MODUL PRAKTIKUM

DOKUMENTASI KEBIDANAN

Bidan berperan sebagai mitra perempuan dalam memberikan nasehat, asuhan kebidanan dan tindakan medis yang diperlukan seperti konsultasi kesehatan, pemberian pelayanan kebidanan termasuk pula dalam upaya pencatatan rekam medis. Seorang bidan harus mampu menyusun dokumentasi asuhan kebidanan dengan baik dalam bentuk tertulis maupun rekaman mengenai kondisi dan perkembangan serta asuhan kebidanan yang dilakukan.

Modul praktikum ini bertujuan memudahkan peserta didik untuk memahami mata kuliah Dokumentasi Kebidanan melalui pembelajaran kasus baik kehamilan, persalinan, nifas dan bayi baru lahir dengan menggunakan pendekatan manajemen asuhan kebidanan secara SOAP.

PRODI KEBIDANAN MAGETAN
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA

DOKUMENTASI KEBIDANAN

MODUL PRAKTIKUM

Nani Surtinah, S.SiT., M.Pd
Sulikah, SST., M.Kes
Nuryani, S.SiT., M.Kes

PRODI KEBIDANAN MAGETAN
POLTEKKES KEMENKES SURABAYA

Modul Praktikum
DOKUMENTASI KEBIDANAN

Penulis :
Nani Surtinah, S.SiT., M.Pd
Sulikah, SST., M.Kes
Nuryani, S.SiT., M.Kes

Dosen Prodi Kebidanan Magetan
Poltekkes Surabaya

Untuk kalangan sendiri
Penerbit:
Prodi Kebidanan Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya

MODUL PRAKTIKUM
DOKUMENTASI KEBIDANAN

Oleh :
Nani Surtinah, S.SiT., M.Pd
Sulikah, SST., M.Kes
Nuryani, S.SiT., M.Kes

Cetakan Pertama : April 2015
Cetakan Kedua : November 2019
Editor : Nana Usnawati
Tata Letak : Triana Septianti P
Tata Muka : Triana Septianti P

Diterbitkan Oleh : Untuk kalangan sendiri
Prodi Kebidanan Magetan
Poltekkes Kemenkes Surabaya
Jl. Jend S Parman No.1 Magetan 63313
Telp.0351-895216; Fax.0351-891565 Magetan
Email : prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

KATA PENGANTAR

Modul Praktikum ini merupakan buku kerja mahasiswa sebagai pelengkap model pembelajaran berbasis kompetensi. Sekuensi isi disesuaikan dengan silabus pembelajaran mata kuliah anatomi untuk program D III Kebidanan. Tiap unit belajar diusahakan mencangkup sub pokok bahasan yang harus diberikan secara praktikum untuk meningkatkan pemahaman di ranah kognitif, afektif maupun psikomotor.

Model pembelajaran yang digunakan di tiap modul praktikum mencangkup kegiatan diskusi pada kasus kehamilan normal, bersalin normal, nifas normal, bayi baru lahir, neonatus, bayi dan balita, kespro, KB, komunitas, hamil patologi, bersalin patologi, nifas patologi, dan latihan soal.

Kami menyadari keterbatasan kami selaku penulis, oleh karena itu demi pengembangan kreatifitas dan penyempurnaan Modul Praktikum ini, kami mengharapkan saran dan masukan dari pembaca maupun para ahli, baik dari segi isi, istilah serta pemaparannya. Semoga Allah SWT membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan Modul Praktikum ini. Akhir kata, semoga Modul Praktikum ini dapat memberi manfaat bagi para pembaca. Amin.

