu untuk meminum vitaminnya, seperti Novabion (1x1) dan kalk 500 mg (1x1), sebaiknya tablet penambah darah diminum pada malam hari karena dapat menyebabkan mual.

- Memberitahu ibu tentang pola istirahat yang baik; tidur siang 1-2 jam dan tidur malam 8 jam.
- Menganjurkan pada ibu mengkonsumsi makanan dengan gizi seimbang; nasi, lauk-pauk, sayur-sayuran, buah-buahan, susu dan vitamin.
- Menjelaskan pada ibu tentang personal hygiene; mandi 2x sehari dan mengganti pakaian dalam minimal 2x sehari atau saat lembab.
- Memberitahu ibu tanda bahaya kehamilan seperti nyeri kepala hebat, pandangan kabur, nyeri ulu hati, pergerakan janin berkurang, perdarahan pervaginam
- Memberitahu ibu untuk datang kunjungan ulang pada tanggal 30 September 2016.

VII. Evaluasi

Ibu mengerti apa yang sudah dijelaskan dan akan melakukan apa yang sudah diberitahukan.

APLIKASI PENULISAN PENDOKUMENTASIAN PADA IBU BERSALIN
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

No. Reg : tulis no registrasi
Nama Mahasiswa/NIM : tulis nama mahasiswa/NIM
Hari / Tanggal : tulis hari / tanggal
Waktu Pengkajian : tulis waktu pengkajian
Tempat Pengkajian : tulis tempat pengkajian (BPM, Puskesmas, RS)

I. Pengumpulan Data

DATA SUBJEKTIF (S) (kaji identitas klien)

1. Identitas

Nama Klien :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Suku/Bangsa:	Suku/Bangsa:
Alamat Rumah :	Alamat Rumah:
Alamat Kantor:	Alamat Kantor:

2. Quick Check : (kaji tanda-tanda bahaya dalam kehamilan)

.....
.....

3. Keluhan utama saat masuk : (tanyakan tentang keluhan saat ini yang dirasakan)

.....
.....

Keluhan sejak kunjungan terakhir :

.....
.....
.....

4. Tanda-tanda persalinan : (Kaji tentang adanya tanda-tanda persalinan)

- His:, sejak tanggal : Pukul :
 - Frekuensi: x tiap 10 menit
 - Lamanya : “
 - Kekuatan :
 - Lokasi Ketidak nyamanan :
5. Pengeluaran Pervaginam (cek list () sesuai pertanyaan) tanyakan jumlah, bau dan dari kapan keluar
- [] Darah Lendir :
- [] Air Ketuban :
- [] Darah :
6. Masalah-masalah khusus
- Hal yang berhubungan dengan faktor risiko/predisposisi yang dialami
-
-
-
7. Riwayat Kehamilan Sekarang
- HPHT
 - Haid bulan sebelumnya, lamanya :
 - Siklus : hari
 - ANC : Teratur/Tidak, Frekuensi, Tempat:
 - Kelainan/Gangguan :
8. Riwayat Imunisasi :

9. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No	Tgl/Th Lir Anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan/Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak	Nifas

10. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir :

.....

11. Makan dan Minum terakhir :

.....

12. BAB terakhir :

.....

13. BAK terakhir :

.....

14. Istirahat :

.....

15. Psikologis :

.....

16. Keluhan lain (jika ada) :

.....
.....

DATA OBJEKTIF (tuliskan sesuai hasil temuan)

1. Keadaan Umum : Kesadaran:

2. Status Emosional :

3. Tanda-tanda Vital :

- TD : mmHg
- Nadi : x/menit
- RR : x/menit
- Suhu : ° C

4. Muka

Oedema :

Conjungtiva :

Sclera :

5. Leher

Pembesaran kelenjar thyroid :

Pembesaran kelenjar lymfe :

6. Dada

Jantung :

Paru :

Payudara :

- Puting Susu :

- Colostrum :

7. Punggung dan Pinggang

Nyeri, ada/tidak :

8. Abdomen

• Inspeksi

- Bekas luka :

- Pembesaran :

- Bentuk Perut :

- Oedema :

- Ascites :

Palpasi

- TFU (Mc Donald) :
- Leopold I :
- Leopold II :
- Leopold III :
- Leopold IV :
- TBJ : Gram

Auskultasi :

- DJJ :
- Palpasi supra pubic kandung kemih :

9. Genetalia

• Inspeksi

- Vulva vagina

- Varices :
- Luka :
- Kemerahan/peradangan :
- Darah lendir/air ketuban :
- Jumlah warna :
- Perineum Bekas luka/parut :

• Pemeriksaan Dalam

- Serviks :
- Arah :
- Pembukaan :
- Selaput :
- Konsistensi :
- Bagian Terendah :
- Tali Pusat (teraba/tidak) :
- Kesan Panggul :

10. Ekstremitas atas dan bawah

- Oedema :
- Varices :
- Kekakuan Sendi :
- Refleks :

11. Pemeriksaan Laboratorium :

Jika ada indikasi albumin

- Keton :
- Hb :
- Hematokrit:
- Pemeriksaan Penunjang lain :
.....

**II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan)
(Interprestasikan data diagnose/masalah berdasarkan hasil pengkajian data)**

.....
.....

**III. Diagnosa potensial dan masalah potensial (tuliskan masalah potensial
berdasarkan hasil diagnose pada langkah 2)**

.....
.....
.....

**IV. Kebutuhan terhadap tindakan segera (Tetapkan kebutuhan segera
berdasarkan masalah potensial)**

.....
.....
.....

**V. Menyusun rencana asuhan menyeluruh (Rencanakan seluruh asuhan
berdasarkan langkah 2)**

.....
.....
.....

**VI. Pelaksanaan (Tuliskan pelaksanaan sesuai perencanaan yang sudah
dibuat)**

.....
.....
.....

VII. Evaluasi (Buatlah evaluasi seluruh tindakan yang sudah dilakukan apakah sudah efektif dan berhasil)

.....
.....
.....

Contoh aplikasi asuhan kebidanan pada ibu bersalin

Studi kasus: Seorang perempuan 28 tahun, G2P1A0 hamil aterm datang ke BPM jam 23.00 dengan keluhan mules-mules sejak jam 11.00. Ibu menyangkal pusing kepala hebat, nyeri ulu hati, keluar darah, dan air-air dari jalan lahir. Hasil pemeriksaan fisik normal. Pemeriksaan obstetrik TFU: 28 cm, Leopold I: bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting. Leopold II: bagian kiri abdomen ibu teraba tahanan keras memanjang dan bagian kanan abdomen ibu teraba bagian-bagian kecil janin. Leopold III: bagian terendah janin teraba bulat, keras dan tidak dapat digoyangkan. Leopold IV: bagian terendah janin teraba 4/5 bagian. Pemeriksaan auskultasi DJJ 127x/menit, teratur, puctum maksimum terdengar jelas disatu tempat yaitu 2 cm bawah pusat sebelah kiri perut ibu, His 3x10 menit lamanya 30 detik. Pemeriksaan dalam; vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tebal, lunak, pembukaan 3 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, penurunan Hodge I, posisi,dan moulase 0.

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

No. Reg : 12345678
Nama Mahasiswa/NIM : M/2014760002
Hari / Tanggal : Jum'at, 21 Oktober 2016
Waktu Pengkajian : 20.30 WIB
Tempat Pengkajian : Puskesmas

1. PENGKAJIAN

DATA SUBJEKTIF (S) (Kaji identitas klien)

1. Identitas

Nama	: Ny Yuni	Nama Suami	: Tn Toni
Umur	: 26 tahun	Umur	: 27 tahun
Pekerjaan	: Karyawan swasta	Pekerjaan	: Karyawan swasta
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Suku / bangsa	: Sunda/Indonesia	Suku / bangsa	: Sunda/Indonesia
Alamat rumah	: Jl Sunan Bonang V		
Alamat kantor	: Jl Thamrin, Bandung	Alamat kantor	: Jl Thamrin, Bandung

2. Quick Check : (kaji tanda-tanda bahaya dalam kehamilan)

Ibu mengatakan tidak ada pusing, penglihatan kabur, nyeri ulu hati, ada oedema pada muka dan kaki, pergerakan janin masih sering dirasakan, serta tidak ada perdarahan pervaginam, dan pengeluaran air-air

3. Keluhan utama saat masuk : mules-mules sejak jam 11.00

Keluhan sejak kunjungan terakhir :

Tidak ada

4. Tanda-tanda persalinan :

- His: ada, sejak tanggal : 21 Oktober 2016 Pukul : 11.00
- Frekuensi: 2 x tiap 10 menit
- Lamanya : 20 detik
- Kekuatan : biasa

5. Lokasi Ketidak nyamanan : pinggang sampai ke perut depan

6. Pengeluaran Pervaginam

[] Darah Lendir : ada, sedikit

[] Air Ketuban : tidak ada

[] Darah : tidak ada

7. Masalah-masalah khusus

Hal yang berhubungan dengan faktor risiko/predisposisi yang dialami

Tidak ada

8. Riwayat Kehamilan Sekarang

- HPHT : 18 Januari 2016

- Haid bulan sebelumnya, lamanya : 16 Desember 2015

- Siklus : 28 hari

9. ANC : Teratur/Tidak, Frekuensi, Tempat: Puskesmas

10. Kelainan/Gangguan : Tidak ada

11. Riwayat Imunisasi :

Lengkap

12. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No	Tgl/Th Lir Anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan/Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak	Nifas
1	2/2/2004	Cukup bulan	Normal	Puskesmas/ bidan	Tidak ada	Perempuan	3000/50	Hidup	Tidak ada penyulit
2	Hamil ini								

13. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir : 10-13 kali

14. Makan dan Minum terakhir : jam 19.00

14. BAB terakhir : 07.00

15. BAK terakhir : 10 menit yang lalu

16. Istirahat : tidak tidur siang

17. Psikologis : stabil

18. Keluhan lain (jika ada) : tidak ada

DATA OBJEKTIF

2. Keadaan Umum : baik Kesadaran: compos mentis

3. Status Emosional : stabil

4. Tanda-tanda Vital :

19. TD : 120/80 mmHg

20. Nadi : 78 kali/menit

21. RR : 18 kali /menit

22. Suhu : 36,5 ° C

5. Muka

Oedema : tidak ada

Conjungtiva : tidak ada

Sclera : tidak ada

6. Leher

Pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada

Pembesaran kelenjar lymfe : tidak ada

7. Dada

Jantung :

Paru : tidak ada bunyi wheezing

Payudara :

- Puting Susu : menonjol

- Colostrum : belum keluar

8. Punggung dan Pinggang

Nyeri, ada/tidak : tidak ada

9. Abdomen

Inspeksi

- Bekas luka : tidak ada

- Pembesaran : sesuai usia kehamilan

- Bentuk Perut : memanjang

- Oedema : tidak ada

- Ascites : tidak ada

Palpasi

- TFU (Mc Donald) : 28 cm
- Leopold I : pertengahan prosesus xipodius, bagian fundus teraba bulat, lunak, tidak melenting
- Leopold II : bagian kanan ibu teraba bagian-bagian kecil janin, bagian kiri ibu teraba panjang keras,
- Leopold III : bagian terendah janin teraba bulat, keras melenting.
- Leopold IV : konvergen
- TBJ : 2480 gram
- **Auskultasi** : Puctum maksimum : kanan bawah kwadran IV
DJJ : 140 kali/menit, teratur
- Palpasi supra pubic kandung kemih : kosong Auskultasi
- His 3x10 kali dalam 10 menit lamanya 30 detik

10. Genetalia

Inspeksi

- Vulva vagina
 - Varices : tidak ada
 - Luka : tidak ada
 - Kemerahan/peradangan : tidak ada
 - Darah lendir/air ketuban : ada
 - Jumlah warna : sedikit
 - Perineum Bekas luka/parut : ada

Pemeriksaan Dalam

- Serviks : terbuka
- Arah : ke belakang
- Pembukaan : 5 cm
- Selaput : utuh
- Konsistensi : tebal lunak
- Bagian Terendah : belum jelas
- Tali Pusat (teraba/tidak) : tidak teraba
- Kesan Panggul : luas

11. Ekstremitas atas dan bawah

- Oedema : tidak ada

- Varices : tidak ada
- Kekakuan Sendi : tidak ada
- Refleks : +/-

12. Pemeriksaan Laboratorium :

Jika ada indikasi

- Albumin : -
- Keton : -
- Hb : 11.4 gr%
- Hematokrit: -

Pemeriksaan Penunjang lain : tidak dilakukan

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan)

G₃P₂A₀ hamil 39 minggu 4 hari partus kala I fase laten

Janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala

II. Diagnosa potensial dan masalah potensial

Tidak ada

IV. Kebutuhan terhadap tindakan segera

Tidak ada

V. Perencanaan

- Beritahu hasil pemeriksaan bahwa ibu sudah akan bersalin. Keadaan ibu dan janin sehat.
- Informed consent
- Pendampingan persalinan.
- Observasi djj, his tiap 30 menit dan TTV tiap jam.
- Anjurkan ibu untuk memnuhi kebutuhan nutrisinya.
- Bimbing doa kala I
- Anjurkan ibu untuk tidak menahan BAK
- Ajarkan teknik relaksasi
- Anjurkan ibu untuk memlih posisi yang nyaman.
- Siapkan partus set, heacting set, dan set kegawatdaruratan
- Siapkan pakaian bayi dan ibu.
- Dokumentasikan.

VI. Pelaksanaan

1. Memberitahukan pada ibu dan suami tentang hasil pemeriksaan, bahwa ibu sudah akan bersalin. Keadaan ibu dan janin sehat.
2. Melakukan informed consent untuk merencanakan proses persalinan normal agar ditanda tangani oleh suami atau keluarga.
3. Menghadirkan suami atau keluarga untuk memberi dukungan selama proses persalinan berlangsung.
4. Memantau kesejahteraan ibu dan janin serta kemajuan persalinan; dj, his, nadi per 1 jam, TTV tiap jam, dan kemajuan persalinan per 4 jam.
5. Menganjurkan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya yaitu memberikan makan dan minum.
6. Membimbing ibu membaca doa kala I untuk menghadapi persalinan agar dipermudah dan dilancarkan pada saat proses persalinannya.

حَسْبُنَا اللَّهُ وَنِعْمَ الْوَكِيلُ

Artinya : "Allah telah mencukupi segala sesuatu bagiku. Dan sebaik-baik yang kuserahkan diri kepada Allah"(HR. Tirmizi dari Ibnu Sa'id Khudri)
(Ibu mengerti dan telah membaca doa kala I)

7. Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK agar tidak menghambat penurunan kepala janin.
8. Mengajarkan ibu teknik relaksasi yang baik, yaitu dengan cara menarik nafas lewat hidung dan mengeluarkannya lewat mulut/relaksasi saat mules datang.
9. Memberikan kebebasan kepada ibu untuk memilih posisi yang dianggapnya nyaman seperti tidur dengan posisi miring.
10. Membantu ibu untuk miring ke kiri guna membantu penurunan kepala janin.
11. Menyiapkan alat partus set, heacting set, dan set kegawatdaruratan
12. Menyiapkan pakaian bayi dan ibu.
13. Mendokumentasikan setiap tindakan yang dilakukan

VIII. Evaluasi

Semua rencana sudah dilakukan, inform consent sudah ditanda tangani, ibu didampingi oleh suami.

Kala II pada pukul 00.00 WIB

S : Ibu mengeluh mules semakin kuat, ingin meneran seperti BAB dan sudah keluar air-air.

O :

- Keadaan umum ibu tampak kesakitan, kesadaran Compos Mentis, Keadaan Emosional tampak stabil...
- Tampak tanda gejala kala II yaitu; ibu ingin meneran, adanya tekanan pada anus, perineum menonjol, dan vulva membuka, ketuban pecah spontan, warna jernih, jumlah 250 cc
- His 4x10' 45", Pemeriksaan auskultasi DJJ 128 x/menit
- Pemeriksaan dalam: vulva dan vagina tidak ada kelainan, portio tidak teraba, pembukaan lengkap, ketuban pecah spontan, presentasi kepala, penunjuk UUK, penurunan Hodge III+, posisi UUK depan, moulase 0.

Assesment

G₂P₁A₀ hamil 39 minggu 4 hari partus kala II

Janin tunggal, hidup, intrauterin, presentasi kepala

Planning

- Memberitahukan kepada ibu dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan ibu akan bersalin. (Ibu dan suami sudah diberitahu)
- Memastikan partus set dan hecing set lengkap. (Partus set dan hecing set sudah lengkap)
- Menganjurkan ibu untuk meneran jika ada dorongan dengan membantu ibu untuk mengambil posisi yang nyaman dan menganjurkan untuk meneran sewaktu ada his, ibu dianjurkan istirahat apabila tidak ada his dan memberi minum. (Ibu mengikuti anjuran yang diberikan yaitu mengedan pada saat his dan minum saat tidak ada his)

- Mendekatkan partus set, penolong memakai celemek, memakai alas kaki kemudian cuci tangan, pakai sarung tangan steril dan siapkan oksitosin. (Partus set sudah didekatkan, telah memakai APD dan oksitosin telah disiapkan)
- Memantau teknik meneran ibu pada saat ibu mules dan mendedan. (Ibu sudah benar melakukan teknik mendedan tetapi ibu terlihat lemas saat mendedan)
- Membimbing ibu membaca doa kala II.

- حَسْبُنَا اللَّهُ وَنِعْمَ الْوَكِيلُ عَلَيَّ اللَّهُ تَوَكَّلْتُ

- o *Artinya : “Allah telah mencukupi segala sesuatu bagiku. Dan sebaik-baik yang kuserahkan diri kepada Allah”(HR. Tirmizi dari Ibnu Sa’id Khudri)*
- o (Ibu telah membaca doa kala II)
- Menolong persalinan dengan 58 langkah APN. Pukul 00.12 WIB bayi lahir spontan, menangis merintih, tonus otot baik, warna kulit kemerahan, jenis kelamin perempuan, terdapat lilitan tali pusat sekali longgar.
- Memotong tali pusat. (Tali pusat bayi telah dipotong)
- Melakukan IMD (IMD sudah dilakukan)

Kala III pada pukul 00.15 WIB

S:

Ibu merasa lelah dan perutnya masih terasa mules.

O:

- Keadaan umum ibu tampak lelah, kesadaran compos mentis, Keadaan emosional tampak stabil.
- Palpasi tidak ada janin kedua, plasenta belum lahir. TFU setinggi pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong, tampak tanda-tanda pelepasan plasenta yaitu uterus globuler, tali pusat memanjang dan adanya semburan darah tiba-tiba. Perdarahan ± 50 cc.

Assesment

P₂A₀ partus kala III

Planning

- Memberitahu ibu bahwa placenta akan segera dilahirkan. (Ibu telah diberitahu)
- Membimbing ibu membaca doa kala III.

بِسْمِ اللَّهِ الَّذِي لَا يَضُرُّ مَعَ اسْمِهِ شَيْءٌ فِي الْأَرْضِ
وَلَا فِي السَّمَاءِ وَهُوَ السَّمِيعُ الْعَلِيمُ -

Artinya : Dengan nama Allah yang tidak ada mudhorot bagi segala sesuatu yang ada di bumi dan di langit. Dan dialah Allah yang maha mendengar lagi maha mengetahui.

(Ibu mengerti dan telah membaca doa kala III)

- Melakukan manajemen aktif kala III
 - o Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin 10 IU secara IM. (Ibu bersedia disuntik oksitosin 10 IU secara IM)
 - o Menyuntikkan oksitosin 10 IU secara IM di bagian 1/3 paha luar bagian anterolateral. (Oksitosin sudah disuntikan secara IM di bagian 1/3 paha luar bagian anterolateral)
 - o Melakukan peregangan tali pusat terkendali (PTT). (Pukul 00.20 WIB placenta lahir spontan)
 - o Melakukan masase pada fundus uteri hingga kontraksi uterus baik selama 15 detik searah jarum jam. (Telah dilakukan masase selama 15 detik dan kontraksi uterus baik)
- Memeriksa kelengkapan plasenta. (Plasenta lahir lengkap, berat plasenta ± 500 gram, diameter ± 20 cm, tebal ± 3 cm, panjang tali pusat ± 40 cm, kotiledon lengkap, selaput utuh, insersi centralis, terdapat 2 arteri 1 vena)
- Memantau jumlah perdarahan kala III. (Jumlah perdarahan kala III ±150 cc)

Kala IV pukul 00.35 WIB

S:

Ibu mengeluh perutnya masih terasa mules sertamerasa lelah dan ibu senang atas kelahiran bayinya

O:

- Keadaan umum ibu baik, tampak lelah, kesadaran Compos Mentis.
- TD 120/80 mmHg, N 78 x/m, S 36,5°C dan Rr 18 x/m.
- TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, teraba bulat keras, kandung kemih kosong dan perdarahan \pm 50 cc.
- Laserasi grade 1

Assesment

P₂A₀ partus kala IV

Masalah : laserasi grade 1

Planning

- Memberitahu ibu bahwa keadaan ibu saat ini baik. (Ibu sudah mengerti)
- Memberitahukan ibu bahwa akan dilakukan penjahitan di daerah perineum. (Ibu sudah diberitahu bahwa terdapat robekan perineum dan akan dilakukan penjahitan perineum)
- Melakukan penjahitan luka perineum. (Telah dilakukan penjahitan dengan teknik interrupted suture)
- Membersihkan badan ibu dengan air DTT, memakaikan pakaian ibu dan pembalut kemudian membersihkan tempat tidur dengan air klorin. (Ibu telah dibersihkan, sudah mengenakan pakaian dan tempat tidur sudah dibersihkan)
- Menganjurkan ibu untuk tidak menahan BAK agar kontraksi tetatp baik. (Ibu sudah mengerti)
- Melakukan observasi 2 jam post partum; pemeriksaan TTV, TFU, kontraksi uterus, kandung kemih dan perdarahan setiap 15 menit pada 1 jam pertama, setelah kelahiran bayi dan 30 menit pada 1 jam kedua setelah persalinan. (Pemeriksaan TTV; TD 120/80 mmHg, N 78 x/m, S 36,5°C. TFU 2 jari di bawah pusat, kontraksi uterus baik, kandung kemih kosong dan perdarahan \pm 50 cc.)
- Memberikan Vitamin A 200.000 unit sebanyak 2 dosis selang waktu 24 jam, tablet Fe 1x1, amoxicillin 3x1 diminum sesudah makan. (Ibu bersedia akan meminumnya sesuai aturan)
- Merendam alat-alat ke dalam larutan klorin 0,5 selama \pm 10 menit, kemudian ditempatkan ke dalam kom berisi cairan detergen. Kemudian dicuci, disikat & dibilas dengan air mengalir dan keringkan dengan

handuk. (Alat-alat sudah direndam pada larutan klorin 0,5% selama 10 menit, lalu di cuci, dibilas dan sudah dikeringkan)

- Mengajarkan kepada ibu dan keluarga cara masase fundus selama 15 detik searah jarum jam dengan cara meletakkan tangan di atas fundus untuk membantu involusi uterus. (Ibu mengerti dan sudah melakukannya masase selama 15 detik)
- Memberitahukan kepada ibu untuk sering memberi ASI untuk membantu timbulnya kontraksi dalam proses involusi uterus. (Ibu sudah menyusui bayinya)
- Menganjurkan kepada ibu untuk istirahat yang cukup yaitu tidur jika bayi tidur. (Ibu akan mengikuti anjuran yang diberikan dengan istirahat saat bayi tidur)
- Melengkapi partograf dan dokumentasi SOAP serta memeriksa tanda-tanda vital dan melakukan asuhan kala IV sampai 2 jam setelah persalinan. (Partograf dan SOAP telah dilengkapi)

APLIKASI PENULISAN PENDOKUMENTASIAN PADA BAYI BARU LAHIR

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA BBL

I. Pengkajian Data

DATA SUBYEKTIF (S)

A. Identitas (Biodata)

1. Bayi

Nama Bayi :

Tgl / jam lahir :

Jenis Kelamin :

Tanda Pengenal :

2. Orang Tua

Nama ibu	:	Nama Ayah	:
Umur	:	Umur	:
Suku/bangsa	:	Suku/bangsa	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Alamat	:	Alamat	:

B. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang sekarang

I. Riwayat Kehamilan

a. Pemeriksaan Kehamilan

- 1. Triwulan I Kali
Tempat periksa
- Keluhan
- 2. Triwulan II Kali
Tempat Periksa
- Keluhan
- 3. Triwulan III Kali
Tempat Periksa
- Keluhan

b. Imunisasi selama Kehamilan

c. Penyakit yang di derita selama kehamilan

2. Riwayat Persalinan

a. Persalinan di tolong oleh :

- b. Jenis Persalinan (NA) :
- c. Tempat Persalinan :
- d. Lama Persalinan :
 Kala I Jam menit
 Kala II Jam menit
 Kala III Jam menit
- e. Masalah yang terjadi selama persalinan

- f. Keadaan air Ketuban

3. Riwayat Nifas

Masalah setelah persalinan

C. Data Objektif (O)

- Keadaan Umum :
- Sianosis Central : Ada / Tidak ada, Sianosis Perifer : Ada / Tidak ada

1. Antropometri

- a. Berat Badan : cm
- b. Panjang Badan : cm
- c. Lingkar Lengan : cm
- d. Lingkar Kepala : cm
 - Circumferentia suboccipito – bregmatica : cm
 - Circumferentia fronto – occipitalis : cm
 - Circumferentia mento – occipitalis : cm
- e. Lingkar Dada : cm

2. Tanda – tanda Vital

- Suhu Axila : °C

- Nadi : x /menit
- Pernafasan : x /menit

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- Simetris :
- Ubun – ubun Besar : cembung / cekung / datar
- Ubun – ubun Kecil : cembung / cekung / datar
- Caput Succedenum :
- Cephal Haematoma :
- Sutura :
- Luka di kepala :
- Kelainan yang dijumpai :

b. Mata

- Posisi :
- Kotoran :
- Perdarahan :
- Sclera :
- Konjungtiva :

c. Hidung

- Lubang Hidung :
- Pernafasan Cuping Hidung :
- Keluaran :

d. Mulut

- Simetris :
- Palatum Mole :
- Palatum Durum :
- Saliva :
- Bibir :
- Gusi :
- Lidah Bintik Putih :

e. Telinga

- Simetris :

- Daun Telinga :
 - Lubang Telinga :
 - Keluaran :
- f. Leher
- Kelainan :
 - Pergerakan :
- g. Dada
- Simetris :
 - Pernafasan :
 - Retraksi :
 - Denyut Jantung :
- h. Perut
- Bentuk :
 - Bising Usus :
 - Kelainan :
- i. Tali Pusat
- Pembuluh Darah :
 - Perdarahan :
 - Kelainan :
- j. Kulit
- Warna :
 - Turgor :
 - Elastisitas :
 - Lanugo :
 - Vernik Caseosa :
- k. Punggung
- Bentuk :
 - Kelainan :
- l. Ekstremitas
- Tangan :
 - Kaki :
 - Gerakan :

- Kuku :
- Bentuk Kaki :
- Bentuk Tangan :
- Kelainan :

m. Genetalia

a. Wanita

- Labia :
- Keluaran :
- Orifisium :
- Keluaran :

b. Pria

- Scrotum :
- Testis :
- Penis :
- Orifisium :
- Kelainan :

D. Pemeriksaan Penunjang

- Bilirubin :
- Gula Darah :

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan (Interprestasikan data diagnose/masalah berdasarkan hasil pengkajian data)

.....

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial (tuliskan masalah potensial berdasarkan hasil diagnose pada langkah 2)

.....

IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera (Tetapkan kebutuhan segera berdasarkan masalah potensial)

.....

V. Perencanaan (Rencanakan seluruh asuhan berdasarkan langkah 2)

.....
.....
.....
.....
.....

VI. Pelaksanaan (Tuliskan pelaksanaan asuhan sesuai rencana)

.....
.....
.....
.....

VII. Evaluasi (Buatlah evaluasi seluruh tindakan yang sudah dilakukan apakah sudah efektif dan berhasil)

.....
.....
.....

Contoh dokumentasi asuhan pada bayi baru lahir

Studi kasus: Ny Yuni P2A0 26 tahun post partum spontan jam 20.00, di BPM partus spontan, warna ketuban jernih, menangis kuat, warna kulit kemerahan, tonus otot baik. hasil pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik normal.