Magetan, November 2019

DAFTAR ISI

Halaman

HALAMAN JUDUL i
KATA PENGANTAR iv
DAFTAR ISI v
BAB 1 Membuat Asuhan Kebidanan Hamil, Bersalin, dan Nifas dengan SOAP 1
A. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil dengan SOAP 1
B. Tinjauan Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin dengan SOAP 10
C. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas dengan SOAP..... 21
BAB 2 Membuat Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir dengan SOAP..... 28
A. Tinjauan Teori Asuhan Kebidanan Pada Bayi Baru Lahir (BBL) dengan SOAP 28
Diskusi Kelompok 37
Tes Formatif Kegiatan Belajar Praktikum Dokumentasi Kebidanan 37
Kunci Jawaban 43

BAB 1
MEMBUAT ASUHAN KEBIDANAN HAMIL, BERSALIN DAN NIFAS DENGAN METODE SOAP

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam BAB 13 ini tentang membuat asuhan kebidanan dengan SOAP. Di pertemuan ini Anda akan belajar secara teori cara mengisi format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas, neonatus, sebagai acuan Saudara membahas kasus yang ditemui dalam memberikan pelayanan.

A. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL DENGAN SOAP

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

Mari Kita perhatikan bersama pada masing-masing bagian!

1. Pengkajian

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

a. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
b) Umur: Usia wanita yang dianjurkan untuk hamil adalah wanita dengan usia 20-35 tahun. Usia dibawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden pre- eklampsia dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden diabetes melitus tipe II, hipertensi kronis, persalinan yang lama pada nulipara, seksio sesaria, persalinan preterm, IUGR, anomali kromosom dan kematian janin (Varney, dkk, 2007).
c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola nutrisi dan adat istiadat yang dianut.
d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.
e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi termasuk dalam hal pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.
f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara asupan nutrisi ibu dengan tumbung kembang janin dalam kandungan, yang dalam hal ini dipantau melalui tinggi fundus uteri ibu hamil.
g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.

2) Keluhan Utama: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), keluhan yang muncul pada kehamilan trimester III meliputi sering kencing, nyeri pinggang dan sesak napas akibat pembesaran uterus serta merasa khawatir akan kelahiran bayinya dan keselamatannya. Selain itu, konstipasi dan sering lelah merupakan hal yang wajar dikeluhkan oleh ibu hamil (Mochtar, 2011).
3) Riwayat Menstruasi: Untuk mengkaji kesuburan dan siklus haid ibu sehingga didapatkan hari pertama haid

terakhir (HPHT) untuk menentukan usia kehamilan dan memperkirakan tanggal taksiran persalinannya (Prawirohardjo, 2010).

4) Riwayat Perkawinan: Untuk mengetahui kondisi psikologis ibu yang akan mempengaruhi proses adaptasi terhadap kehamilan, persalinan, dan masa nifas-nya.
5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu: Untuk mengetahui kejadian masa lalu ibu mengenai masa kehamilan, persalinan dan masa nifas-nya. Komplikasi pada kehamilan, persalinan dan nifas dikaji untuk mengidentifikasi masalah potensial yang kemungkinan muncul pada kehamilan, persalinan dan nifas kali ini. Lama persalinan sebelumnya merupakan indikasi yang baik untuk memperkirakan lama persalinan kali ini. Metode persalinan sebelumnya merupakan indikasi untuk memperkirakan persalinan kali ini melalui seksio sesaria atau melalui per vaginam. Berat badan janin sebelumnya yang dilahirkan per vaginam dikaji untuk memastikan keadekuatan panggul ibu untuk melahirkan bayi saat ini (Varney, dkk, 2007).
6) Riwayat Hamil Sekarang: Untuk mengetahui beberapa kejadian maupun komplikasi yang terjadi pada kehamilan sekarang. Hari pertama haid terakhir digunakan untuk menentukan tafsiran tanggal persalinan dan usia kehamilan. Gerakan janin yang dirasakan ibu bertujuan untuk mengkaji kesejahteraan janin (Varney, dkk, 2007). Gerakan janin mulai dapat dirasakan pada minggu ke-16 sampai minggu ke-20 kehamilan (Bobak, dkk, 2005).
7) Riwayat Penyakit yang Lalu/Operasi: Adanya penyakit seperti diabetes mellitus dan ginjal dapat memperlambat proses penyembuhan luka (Hidayat dan Uliyah, 2008). Gangguan sirkulasi dan perfusi jaringan dapat terjadi pada penderita diabetes melitus. Selain itu, hiperglikemia dapat menghambat fagositosis dan menyebabkan terjadinya infeksi jamur dan ragi pada luka jalan lahir (Johnson dan Taylor, 2005).
8) Riwayat Penyakit Keluarga: Untuk mengetahui kemungkinan adanya pengaruh penyakit keluarga.