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA BBL

No. Reg : 12345567
Nama Mahasiswa/NIM : M/2016760088
Hari / Tanggal : Selasa/15 Mei 2017
Waktu Pengkajian : 21.00
Tempat Pengkajian : Puskesmas

I. PENGKAJIAN

DATA SUBYEKTIF (S)

A. Identitas (Biodata)

1. Bayi

Nama Bayi : By Ny. Yuni

Tgl / jam lahir : 20.00 WIB

Jenis Kelamin : perempuan

2. Orang Tua

Nama : Ny Yuni

Nama Suami : Tn Toni

Umur : 26 tahun

Umur : 27 tahun

Pekerjaan : Karyawan swasta

Pekerjaan : Karyawan swasta

Agama : Islam

Agama : Islam

Pendidikan : SMA

Pendidikan : S1

Suku / bangsa : Sunda/Indonesia

Suku / bangsa : . Sunda/Indonesia

Alamat rumah : Jl Sunan Bonang V

Alamat kantor : Jl Thamrin, Bandung
Alamat kantor : Jl Thamrin,
Bandung

B. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang sekarang

Riwayat Kehamilan

a. Pemeriksaan Kehamilan

1. Triwulan I 3 Kali

Tempat periksa puskesmas

Keluhan mual muntah pada pagi hari

2. Triwulan II 4 Kali

Tempat Periksa puskesmas

Keluhan batuk pilek

3. Triwulan III 4 Kali

Tempat Periksa puskesmas

Keluhan pegal-pegal daerah pinggang

- b. Imunisasi selama Kehamilan lengkap
- c. Penyakit yang di derita selama kehamilan batuk pilek

2. Riwayat Persalinan

- a. Persalinan di tolong oleh : bidan
- b. Jenis Persalinan (NA) : normal
- c. Tempat Persalinan : puskesmas
- d. Lama Persalinan : 7 jam 55 menit

Kala I 7 Jam 30 menit

Kala II 15 menit

Kala III 10. menit

- e. Masalah yang terjadi selama persalinan tidak ada
- f. Keadaan air Ketuban normal, jumlah 200 ml, warna jernih

3. Riwayat Nifas

Masalah setelah persalinan tidak ada

Data Objektif (O)

- Keadaan Umum : baik
- Sianosis Central : ~~Ada~~/ Tidak ada, Sianosis Perifer : ~~Ada~~/ Tidak ada

1. Antropometri

- a. Berat Badan : 3000 cm
- b. Panjang Badan : 48 cm
- c. Lingkar Lengan : 11 cm
- d. Lingkar Kepala :
 - Circumferentia suboccipito – bregmatica : 34 cm

- Circumferentia fronto – occipitalis : 33 cm
- Circumferentia mento – occipitalis : 32 cm

e. Lingkar Dada : 31 cm

2. Tanda – tanda Vital

- Suhu Axila : 36.2 °C
- Bunyi jantung : 122 x /menit
- Pernafasan : 50 x /menit

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- Ubun – ubun Besar : ~~cekung~~ / cekung / datar
- Ubun – ubun Kecil : ~~cekung~~ / cekung / datar
- Caput Succedenum : tidak ada
- Cephal Haematoma : tidak ada
- Sutura : tidak ada tumpang tindih
- Luka di kepala : tidak ada
- Kelainan yang dijumpai : tidak ada

b. Mata

- Kotoran : tidak ada
- Perdarahan : tidak ada
- Sclera : tidak kuning
- Konjungtiva : tidak pucat

c. Hidung

- Lubang Hidung : ada
- Pernafasan Cuping Hidung : tidak ada
- Keluaran : tidak ada

d. Mulut

- Palatum Mole : ada
- Palatum Durum : ada
- Saliva : ada
- Bibir : tidak ada labio skizis, labio palato skizis, labio palato gnato skizis

e. Telinga

- Simetris : .simetris
 - Daun Telinga : ada
 - Lubang Telinga : ada
 - Keluaran : tidak ada
- f. Leher
- Kelainan : tidak ada
 - Pergerakan : bebas
- g. Dada
- Simetri : ya, kesimetrisan pergerakan dada saat bernafas
 - Pernafasan : teratur
 - Retraksi : tidak ada
 - Denyut Jantung : ada, teratur
- h. Perut
- Bentuk : bulat dan bergerak secara bersamaan dengan dada saat bernafas, tidak ada pembengkakan
 - Bising Usus : bising usus terdengar
 - Kelainan : tidak ada
- i. Tali Pusat
- Pembuluh Darah : terdapat 2 vena 1 arteri
 - Perdarahan : tidak ada
 - Kelainan : tidak ada
- j. Kulit
- Warna : kemerahan
 - Turgor : tidak ada tanda-tanda dehidrasi
 - Lanugo :ada
 - Vernik Caseosa : ada
- k. Punggung
- Bentuk : normal
 - Kelainan : tidak ada
- l. Ekstremitas
- Tangan : jari-jari lengkap, tidak ada sindaktili, undaktili, polidaktili

- Kaki : tidak ada kelainan, simetris
- Gerakan : aktif
- Kuku : tidak pucat, tidak ada kebiruan
- Bentuk Kaki : tidak ada bentuk X atau O
- Kelainan : tidak ada

m. Genetalia

a. Wanita

- Labia : labia mayora sudah menutupi labia minora
- Keluaran : tidak ada
- Orifisium : ada lubang
- Keluaran : tidak ada

b. Pria

- Scrotum :
- Testis :
- Penis :
- Orifisium :
- Kelainan :

- Refleks

- Reflek *morro* : ada
- Refleks *rooting*: ada
- Refleks *sucking* : ada
- Refleks *tonic neck* : ada
- Refleks *babyski* : ada

Pemeriksaan Penunjang (tidak dilakukan)

- Bilirubin : (-)
- Gula Darah : (-)

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan

NCB SMK usia 2 jam

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial

Tidak ada

IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera

Tidak ada

V. Perencanaan

- Beritahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya normal
- Observasi keadaan umum, tangisan dan warna kulit bayi
- Jaga kehangatan
- Berikan imunisasi Hepatitis 0
- Berikan suntikan vitamin K
- Beritahu tanda-tanda bahaya bayi baru lahir
- Anjurkan ibu untuk memberiknan ASI eksklusif

VI. Pelaksanaan

- Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa bayinya normal
- Melakukan observasi keadaan umum, tangisan dan warna kulit bayi
- Menjaga kehangatan
- Memberikan imunisasi Hepatitis 0 dosis 0.5 ml, secara IM pada paha kanan
- Berikan suntikan vitamin K dosis 0.5 ml, secara IM pada paha kiri
- Memberitahu tanda bahaya bayi baru lahir diantaranya bayi menangis merintih, kulit kebiruan, demam tinggi
- Maenganjurkan ibu untuk memberikan ASI eksklusif

VIII. Evaluasi

Semua sudah dilakukan sesuai rencana, bayi sudah mendapatkan imunisasi hepatitis 0, vitamin K dan terjaga kehangatannya.

APLIKASI PENULISAN PENDOKUMENTASIAN PADA IBU NIFAS

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

I. Pengumpulan Data

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama Klien :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Suku/Bangsa:	Suku/Bangsa:
Alamat Rumah :	Alamat Rumah:
Alamat Kantor:	Alamat Kantor:

2. Keluhan utama saat masuk :

.....
.....
.....

3. Antenatal

- Pemeriksaan di :
- Kelainan/Komplikasi :
- Usia Kehamilan :
- G.P.A :

4. Persalinan

- Persalinan lahir tanggal Pukul :
- Jenis Kelamin BB: gram, TB: cm
- Anus : Cacat :
- Jenis Persalinan :
- Atas Indikasi :

- Plasenta :
- Perineum :
- Episiotomi :
- Anastesi :
- Jahitan :
- Perdarahan Kala III ml
- Perdarahan Kala IV :..... ml
- Perdarahan Total :..... ml
- Jika SC, total perdarahan selama operasi : ml
- Infus Cairan :
- Tranfusi Darah :

5. Post Partum

- Eliminasi BAK :
- Eliminasi BAB :

DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum :.....Kesadaran:

Status Emosional :

2. Tanda-tanda Vital :

- 6. TD : mmHg
- 7. Nadi : x/menit
- 8. RR : x/menit
- 9. Suhu : ° C
- 10. TB : cm
- 11. BB : kg

3. Kepala

- Muka :
- Mata :
- Conjungtiva : Sclera :.....
- Mulut/Gigi :
- Telinga :

Hidung :

4. Leher

Pembesaran kelenjar thyroid :

Pembesaran kelenjar lymfe :

5. Dada dan Axilla

Payudara :

- Pembesaran :

- Tumor :

- Simetris :

- Areola :

- Puting Susu :

- Colostrum :

Axilla

- Massa :

- Nyeri :

6. Abdomen

7. Jaringan Parut/ Post Operasi :

8. Palpasi :

9. TFU :

10. Pelebaran vena : ada/tidak

11. Linea nigra/linea alba : ada/tidak

12. Genetalia

- Vulva vagina

▪ Perdarahan :

▪ Lochea :

▪ Perineum :

▪ Penyembuhan luka :

▪ Vulva :

- Inspekulo Portio : Dilakukan/tidak

- Pemeriksaan Dalam : Dilakukan/tidak

▪ Portio :

▪ Pembesaran :

▪ Posisi :

- Nyeri Tekan/Goyang :

13. Ekstremitas atas dan bawah

- Oedema :
- Varices :
- Tromboflebitis : ada/tidak
- Tanda Homan : ada/tidak
- Keluhan lain :

14. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

- Hb :
- Protrombin Test (PPT) :

b. Radiologi/USG

.....
.....

c. Pemeriksaan Penunjang lain

.....
.....

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan (Interprestasikan data diagnose/masalah berdasarkan hasil pengkajian data)

.....
.....

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial(tuliskan masalah potensial berdasarkan hasil diagnose pada langkah 2)

.....
.....

IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera (Tetapkan kebutuhan segera berdasarkan masalah potensial)

.....
.....
.....

V. Perencanaan (Rencanakan seluruh asuhan berdasarkan langkah 2)

.....
.....
VI. Pelaksanaan (laksanakan asuhan sesuai rencana)

.....
.....
.....
.....

VII. Evaluasi (Buatlah evaluasi seluruh tindakan yang sudah dilakukan apakah sudah efektif dan berhasil)

.....
.....

Contoh aplikasi asuhan kebidanan pada ibu nifas

Studi kasus : Seorang perempuan 28 tahun P2A0 post partum 6 jam yang lalu. Hasil pemeriksaan tanda-tanda vital normal. TFU 2 jari bawah pusat, kontraksi baik, kandung kemih kosong, perdarahan normal, luka jahitan masih basah. Ibu mengatakan sudah BAK 30 menit yang lalu, jumlah 200cc warna jernih.

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

I. Pengumpulan Data

No. Reg : 12345678
Nama Mahasiswa/NIM : S/20177600015
Hari / Tanggal : Senin, 8 Mei 2017
Waktu Pengkajian : 06.00 WIB
Tempat Pengkajian : RB Puskesmas

A. SUBJEKTIF

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama	: Ny Yuni	Nama Suami	: Tn Toni
Umur	: 26 tahun	Umur	: 27 tahun
Pekerjaan	: Karyawan swasta	Pekerjaan	: Karyawan swasta
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Suku / bangsa	: Sunda/Indonesia	Suku / bangsa	: Sunda/Indonesia
Alamat rumah	: Jl Sunan Bonang V, Bandung		
Alamat kantor	: Jl Thamrin, Bandung	Alamat kantor	: Jl Thamrin, Bandung

2. Quick cek :

Ibu mengatakan tidak merasakan sakit kepala yang hebat, pandangan mata kabur, tidak demam tinggi, tidak ada pengeluaran darah yang banyak dari kemaluan, lochea tidak berbau, rahimnya tidak lembek, tidak merasakan bengkak pada tangan dan muka.

3. Keluhan utama saat masuk :
Ibu mengatakan masih mules dan sudah BAK

4. Antenatal

- Pemeriksaan di : Puskesmas
- Kelainan/Komplikasi : tidak ada
- Usia Kehamilan : 39 minggu
- G.P.A : G2P1A0

12. Persalinan

- Persalinan lahir tanggal 22 Oktober 2016 Pukul : 00.12
- Jenis Kelamin perempuan BB: 3300 gram, TB: 51 cm
- Anus : ada Cacat : .tidak ada
- Jenis Persalinan : spontan
- Atas Indikasi : .(-)
- Plasenta : lengkap
- Perineum : rupture grade 1
- Episiotomi : tidak ada
- Anastesi : ya
- Jahitan : dilakukan
- Perdarahan Kala III 150 ml
- Perdarahan Kala IV 150 ml
- Perdarahan Total :300 ml
- Jika SC, total perdarahan selama operasi : tidak ada ml
- Infus Cairan : tidak ada
- Tranfusi Darah : tidak ada

13. Post Partum

- Eliminasi BAK : sudah 200 ml.
- Eliminasi BAB : belum

DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : baik .Kesadaran: compos mentis
Status Emosional : stabil
2. Tanda-tanda Vital :

- TD: 120/80 mmHg
- Nadi : 80 x/menit
- RR 20 x/menit
- Suhu : 36,2 ° C
- TB : 155 cm
- BB : 56 kg

3. Kepala

- Muka : tidak ada oedema
- Mata : simetris
- Conjungtiva : tidak pucat Sclera : tidak kuning
- Mulut/Gigi : berdih, tidak ada gigi berlubang
- Telinga : bersih
- Hidung : bersih

4. Leher

- Pembesaran kelenjar thyroid : tidak ada pembesaran
- Pembesaran kelenjar lymfe : tidak ada pembesaran

5. Dada dan Axilla

- Payudara :
- Pembesaran : ada
- Tumor : tidak ada
- Simetris : ya.
- Areola : ada pigmentasi
- Puting Susu : menonjol
- Colostrum : sudah keluar

Axilla

- Massa : tidak ada
- Nyeri : tidak ada

6. Abdomen

- Jaringan Parut/ Post Operasi : tidak ada
- Palpasi
- TFU : 2 jari bawah pusat
- Pelebaran vena : ~~ada~~/tidak
- Linea nigra/linea alba : ~~ada~~/tidak

7. Genetalia

- Vulva vagina
 - Perdarahan : tidak ada
 - Lochea : ada
 - Perineum : .ada jahitan
 - Penyembuhan luka : luka masih basah
 - Vulva : tidak ada oedema
- Inspekulo Portio : ~~Dilakukan~~/tidak
- Pemeriksaan Dalam : ~~Dilakukan~~/tidak
 - Portio :.(-)
 - Pembesaran : (-)
 - Posisi : (-)
 - Nyeri Tekan/Goyang : (-)

8. Ekstremitas atas dan bawah

- Oedema :tidak ada
- Varices : .tidak ada
- Tromboflebitis : ~~ada~~/tidak
- Tanda Homan : ~~ada~~/tidak
- Keluhan lain : tidak ada

9. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium : tidak dilakukan pemeriksaan

- Hb :
- Protrombin Test (PPT) :

b. Radiologi/USG (tidak dilakukan pemeriksaan)

.....
.....

c. Pemeriksaan Penunjang lain (tidak dilakukan pemeriksaan)

.....
.....

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan

P2A0 post partum 6 jam

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial

Tidak ada

IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera

Tidak ada

V. Perencanaan

- Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.
- Memberitahukan kepada ibu bahwa mules yang dirasakannya adalah hal yang normal karena adanya proses pengecilan rahim untuk kembali seperti semula saat sebelum hamil dan untuk mencegah perdarahan.
- Menganjurkan ibu untuk mobilisasi seperti melakukan jalan setelah lahir, agar peredaran darah dalam tubuh lancar.
- Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya nifas yaitu nyeri kepala yang hebat, pandangan kabur, bengkak pada muka dan tangan, darah nifas berbau, perdarahan terus menerus, demam dan nyeri dan bengkak pada payudara.
- Menganjurkan ibu untuk selalu menyusui bayinya sesering mungkin tanpa menjadwalkan.
- Menganjurkan ibu untuk makan-makanan gizi seimbang dan tinggi protein untuk proses penyembuhan luka jahitan.
- Mendokumentasikan setiap kegiatan yang dilakukan. (Telah didokumentasikan)

VI. Pelaksanaan

- Memberitahukan kepada ibu hasil pemeriksaan bahwa ibu dalam keadaan baik.
- Memberitahukan kepada ibu bahwa mules yang dirasakannya adalah hal yang normal karena adanya proses pengecilan rahim untuk kembali seperti semula saat sebelum hamil dan untuk mencegah perdarahan.
- Menganjurkan ibu untuk mobilisasi seperti melakukan jalan setelah lahir, agar peredaran darah dalam tubuh lancar.
- Menjelaskan kepada ibu tentang tanda bahaya nifas yaitu nyeri kepala yang hebat, pandangan kabur, bengkak pada muka dan tangan, darah

nifas berbau, perdarahan terus menerus, demam dan nyeri dan bengkak pada payudara.

- Menganjurkan ibu untuk selalu menyusui bayinya sesering mungkin tanpa menjadwalkan.
- Menganjurkan ibu untuk makan-makanan gizi seimbang dan tinggi protein untuk proses penyembuhan luka jahitan.
- Mendokumentasikan setiap kegiatan yang dilakukan. (Telah didokumentasikan)

VII. **Evaluasi**

Semua asuhan sudah diberikan sesuai rencana. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan dan akan melakukan anjuran yang sudah diberikan.

APLIKASI PENULISAN PENDOKUMENTASIAN PADA AKSEPTOR KB

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA AKSEPTOR KB

No. Reg : tulis no registrasi
Nama Mahasiswa/NIM : tulis nama mahasiswa/NIM
Hari / Tanggal : tulis hari / tanggal
Waktu Pengkajian : tulis waktu pengkajian
Tempat Pengkajian : tulis tempat pengkajian (BPM, Puskesmas, RS)

I. Pengumpulan Data

DATA SUBYEKTIF (S) (kaji identitas klien)

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

Pekerjaan : Pekerjaan :

Alamat Rumah : Alamat Rumah :

.....

Alamat Kantor : Alamat Kantor :

.....

Anamnesa pada tanggal : tulis tanggal dan jam pengakajian

- a. Riwayat Perkawinan
 - Kawin kali, kawin pertama kali umur tahun.
 - Dengan suami sekarang sudah tahun.
- b. Riwayat Haid
 - Menarche, umur tahun, siklus hari.
 - Teratur / tidak, sakit / tidak, lamanya hari.
 - Sifat darah : encer / gumpalan, bau
 - Fluor Albus :
- c. Riwayat Obstetri
 - Jumlah anak lahir hidup : orang.
 - Jumlah anak meninggal : orang.
 - Jumlah jenis kelamin anak yang dilahirkan :
 - Laki – laki : orang.
 - Perempuan : orang.
 - Persalinan terakhir :
 - Jenis persalinan terakhir :
 - Komplikasi :
 - Keadaan nifas terakhir :
- d. Riwayat Keluarga Berencana
 - Macam Peserta Keluarga Berencana, Baru : Lama :
 - Sesudah persalinan / keguguran :
 - Alat KB yang pernah digunakan :
 - Cara KB terakhir (bagi peserta KB) :

- Keluhan selama pemakaian KB :

e. Riwayat Penyakit yang Lalu dan Sekarang

- Hepatitis :
- Diabetes melitus :
- Penyakit jantung :
- Kelainan pembekuan darah :
- Radang orchitis :
- Hipertensi :
- Adnexitis :
- Endometriosis :

DATA OBYEKTIF (O) (tuliskan sesuai hasil temuan)

Pemeriksaan Fisik :

A. Status Generalis

- Keadaan umum : Kesadaran :
- Tekanan darah :mmHg.
- Suhu :°C.
- Nadi : x/menit.
- Respirasi x/menit.
- Tinggi badan : cm.
- Berat badan : kg.