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

b. Data Obyektif

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

      WHO menetapkan *hipertensi* jika tekanan *sistolik* ≥ 160 mmHg dan tekanan *diastolic* ≥ 95 mmHg. Pada wanita dewasa sehat yang tidak hamil memiliki kisaran denyut jantung 70 denyut per menit dengan rentang normal 60-100 denyut per menit. Namun selama kehamilan mengalami peningkatan sekitar 15-20 denyut per menit. Nilai normal untuk suhu per *aksila* pada orang dewasa yaitu 35,8-37,3° C (Johnson dan Taylor, 2005). Sedangkan menurut Varney, dkk. (2006), pernapasan orang dewasa normal adalah antara 16-20 ×/menit.
2) Pemeriksaan Fisik
   a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormone (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan

pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).

b) Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna, yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.

c) Mulut: Untuk mengkaji kelembaban mulut dan mengecek ada tidaknya stomatitis.

d) Gigi/Gusi: Gigi merupakan bagian penting yang harus diperhatikan kebersihannya sebab berbagai kuman dapat masuk melalui organ ini (Hidayat dan Uliyah, 2008). Pengaruh hormon kehamilan, gusi menjadi mudah berdarah pada awal kehamilan (Mochtar, 2011).

e) Leher: Dalam keadaan normal, kelenjar tyroid tidak terlihat dan hampir tidak teraba sedangkan kelenjar getah bening bisa teraba seperti kacang kecil (Hidayat dan Uliyah, 2008).

f) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit lebih terlihat, puting susu membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul strechmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.

g) Perut:

Inspeksi: Muncul Striae Gravidarum dan Linea Gravidarum pada permukaan kulit perut akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2011).

Palpasi : Leopold 1, pemeriksa menghadap ke arah muka ibu hamil, menentukan tinggi fundus uteri dan bagian janin yang terdapat pada fundus. Leopold 2, menentukan batas samping rahim kanan dan kiri,

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

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

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

Berat janin = (TFU – 12) × 155 gram

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

Berat janin = (TFU – 11) × 155 gram

h) Ano-Genetalia : Pengaruh hormon estrogen dan progesteron adalah pelebaran pembuluh darah sehingga dapat terjadi varises pada sekitar genetalia. Namun tidak semua ibu hamil mengalami varises pada daerah tersebut (Mochtar, 2011). Pada keadaan normal, tidak terdapat hemoroid pada anus.

i) Ektremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

3) Pemeriksaan Penunjang

a) Hemoglobin: Wanita hamil dikatakan anemia jika kadar *hemoglobin*-nya < 10 gram/dL. Jadi, wanita hamil harus memiliki *hemoglobin* > 10gr/dL (Varney, dkk, 2006).

b) Golongan darah: Untuk mempersiapkan calon pendonor darah jika sewaktu-waktu diperlukan karena adanya situasi kegawatdaruratan (Kemenkes RI, 2013).
c) USG: Pemeriksaan USG dapat digunakan pada kehamilan muda untuk mendeteksi letak janin, perlekatan plasenta, lilitan tali pusat, gerakan janin, denyut jantung janin, mendeteksi tafsiran berat janin dan tafsiran tanggal persalinan serta mendeteksi adanya kelainan pada kehamilan (Mochtar, 2011).
d) Protein urine dan glukosa urine: Urine negative untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

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

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

3. Perencanaan

Rencana tindakan disusun berdasarkan prioritas masalah dan kondisi ibu, tindakan segera, tindakan antisipasi dan asuhan secara komprehensif. Sesuai dengan Kemenkes RI (2013), standar pelayanan *antenatal* merupakan rencana asuhan pada ibu hamil yang minimal dilakukan pada setiap kunjungan *antenatal*, antara lain timbang berat badan, ukur tinggi badan, ukur tekanan darah, ukur LILA, ukur TFU, tentukan status imunisasi dan berikan imunisasi TT sesuai status imunisasi,

berikan tablet tambah darah, tentukan presentasi janin dan hitung DJJ, berikan konseling mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, *body mekanik*, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi, berikan pelayanan tes laboratorium sederhana, dan lakukan tatalaksana.