B. Pemeriksaan Sistematis

1. Kepala :

- Muka :
- Mata : conjungtiva : Sclera :

2. Leher :

- Kelenjar gondok / thyroid :
- Tumor :

3. Dada dan Axila :

- Mammae :
 - Pembesaran :
 - Tumor :

- Simetris :
- Axila :
 - Tumor :
 - Nyeri :
- 4. Abdomen :
 - Jaringan parut / post operasi :
 - Palpasi :
- 5. Anogenital :
 - a. Keadaan vulva / vagina :
 - Perdarahan :
 - Fluor albus :
 - b. Inspekulo portio : dilakukan / tidak dilakukan.
 - c. Pemeriksaan dalam : dilakukan / tidak dilakukan.
 - d. Pemeriksaan dalam : dilakukan / tidak dilakukan.
 - Portio :
 - Pembesaran :
 - Posisi :
 - Nyeri tekan / goyang :
- C. Pemeriksaan Penunjang
 - Hb : mg/100 ml.
 - Protrombin test (PPT) :
 - Pap smear :

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan

.....

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial (tuliskan masalah potensial berdasarkan hasil diagnose pada langkah 2)

.....

IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera (Tetapkan kebutuhan segera berdasarkan masalah potensial)

.....
.....
.....

V. Perencanaan (Rencanakan seluruh asuhan berdasarkan langkah 2)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VI. Pelaksanaan (laksanakan asuhan sesuai rencana)

.....
.....
.....
.....

VII. Evaluasi (Buatlah evaluasi seluruh tindakan yang sudah dilakukan apakah sudah efektif dan berhasil)

.....
.....
.....
.....

Contoh aplikasi asuhan kebidanan pada akseptor KB

Studi kasus : Seorang perempuan 26 tahun datang ke Puskesmas untuk kunjungan ulang KB suntik 3 bulan. Hasil pemeriksaan : Keadaan umum : baik Kesadaran : compos mentis, Tekanan darah : 110/70 mmHg, Suhu : 36.4 °C, Nadi : 80 x/menit, Respirasi 20 x/menit, Tinggi badan : 160 cm, Berat badan : 55 kg.

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA AKSEPTOR KB

No. Reg : 12345678
Nama Mahasiswa/NIM : M/2014760002
Hari / Tanggal : Jum'at, 21 Oktober 2016
Waktu Pengkajian : 20.30 WIB
Tempat Pengkajian : Puskesmas

I. Pengumpulan Data

DATA SUBYEKTIF (S)

1. Identitas

Nama	: Ny Yuni	Nama Suami	: Tn Toni
Umur	: 26 tahun	Umur	: 27 tahun
Pekerjaan	: Karyawan swasta	Pekerjaan	: Karyawan swasta
Agama	: Islam	Agama	: Islam
Pendidikan	: SMA	Pendidikan	: S1
Suku / bangsa	: Sunda/Indonesia	Suku / bangsa	: . Sunda/Indonesia
Alamat rumah	: Jl Sunan Bonang V		
Alamat kantor	: Jl Thamrin, Bandung	Alamat kantor	: Jl Thamrin, Bandung

Anamnesa pada tanggal : 20 September 2015, jam 09.00 WIB

a. Riwayat Perkawinan

Kawin 1kali, kawin pertama kali umur 20 tahun.
Dengan suami sekarang sudah 5 tahun.

b. Riwayat Haid

- Menarche, umur 11 tahun, siklus 28 hari. ~~Teratur~~ / tidak, sakit / tidak, lamanya 5-7 hari
- Sifat darah : ~~encer~~ / gumpalan, bau khas
- Fluor Albus : tidak ada

c. Riwayat Obstetri

- Jumlah anak lahir hidup : 1 orang.
- Jumlah anak meninggal : .(-) orang.
- Jumlah jenis kelamin anak yang dilahirkan :
 - Laki – laki : 1 orang.
 - Perempuan : (-) orang.
- Persalinan terakhir : 2013
- Jenis persalinan terakhir : spontan
- Komplikasi : tidak ada
- Keadaan nifas terakhir : tidak ada komplikasi

d. Riwayat Keluarga Berencana

- Macam Peserta Keluarga Berencana, Baru : (-) Lama : ya
- Sesudah persalinan / keguguran
- Alat KB yang pernah digunakan : (-)
- Cara KB terakhir (bagi peserta KB) : suntik
- Keluhan selama pemakaian KB : tidak ada

e. Riwayat Penyakit yang Lalu dan Sekarang

- Hepatitis : tidak ada
- Diabetes melitus : tidak ada
- Penyakit jantung : tidak ada
- Kelainan pembekuan darah: tidak ada
- Radang orechitis : tidak ada
- Hypertensi : tidak ada
- Adnexitis : tidak ada
- Endometriosis : tidak ada

DATA OBYEKTIF (O)

Pemeriksaan Fisik :

A. Status Generalis

- Keadaan umum : baik Kesadaran : compos mentis
- Tekanan darah : 110/70 mmHg.
- Suhu : 36.4 °C.
- Nadi : 80 x/menit.
- Respirasi 20 x/menit.
- Tinggi badan : 160 cm.
- Berat badan : 55 kg.

B. Pemeriksaan Sistematis

1. Kepala :

- Muka
- Mata : conjungtiva : tidak pucat Sclera : tidak kuning

2. Leher :

- Kelenjar gondok / thyroid : tidak ada pembesaran
- Tumor : tidak ada

3. Dada dan Axila :

- Mamae :
 - Pembesaran : tidak ada
 - Tumor : tidak ada
 - Simetris : ya
- Axila :
 - Tumor : tidak ada
 - Nyeri : tidak ada

4. Abdomen :

- Jaringan parut / post operasi : tidak ada
- Palpasi : tidak dilakukan

5. Anogenital : tidak dilakuka

- a. Keadaan vulva / vagina

- Perdarahan :

- Fluor albus :

b. Inspekulo portio : ~~dilakukan~~ / tidak dilakukan.

c. Pemeriksaan dalam : ~~dilakukan~~ / tidak dilakukan.

d. Pemeriksaan dalam : ~~dilakukan~~ / tidak dilakukan.

- Portio :

- Pembesaran :

- Posisi :

- Nyeri tekan / goyang :

C. Pemeriksaan (Penunjang tidak dilakukan)

- Hb : (-) mg/100 ml.

- Protrombin test (PPT) : (-)

- Pap smear (-)

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan

P1A0 akseptor KB suntik 3 bulan

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial

Tidak ada

IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera

Tidak ada

V. Perencanaan

- Beritahu hasil pemeriksaan
- Informed consent untuk penyuntikan KB
- Beritahu tentang keuntungan dan kerugian KB suntik
- Lakukan penyuntikan KB suntik
- Beritahu jadwal control ulang

VI. Pelaksanaan

- Memberitahu hasil pemeriksaan bahwa ibu saat ini sehat dan bisa disuntikkan KB
- Informed consent untuk penyuntikan KB
- Memberitahu keuntungan Kb suntik yaitu tidak mengganggu senggama, keefektifannya tinggi, kekurangannya harus disuntik tiap 3 bulan, mahal. Efek samping mual muntah, pusing dan perubahan berat badan.
- Memberitahu kunjungan ulang tanggal 17 November 2015

VII. Evaluasi

Semua tindakan sudah dilakukan sesuai perencanaan, ibu mengetahui efek samping dan tanggal control.



DAFTAR PUSTAKA

JNPK-KR/ POGI. 2002. *Buku Panduan Praktis Pelayanan Kesehatan maternal Dan Neonatal*. Jakarta: JNPK-KR

JNPK-KR/ POGI. 2007. *Asuhan Persalinan Normal*. Jakarta: JNPK-KR

Pusdiknakes-WHO-JNPIEGO. 2003. *Konsep Asuhan Kebidanan*. Jakarta: Pusdiknakes

-----,2003, *Asuhan Kebidanan Antenatal*. Jakarta: Pusdiknakes

-----,2003, *Asuhan Kebidanan Intrapartum*. Jakarta: Pusdiknakes

-----,2003, *Asuhan Kebidanan Postpartum*. Jakarta: Pusdiknakes

-----,2003, *Asuhan Kebidanan Bayi Baru Lahir* Jakarta: Pusdiknakes

Rismalinda. 2014. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta: In-Media

Wildan Moh, Hidayat Alimul AA, 2008. *Dokumentasi Kebidanan*. Jakarta : Salemba Medika

Lampiran

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

No. Reg :
Nama Mahasiswa/NIM :
Hari / Tanggal :
Waktu Pengkajian :
Tempat Pengkajian :

I. SUBJEKTIF

DATA SUBJEKTIF (S) (kaji identitas klien)

A. Identitas

Nama	:	Nama Suami	:
Umur	:	Umur	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Suku / bangsa	:	Suku / bangsa	:
Alamat	:	Alamat	:
Alamat kantor	:	Alamat kantor	:

B. Quick Check :

.....
.....

C. Alasan kunjungan saat ini:

.....
.....

Keluhan Utama:

.....
.....

D. Riwayat Kehamilan Sekarang (Isi sesuai dengan pertanyaan)

1. Riwayat menstruasi

Hari pertama haid terakhir tanggal Pasti/Tidak

Lamanya hari, banyaknya hari, Teratur/Tidak; Konsistensinya

.....

Haid sebelumnya tanggal lamanya hari, siklus

hari

Tafsiran persalinan

2. Tanda-tanda kehamilan Trimester I :

Tes kehamilan (jika dilakukan) pada tanggalhasil

.....

3. Pergerakan janin dirasakan pertama kali :

.....

Pergerakan janin yang dirasakan dalam 24 jam terakhir : kali

4. Tanda- tanda bahaya/ penyulit :

.....

5. Imunisasi TT1 tanggal TT2 tanggal

.....

6. Kekhawatiran-kekhawatiran khusus :

.....

E. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu : (Isi sesuai dengan pertanyaan)

No	Tgl/Th Lahir Anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan/Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak	Nifas

F. Riwayat Kesehatan/Penyakit (Kaji sesuai pertanyaan)

Riwayat kesehatan yang diderita sekarang/dulu (Jantung, hipertensi, Diabetes, malaria, penyakit ginjal, asthma, Hepatitis, PMS/HIV/AIDS) :

.....

Riwayat keturunan :

Riwayat penyakit keluarga :

G. Riwayat Psikososial (Kaji sesuai pertanyaan)

Status Pernikahan : suami yang ke :

Istri yang ke :

Lamanya pernikahan :

Respon ibu/keluarga terhadap kehamilan :

Jenis kelamin yang diharapkan :

Bentuk dukungan keluarga :

Adat istiadat yang berhubungan dengan kehamilan :

Pengambilan keputusan dalam keluarga :

Rencana persalinan-Tempat :
-Penolong persalinan:
-Pendamping persalinan :
- Persiapan Persalinan
Riwayat KB terakhir : Jenis kontrasepsi :
Lama penggunaan:

H. Aktivitas sehari-hari

1. Nutrisi

Pola makan (frekuensi) :
Jenis makanan yang dikonsumsi :
Jenis makanan yang tidak disukai:
Perubahan porsi makan :
Alergi terhadap makan (jenis) :

2. Eliminasi

BAB :
Frekuensi :
Konsistensi :

BAK :
Frekuensi :
Warna :

3. Pola istirahat dan tidur

Tidur malam : jam
Tidur siang : jam
Masalah :

4. Kebiasaan hidup sehari-hari

Obat-obatan / jamu :
Alergi terhadap obat :

Merokok :
Minuman beralkohol :
NAPZA :

5. Aktivitas sehari hari :

6. Hubungan seksual:

Hubungan seks dalam kehamilan :

Keluhan :

7. Personal hygiene

Mandi :

Ganti pakaian dalam dan luar :

Irigasi vagina : frekuensi:

OBJEKTIF

A. Keadaan umum :

- Kesadaran :

- Keadaan emosional :

- Tanda vital

Tekanan darah : mmHg

Nadi : x/menit

Pernafasan : x/menit

Suhu : ° C

B. Antropometri

- TB : cm

- BB sebelum hamil : Kg

- BB sekarang : Kg

- IMT :

- LILA :

C. Pemeriksaan fisik

1. kepala

rambut :

muka : cloasma oedma

mata : konjungtiva :

sclera :

Hidung : pengeluaran :

Polip :

Telinga : kebersihan :

Mulut/Gigi : Stomatitis :

Gusi :

Caries :

2. Leher

Pembesaran kelenjar tiroid :

Pembesaran kelenjar getah bening :

Pembesaran vena Jugularis :

3. Dada

Retraksi dinding dada :

Bunyi pernafasan :

Bunyi jantung :

Irama :

Payudara : Bentuk :

Puting susu :

Areola :

Pengeluaran :

Benjolan :

Tanda-tanda retraksi :

Kebersihan :

Lain-lain :

4. Perut

Inspeksi :

Bekas luka operasi :

Bentuk perut :

Braxthonschick/kontraksi :

Palpasi :

TFU (Mc Donald) : cm

Leopold I :

Leopold II :

Leopold III :

Leopold IV :

TBJ :

Auskultasi : Puctum maksimum:

DJJ : x/menit, Teratur/tidak

5. Ekstremitas : Telapak tangan :

Varices :

Refleks Patella :

Oedema :

6. Pinggang : Nyeri ketuk_ : ada/tidak ada

D. Pemeriksaan Genital

1. Pemeriksaan genital eksternal

Labia mayora :

Labia minora :

Urifisium uretra :

Vulva :

Varices :

Pengeluaran :

Kelenjar skene :

Kelenjar bartholin :

Lain-lain :

2. Anus (haemoroid) :

E. Pemeriksaan penunjang

Laboratorium :

Darah : HB :

Gol darah :

Rh :

Urine : Protein :

Reduksi :

USG :

.....

II. Interpretasi data diagnose/masalah

.....
.....
.....

III. Identifikasi diagnose/ masalah potensial

.....
.....
.....
.....

IV. Kebutuhan segera

.....
.....
.....
.....

V. Perencanaan

.....
.....
.....

VI. Evaluasi

.....

.....

.....

.....

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

No. Reg :
Nama Mahasiswa/NIM :
Hari / Tanggal :
Waktu Pengkajian :
Tempat Pengkajian :

I. Pengumpulan Data

DATA SUBJEKTIF (S) (kaji identitas klien)

1. Identitas

Nama Klien :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Suku/Bangsa:	Suku/Bangsa:
Alamat Rumah :	Alamat Rumah:
Alamat Kantor:	Alamat Kantor:

2. Quick Check : (kaji tanda-tanda bahaya dalam kehamilan)

.....
.....

3. Keluhan utama saat masuk : (tanyakan tentang keluhan saat ini yang dirasakan)

.....
.....

Keluhan sejak kunjungan terakhir :

.....
.....
.....

4. Tanda-tanda persalinan : (Kaji tentang adanya tanda-tanda persalinan)

- His:, sejak tanggal : Pukul :
- Frekuensi: x tiap 10 menit
- Lamanya : “
- Kekuatan :
- Lokasi Ketidak nyamanan :

5. Pengeluaran Pervaginam (cek list () sesuai pertanyaan) tanyakan jumlah, bau dan dari kapan keluar

- [] Darah Lendir :
- [] Air Ketuban :
- [] Darah :

6. Masalah-masalah khusus

Hal yang berhubungan dengan faktor risiko/predisposisi yang dialami

.....
.....
.....
.....

7. Riwayat Kehamilan Sekarang

- HPHT
- Haid bulan sebelumnya, lamanya :
- Siklus : hari
- ANC : Teratur/Tidak, Frekuensi, Tempat:
- Kelainan/Gangguan :
.....

8. Riwayat Imunisasi :

.....
.....

Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

No	Tgl/Th Lir Anak	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan/Penolong	Penyulit	Jenis Kelamin	BB/PB	Keadaan anak	Nifas

9. Pergerakan janin dalam 24 jam terakhir :

.....
.....
.....

10. Makan dan Minum terakhir :

.....
.....

11. BAB terakhir :

.....
.....

12. BAK terakhir :

.....
.....

13. Istirahat :

.....
.....

14. Psikologis :

.....
.....

15. Keluhan lain (jika ada) :

.....
.....

DATA OBJEKTIF (tuliskan sesuai hasil temuan)

1. Keadaan Umum : Kesadaran:

2. Status Emosional :

.....

3. Tanda-tanda Vital :

- TD : mmHg
- Nadi : x/menit
- RR : x/menit
- Suhu : ° C

4. Muka

Oedema :

Conjungtiva :

Sclera :

5. Leher

Pembesaran kelenjar thyroid :

Pembesaran kelenjar lymfe :

6. Dada

Jantung :

Paru :

Payudara :

- Puting Susu :

- Colostrum :

7. Punggung dan Pinggang

Nyeri, ada/tidak :

8. Abdomen

• Inspeksi

- Bekas luka :

- Pembesaran :

- Bentuk Perut :
- Oedema :.....
- Ascites :

Palpasi

- TFU (Mc Donald) :
- Leopold I :
- Leopold II :
- Leopold III :
- Leopold IV :
- TBJ : Gram

Auskultasi :

- DJJ :.....
- Palpasi supra pubic kandung kemih :

9. Genetalia

• Inspeksi

- Vulva vagina
 - Varices :
 - Luka :
 - Kemerahan/peradangan :
 - Darah lendir/air ketuban :
 - Jumlah warna :
 - Perineum Bekas luka/parut :

• Pemeriksaan Dalam

- Serviks :
- Arah :
- Pembukaan :
- Selaput :
- Konsistensi :
- Bagian Terendah :
- Tali Pusat (teraba/tidak) :
- Kesan Panggul :

10. Ekstremitas atas dan bawah

- Oedema :
- Varices :
- Kekakuan Sendi :
- Refleks :

11. Pemeriksaan Laboratorium :

Jika ada indikasi albumin

- Keton :
- Hb :
- Hematokrit:
- Pemeriksaan Penunjang lain :
.....

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan

.....
.....

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial

.....
.....
.....

IV. Kebutuhan terhadap tindakan segera

.....
.....
.....

V. Menyusun rencana asuhan menyeluruh

.....
.....
.....

VI. Pelaksanaan

.....
.....
.....

VII. Evaluasi

.....
.....
.....

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA BBL

No. Reg :
Nama Mahasiswa/NIM :
Hari / Tanggal :
Waktu Pengkajian :
Tempat Pengkajian :

I. Pengumpulan Data

DATA SUBYEKTIF (S)

A. Identitas (Biodata)

1. Bayi

Nama Bayi :
Tgl / jam lahir :
Jenis Kelamin :
Tanda Pengenal :

2. Orang Tua

Nama ibu	:	Nama Ayah	:
Umur	:	Umur	:
Suku/bangsa	:	Suku/bangsa	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Alamat	:	Alamat	:

B. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang sekarang

I. Riwayat Kehamilan

a. Pemeriksaan Kehamilan

1. Triwulan I Kali
Tempat periksa

Keluhan

2. Triwulan II Kali
Tempat Periksa

Keluhan

3. Triwulan III Kali
Tempat Periksa

Keluhan

b. Imunisasi selama Kehamilan

c. Penyakit yang di derita selama kehamilan

2. Riwayat Persalinan

a. Persalinan di tolong oleh :

b. Jenis Persalinan (NA) :

c. Tempat Persalinan :

d. Lama Persalinan :

Kala I Jam menit

Kala II Jam menit

Kala III Jam menit

e. Masalah yang terjadi selama persalinan

.....

f. Keadaan air Ketuban

3. Riwayat Nifas

Masalah setelah persalinan

.....