4. Pelaksanaan

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

5. Evaluasi

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

a. Telah dilakukan penimbangan berat badan dan pengukuran tinggi badan, tekanan darah, LILA, dan TFU.
b. Status imunisasi tetanus ibu telah diketahui dan telah diberikan imunisasi TT sesuai dengan status imunisasi.
c. Telah diberikan tablet tambah darah minimal 90 tablet selama kehamilan.
d. Telah didapat presentasi janin dan denyut jantung janin.

e. Ibu mengerti dan dapat menjelaskan kembali mengenai lingkungan yang bersih, kebutuhan nutrisi, pakaian, istirahat dan rekreasi, perawatan payudara, *body mekanik*, kebutuhan seksual, kebutuhan eliminasi, senam hamil, serta persiapan persalinan dan kelahiran bayi.
f. Telah dilakukan pemeriksaan laboratorium.
g. Telah diberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil sesuai dengan permasalahan yang dialami.

6. Dokumentasi

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

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

B. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN DENGAN SOAP

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

perumusan diagnosa dan atau masalah kebidanan, perencanaan, pelaksanaan, evaluasi, dan dokumentasi.

Kita telah mempelajari mengenai pendokumentasian pada kasus kehamilan, sekarang marilah Kita pelajari bersama pendokumentasi pada kasus persalinan pada masing-masing langkah secara cermat!

1. Pengkajian

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

a. Data Subyektif

1) Identitas

a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.

b) Umur: Semakin tua usia seorang ibu akan berpengaruh terhadap kekuatan mengejan selama proses persalinan. Menurut Varney, dkk (2007), usia di bawah 20 tahun dan diatas 35 tahun mempredisposisi wanita terhadap sejumlah komplikasi. Usia di bawah 20 tahun meningkatkan insiden *pre- eklampsia* dan usia diatas 35 tahun meningkatkan insiden *diabetes melitus* tipe II, *hipertensi* kronis, persalinan yang lama pada *nulipara*, *seksio sesaria*, persalinan *preterm*, *IUGR*, *anomali* kromosom dan kematian janin.

c) Suku/Bangsa: Asal daerah dan bangsa seorang ibu berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan dan adat istiadat yang dianut.

d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.

e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi termasuk dalam hal

pemberian konseling sesuai dengan pendidikan terakhirnya.

f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dikaitkan dengan berat janin saat lahir. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan bayi lahir dengan berat badan rendah.

g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.

2) Keluhan Utama: Rasa sakit pada perut dan pinggang akibat kontraksi yang datang lebih kuat, sering dan teratur, keluarnya lendir darah dan keluarnya air ketuban dari jalan lahir merupakan tanda dan gejala persalinan yang akan dikeluhkan oleh ibu menjelang akan bersalin (Mochtar, 2011).

3) Pola Nutrisi: Bertujuan untuk mengkaji cadangan energi dan status cairan ibu serta dapat memberikan informasi pada ahli anestesi jika pembedahan diperlukan (Varney, dkk, 2007).

4) Pola Eliminasi: Saat persalinan akan berlangsung, menganjurkan ibu untuk buang air kecil secara rutin dan mandiri, paling sedikit setiap 2 jam (Varney, dkk, 2007).

5) Pola Istirahat: Pada wanita dengan usia 18-40 tahun kebutuhan tidur dalam sehari adalah sekitar 8-9 jam (Hidayat dan Uliyah, 2008).