C. Data Objektif (O)

• Keadaan Umum :

• Sianosis Central : Ada / Tidak ada, Sianosis Perifer : Ada / Tidak ada

1. Antropometri

a. Berat Badan : cm

b. Panjang Badan : cm

c. Lingkar Lengan : cm

d. Lingkar Kepala : cm

• Circumferentia suboccipito – bregmatica : cm

• Circumferentia fronto – occipitalis : cm

• Circumferentia mento – occipitalis : cm

e. Lingkar Dada : cm

2. Tanda – tanda Vital

• Suhu Axila : °C

• Nadi : x /menit

• Pernafasan : x /menit

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

• Simetris :

• Ubun – ubun Besar : cembung / cekung / datar

• Ubun – ubun Kecil : cembung / cekung / datar

- Caput Succedenum :
- Cephal Haematoma :
- Sutura :
- Luka di kepala :
- Kelainan yang dijumpai :

b. Mata

- Posisi :
- Kotoran :
- Perdarahan :
- Sclera :
- Konjungtiva :

c. Hidung

- Lubang Hidung :
- Pernafasan Cuping Hidung :
- Keluaran :

d. Mulut

- Simetris :
- Palatum Mole :
- Palatum Durum :
- Saliva :
- Bibir :
- Gusi :
- Lidah Bintik Putih :

e. Telinga

- Simetris :
- Daun Telinga :
- Lubang Telinga :
- Keluaran :

f. Leher

- Kelainan :

- Pergerakan :
- g. Dada
- Simetris :
 - Pernafasan :
 - Retraksi :
 - Denyut Jantung :
- h. Perut
- Bentuk :
 - Bising Usus :
 - Kelainan :
- i. Tali Pusat
- Pembuluh Darah :
 - Perdarahan :
 - Kelainan :
- j. Kulit
- Warna :
 - Turgor :
 - Elastisitas :
 - Lanugo :
 - Vernik Caseosa :
- k. Punggung
- Bentuk :
 - Kelainan :
- l. Ekstremitas
- Tangan :
 - Kaki :
 - Gerakan :
 - Kuku :
 - Bentuk Kaki :
 - Bentuk Tangan :

- Kelainan :

m. Genetalia

a. Wanita

- Labia :
- Keluaran :
- Orifisium :
- Keluaran :

b. Pria

- Scrotum :
- Testis :
- Penis :
- Orifisium :
- Kelainan :

D. Pemeriksaan Penunjang

- Bilirubin :
- Gula Darah :

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan

.....
.....

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial

.....
.....

IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera

.....
.....
.....

V. Perencanaan

.....
.....
.....
.....

.....

VI. Pelaksanaan

.....
.....
.....
.....

VII. Evaluasi

.....
.....
.....

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

No. Reg :
Nama Mahasiswa/NIM :
Hari / Tanggal :
Waktu Pengkajian :
Tempat Pengkajian :

I. Pengumpulan Data

DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

Nama Klien :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Suku/Bangsa:	Suku/Bangsa:
Alamat Rumah :	Alamat Rumah:
Alamat Kantor:	Alamat Kantor:

2. Keluhan utama saat masuk :

.....
.....
.....

3. Antenatal

- Pemeriksaan di :
- Kelainan/Komplikasi :
- Usia Kehamilan :
- G.P.A :

4. Persalinan

- Persalinan lahir tanggal Pukul :
- Jenis Kelamin BB: gram, TB: cm
- Anus : Cacat :
- Jenis Persalinan :
- Atas Indikasi :
- Plasenta :
- Perineum :
- Episiotomi :
- Anastesi :
- Jahitan :
- Perdarahan Kala III ml
- Perdarahan Kala IV : ml
- Perdarahan Total : ml
- Jika SC, total perdarahan selama operasi : ml
- Infus Cairan :
- Tranfusi Darah :

5. Post Partum

- Eliminasi BAK :
- Eliminasi BAB :

DATA OBJEKTIF

1. Keadaan Umum : Kesadaran:
- Status Emosional :
2. Tanda-tanda Vital :
 6. TD : mmHg
 7. Nadi : x/menit
 8. RR : x/menit
 9. Suhu : ° C
 10. TB : cm

11. BB : kg

3. Kepala

- Muka :
- Mata :
- Conjunctiva : Sclera :
- Mulut/Gigi :
- Telinga :
- Hidung :

4. Leher

- Pembesaran kelenjar thyroid :
- Pembesaran kelenjar lymfe :

5. Dada dan Axilla

- Payudara :
- Pembesaran :
- Tumor :
- Simetris :
- Areola :
- Puting Susu :
- Colostrum :
- Axilla
- Massa :
- Nyeri :

6. Abdomen

7. Jaringan Parut/ Post Operasi :

8. Palpasi :

9. TFU :

10. Pelebaran vena : ada/tidak

11. Linea nigra/linea alba : ada/tidak

12. Genetalia

- Vulva vagina
 - Perdarahan :

- Lochea :
- Perineum :
- Penyembuhan luka :
- Vulva :
- Inspekulo Portio : Dilakukan/tidak
- Pemeriksaan Dalam : Dilakukan/tidak
 - Portio :
 - Pembesaran :
 - Posisi :
 - Nyeri Tekan/Goyang :

13. Ekstremitas atas dan bawah

- Oedema :
- Varices :
- Tromboflebitis : ada/tidak
- Tanda Homan : ada/tidak
- Keluhan lain :

14. Pemeriksaan Penunjang

a. Laboratorium

- Hb :
- Protrombin Test (PPT) :

b. Radiologi/USG

.....

c. Pemeriksaan Penunjang lain

.....

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan

.....

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial

.....
.....
IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera

.....
.....
.....

V. Perencanaan

.....
.....

VI. Pelaksanaan

.....
.....
.....
.....

VII. Evaluasi

.....
.....
.....

MANAJEMEN KEBIDANAN PADA AKSEPTOR KB

No. Reg :

Nama Mahasiswa/NIM :

Hari / Tanggal :

Waktu Pengkajian :

Tempat Pengkajian :

I. Pengumpulan Data

DATA SUBYEKTIF (S)

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

Alamat Kantor : Alamat Kantor
.....

Anamnesa pada tanggal : tulis tanggal dan jam pengakajian

a. Riwayat Perkawinan

Kawin kali, kawin pertama kali umur tahun.

Dengan suami sekarang sudah tahun.

b. Riwayat Haid

- Menarche, umur tahun, siklus hari.
- Teratur / tidak, sakit / tidak, lamanya hari.
- Sifat darah : encer / gumpalan, bau
- Fluor Albus :

c. Riwayat Obstetri

- Jumlah anak lahir hidup : orang.
- Jumlah anak meninggal : orang.
- Jumlah jenis kelamin anak yang dilahirkan :
 - Laki – laki : orang.
 - Perempuan : orang.
- Persalinan terakhir :
- Jenis persalinan terakhir :
- Komplikasi :
- Keadaan nifas terakhir :

d. Riwayat Keluarga Berencana

- Macam Peserta Keluarga Berencana, Baru : Lama :
- Sesudah persalinan / keguguran :
- Alat KB yang pernah digunakan :
- Cara KB terakhir (bagi peserta KB) :
- Keluhan selama pemakaian KB :

e. Riwayat Penyakit yang Lalu dan Sekarang

- Hepatitis :

- Diabetes melitus :
- Penyakit jantung :
- Kelainan pembekuan darah :
- Radang orechitis :
- Hypertensi :
- Adnexitis :
- Endometriosis :

DATA OBYEKTIF (O)

Pemeriksaan Fisik :

A. Status Generalis

- Keadaan umum : Kesadaran :
- Tekanan darah :mmHg.
- Suhu :°C.
- Nadi : x/menit.
- Respirasi x/menit.
- Tinggi badan : cm.
- Berat badan : kg.

B. Pemeriksaan Sistematis

1. Kepala :

- Muka :
- Mata : conjungtiva : Sclera :

2. Leher :

- Kelenjar gondok / thyroid :
- Tumor :

3. Dada dan Axila :

- Mammae :
 - Pembesaran :
 - Tumor :
 - Simetris :

- Axila :
 - Tumor :
 - Nyeri :
- 4. Abdomen :
 - Jaringan parut / post operasi :
 - Palpasi :
- 5. Anogenital :
 - a. Keadaan vulva / vagina :
 - Perdarahan :
 - Fluor albus :
 - b. Inspekulo portio : dilakukan / tidak dilakukan.
 - c. Pemeriksaan dalam : dilakukan / tidak dilakukan.
 - d. Pemeriksaan dalam : dilakukan / tidak dilakukan.
 - Portio :
 - Pembesaran :
 - Posisi :
 - Nyeri tekan / goyang :

C. Pemeriksaan Penunjang

- Hb : mg/100 ml.
- Protrombin test (PPT) :
- Pap smear :

II. Interpretasi data untuk mengidentifikasi diagnosa, masalah, dan kebutuhan

.....

III. Diagnosa potensial dan masalah potensial

.....

IV. Menentukan kebutuhan terhadap tindakan segera

.....
.....
.....

V. Perencanaan

.....
.....
.....
.....
.....
.....

VI. Pelaksanaan

.....
.....
.....
.....

VII. Evaluasi

.....
.....
.....
.....