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum: Baik

b) Kesadaran: Bertujuan untuk menilai status kesadaran ibu. *Composmentis* adalah status kesadaran dimana ibu mengalami kesadaran penuh dengan memberikan respons yang cukup terhadap stimulus yang diberikan (Hidayat dan Uliyah, 2008).

c) Keadaan Emosional: Stabil.

d) Berat Badan: Bertujuan untuk menghitung penambahan berat badan ibu.

e) Tanda-tanda Vital: Secara garis besar, pada saat persalinan tanda-tanda vital ibu mengalami peningkatan karena terjadi peningkatan metabolisme selama persalinan. Tekanan darah meningkat selama kontraksi yaitu peningkatan tekanan sistolik 10-20 mmHg dan diastolik 5-10 mmHg dan saat diantara waktu kontraksi tekanan darah kembali ke tingkat sebelum persalinan. Rasa nyeri, takut dan khawatir dapat semakin meningkatkan tekanan darah. Peningkatan suhu normal adalah peningkatan suhu yang tidak lebih dari 0,5° C sampai 1° C. Frekuensi denyut nadi di antara waktu kontraksi sedikit lebih tinggi dibanding selama periode menjelang persalinan. Sedikit peningkatan frekuensi nadi dianggap normal. Sedikit peningkatan frekuensi pernapasan masih normal selama persalinan (Varney, dkk, 2007).

2) Pemeriksaan Fisik

a) Muka: Muncul bintik-bintik dengan ukuran yang bervariasi pada wajah dan leher (Chloasma Gravidarum) akibat Melanocyte Stimulating Hormon (Mochtar, 2011). Selain itu, penilaian pada muka juga ditujukan untuk melihat ada tidaknya pembengkakan pada daerah wajah serta mengkaji kesimetrisan bentuk wajah (Hidayat dan Uliyah, 2008).

b) Mata: Pemeriksaan sclera bertujuan untuk menilai warna , yang dalam keadaan normal berwarna putih. Sedangkan pemeriksaan konjungtiva dilakukan untuk mengkaji munculnya anemia. Konjungtiva yang normal berwarna merah muda (Hidayat dan Uliyah, 2008). Selain itu, perlu dilakukan pengkajian terhadap pandangan mata yang kabur terhadap suatu benda untuk mendeteksi kemungkinan terjadinya pre-eklampsia.

c) Payudara: Menurut Bobak, dkk (2005) dan Prawirohardjo (2010), akibat pengaruh hormon kehamilan, payudara menjadi lunak, membesar, vena-vena di bawah kulit akan lebih terlihat,

puting payudara membesar, kehitaman dan tegak, areola meluas dan kehitaman serta muncul strechmark pada permukaan kulit payudara. Selain itu, menilai kesimetrisan payudara, mendeteksi kemungkinan adanya benjolan dan mengecek pengeluaran ASI.

d) Ekstremitas: Tidak ada edema, tidak ada varises dan refleks patella menunjukkan respons positif.

3) Pemeriksaan Khusus

a) Obstetri

b) Abdomen

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

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

(1) Tafsiran Tanggal Persalinan: Bertujuan untuk mengetahui apakah persalinannya cukup bulan, *prematur*, atau *postmatur*.

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

Jika kepala janin belum masuk ke pintu atas panggul

Berat janin = (TFU – 12) × 155 gram

Jika kepala janin telah masuk ke pintu atas panggul

Berat janin = (TFU – 11) × 155 gram

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

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

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

c) Gynekologi

(1) *Ano – Genetalia*

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

(2) *Vaginal Toucher*

Pemeriksaan *vaginal toucher* bertujuan untuk mengkaji penipisan dan pembukaan serviks, bagian terendah, dan status ketuban. Jika janin dalam presentasi kepala, *moulding*, *kaput*

suksedaneum dan posisi janin perlu dikaji dengan pemeriksaan dalam untuk memastikan adaptasi janin dengan panggul ibu (Varney, dkk, 2007). Pembukaan serviks pada fase laten berlangsung selama 7-8 jam. Sedangkan pada fase aktif dibagi menjadi 3 fase yaitu fase akselerasi, fase dilatasi maksimal dan fase deselerasi yang masing-masing fase berlangsung selama 2 jam (Mochtar, 2011). Kesan Panggul: Bertujuan untuk mengkaji keadekuatan panggul ibu selama proses persalinan (Varney, dkk, 2007). Panggul paling baik untuk perempuan adalah jenis *ginekoid* dengan bentuk pintu atas panggul hampir bulat sehingga membantu kelancaran proses persalinan (Prawirohardjo, 2010).

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

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

Perumusan diagnosa persalinan disesuaikan dengan *nomenklatur* kebidanan, seperti G2P1A0 usia 22 tahun usia kehamilan 39 minggu inpartu kala I fase aktif dan janin tunggal hidup. Perumusan masalah disesuaikan dengan kondisi ibu. Rasa takut, cemas, khawatir dan rasa nyeri merupakan permasalahan

yang dapat muncul pada proses persalinan (Varney, dkk, 2007). Kebutuhan ibu bersalin menurut Leaser & Keanne dalam Varney (1997) adalah pemenuhan kebutuhan fisiologis (makan, minum, oksigenasi, eliminasi, istrirahat dan tidur), kebutuhan pengurangan rasa nyeri, support person (atau pendampingan dari orang dekat), penerimaan sikap dan tingkah laku serta pemberian informasi tentang keamanan dan kesejahteraan ibu dan janin.

3. Perencanaan

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

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

b. Kala II
   1) Anjurkan ibu untuk mimilih posisi yang nyaman saat bersalin.
   2) Ajari ibu cara meneran yang benar.

3) Lakukan pertolongan kelahiran bayi sesuai dengan standar asuhan persalinan normal.

c. Kala III

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

d. Kala IV

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

4. Pelaksanaan

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

a. Kala I

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

b. Kala II

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

c. Kala III

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

d. Kala IV

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

5. Evaluasi

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

a. Kala I

1) Telah dilakukan pengawasan menggunakan *partograf*, meliputi ukur tanda-tanda vital ibu, hitung denyut jantung janin, hitung kontraksi *uterus*, lakukan pemeriksaan dalam, serta catat produksi *urine*, *aseton* dan protein (WHO, 2013).
2) Ibu bersedia untuk makan dan minum sebagai upaya persiapan kelahiran bayi.
3) Ibu memilih untuk jalan-jalan terlebih dahulu lalu berbaring dengan posisi miring ke kiri.
4) Ibu bersedia untuk buang air kecil secara mandiri.
5) Suami ibu dan atau anggota keluarga ibu telah mendampingi ibu selama proses persalinan.
6) Ibu mengerti dan dapat melakukan teknik relaksasi dengan benar.

7) Telah diberikan sentuhan, pijatan, *counterpressure*, *pelvic rocking*, kompres hangat dingin pada punggung, berendam dalam air hangat maupun wangi-wangian pada ibu, ibu dapat melakukan teknik relaksasi dengan menarik napas panjang dengan baik dan benar serta ibu merasa nyaman.
8) Ibu maupun keluarga telah mendapatkan informasi mengenai perkembangan dan kemajuan persalinan.

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

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

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

6. Dokumentasi

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

a. **S** adalah data subyektif, mencatat hasil anamnesa dengan klien.
b. **O** adalah data obyektif, mencatat hasil-hasil pemeriksaan terhadap klien.
c. **A** adalah hasil analisa, mencatat diagnosa dan masalah kebidanan.
d. **P** adalah penatalaksanaan, mencatat seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan, seperti tindakan

antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif, penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi dan rujukan.

C. TINJAUAN TEORI ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS DENGAN SOAP

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

1. Pengkajian

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

a. Data Subyektif
   1) Identitas
      a) Nama: Untuk mengenal ibu dan suami.
      b) Umur: Semakin tua usia seseorang berpengaruh terhadap semua fase penyembuhan luka sehubungan dengan adanya gangguan sirkulasi dan *koagulasi*, respon *inflamasi* yang lebih lambat dan penurunan aktivitas *fibroblast* (Johnson dan Taylor, 2005).
      c) Suku/Bangsa: Asal daerah atau bangsa seorang wanita berpengaruh terhadap pola pikir mengenai tenaga kesehatan, pola kebiasaan sehari-hari (Pola nutrisi, pola eliminasi, *personal hygiene*, pola istirahat dan aktivitas) dan adat istiadat yang dianut.
      d) Agama: Untuk mengetahui keyakinan ibu sehingga dapat membimbing dan mengarahkan ibu untuk berdoa sesuai dengan keyakinannya.

e) Pendidikan: Untuk mengetahui tingkat intelektual ibu sehingga tenaga kesehatan dapat melalukan komunikasi dengan istilah bahasa yang sesuai dengan pendidikan terakhirnya, termasuk dalam hal pemberian konseling.

f) Pekerjaan: Status ekonomi seseorang dapat mempengaruhi pencapaian status gizinya (Hidayat dan Uliyah, 2008). Hal ini dapat dikaitkan antara status gizi dengan proses penyembuhan luka ibu. Jika tingkat sosial ekonominya rendah, kemungkinan penyembuhan luka pada jalan lahir berlangsung lama. Ditambah dengan rasa malas untuk merawat dirinya.

g) Alamat: Bertujuan untuk mempermudah tenaga kesehatan dalam melakukan *follow up* terhadap perkembangan ibu.

2) Keluhan Utama: Persoalan yang dirasakan pada ibu nifas adalah rasa nyeri pada jalan lahir, nyeri ulu hati, konstipasi, kaki bengkak, nyeri perut setelah lahir, payudara membesar, nyeri tekan pada payudara dan puting susu, puting susu pecah-pecah, keringat berlebih serta rasa nyeri selama beberapa hari jika ibu mengalami hemoroid (Varney, dkk, 2007).

3) Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

a) Pola Nutrisi: Ibu nifas harus mengkonsumsi makanan yang bermutu tinggi, bergizi dan cukup kalori untuk mendapat protein, mineral, vitamin yang cukup dan minum sedikitnya 2-3 liter/hari. Selain itu, ibu *nifas* juga harus minum tablet tambah darah minimal selama 40 hari dan vitamin A (Varney, dkk, 2007).

b) Pola Eliminasi: Ibu nifas harus berkemih dalam 4-8 jam pertama dan minimal sebanyak 200 cc (Bahiyatun, 2009). Sedangkan untuk buang air besar, diharapkan sekitar 3-4 hari setelah melahirkan (Mochtar, 2011).

c) *Personal Hygiene*: Bertujuan untuk mencegah terjadinya infeksi yang dilakukan dengan menjaga kebersihan tubuh, termasuk pada daerah

kewanitaannya dan payudara, pakaian, tempat tidur dan lingkungan (Varney, dkk., 2007).

d) Istirahat: Ibu nifas harus memperoleh istirahat yang cukup untuk pemulihan kondisi fisik, psikologis dan kebutuhan menyusui bayinya dengan cara menyesuaikan jadwal istirahat bayinya (Varney, dkk., 2007).

e) Aktivitas: Mobilisasi dapat dilakukan sedini mungkin jika tidak ada kontraindikasi, dimulai dengan latihan tungkai di tempat tidur, miring di tempat tidur, duduk dan berjalan. Selain itu, ibu nifas juga dianjurkan untuk senam *nifas* dengan gerakan sederhana dan bertahap sesuai dengan kondisi ibu (Varney, dkk, 2007).

f) Hubungan Seksual: Biasanya tenaga kesehatan memberi batasan rutin 6 minggu pasca persalinan untuk melakukan hubungan seksual (Varney, dkk. 2007).

4) Data Psikologis

a) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua: Respon setiap ibu dan ayah terhadap bayinya dan terhadap pengalaman dalam membesarkan anak berbeda-beda dan mencakup seluruh spectrum reaksi dan emosi, mulai dari tingginya kesenangan yang tidak terbatas hingga dalamnya keputusasaan dan duka (Varney, dkk, 2007). Ini disesuaikan dengan periode psikologis ibu nifas yaitu *taking in, taking hold* atau l*etting go.*

b) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi: Bertujuan untuk mengkaji muncul tidaknya *sibling rivalry*.

c) Dukungan Keluarga: Bertujuan untuk mengkaji kerjasama dalam keluarga sehubungan dengan pengasuhan dan penyelesaian tugas rumah tangga.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum: Baik

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

2) Pemeriksaan Fisik
a) Payudara: Bertujuan untuk mengkaji ibu menyusui bayinya atau tidak, tanda-tanda infeksi pada payudara seperti kemerahan dan muncul nanah dari puting susu, penampilan puting susu dan *areola*, apakah ada *kolostrom* atau air susu dan pengkajian proses menyusui (Varney, dkk, 2007). Produksi air susu akan semakin banyak pada hari ke-2 sampai ke-3 setelah melahirkan (Mochtar, 2011).
b) Perut: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya nyeri pada perut (Varney, dkk, 2007).
Pada beberapa wanita, linea nigra dan *strechmark* pada perut tidak menghilang setelah kelahiran bayi (Bobak, dkk, 2005). Tinggi *fundus uteri* pada masa *nifas* dapat dilihat pada tabel 2.8 untuk memastikan proses *involusi* berjalan lancar.
c) Vulva dan Perineum
(1) Pengeluaran *Lokhea*: Menurut Mochtar (2011), jenis *lokhea* diantaranya adalah:

(a) *Lokhea rubra (Cruenta),* muncul pada hari ke-1-3 pada masa nifas, berwarna merah kehitaman dan mengandung sel *desidua, verniks caseosa*, rambut *lanugo*, sisa *mekonium* serta sisa darah.

(b) *Lokhea sanguilenta, lokhea* ini muncul pada hari ke-3 – 7 pada masa nifas berwarna putih bercampur merah karena mengandung sisa darah bercampur lendir.

(c) *Lokhea serosa,* muncul pada hari ke-7 sampai dengan 14 pada masa nifas, berwarna kekuningan atau kecoklatan dan mengandung lebih banyak serum, *leukosit* dan tidak mengandung darah lagi.

(d) *Lokhea alba,* muncul pada hari ke- > 14 pada masa nifas, berwarna putih dan mengandung *leukosit*, selaput lendir *serviks* dan serabut jaringan yang mati.

(e) Bila *pengeluaran lokhea* tidak lancar disebut *Lochiastasis*.

(2) Luka Perineum: Bertujuan untuk mengkaji nyeri, pembengkakan, kemerahan pada perineum, dan kerapatan jahitan jika ada jahitan (Varney, dkk, 2007).

d) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji ada tidaknya *edema*, nyeri dan kemerahan (Varney, dkk, 2007). Jika pada masa kehamilan muncul *spider nevi*, maka menetap pada masa *nifas* (Bobak, dkk, 2005).

3) Pemeriksaan Penunjang

a) *Hemoglobin*: Pada awal masa *nifas* jumlah hemoglobin sangat bervariasi akibat fluktuasi volume darah, volume plasma dan kadar volume sel darah merah (Varney, dkk, 2007).

b) *Protein Urine* dan *glukosa urine*: Urine negatif untuk protein dan glukosa (Varney, dkk, 2006).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

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

3. Perencanaan

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

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

4. Pelaksanaan

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

a. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tinggi *fundus uteri*, *lokhea* dan cairan *pervaginam* lainnya serta payudara.
b. Memberikan KIE mengenai kebutuhan nutrisi, eliminasi, kebersihan diri, istirahat, mobilisasi dini dan aktivitas, seksual, senam *nifas*, ASI eksklusif, cara menyusui yang benar, perawatan payudara dan keluarga berencana.

c. Memberikan pelayanan keluarga berencana pasca persalinan.

5. Evaluasi

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

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

6. Dokumentasi

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

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

BAB 2
MEMBUAT ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR DENGAN METODE SOAP

Mahasiswa DIII Kebidanan yang berbahagia, selamat bertemu dalam BAB 2 ini tentang membuat asuhan kebidanan pada bayi baru lahir dengan SOAP. Di pertemuan ini Anda akan belajar secara teori cara mengisi format asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, BBL, nifas, neonatus, sabagai acuan Saudara membahas kasus yang ditemui dalam memberikan pelayanan.

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

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

Mari Kita perhatikan bersama pada masing-masing bagian!

1. Pengkajian

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

a. Data Subyektif
   1) Identitas Bayi

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

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

3) Data Kesehatan
a) Riwayat Kehamilan: Untuk mengetahui beberapa kejadian atau komplikasi yang terjadi saat mengandung bayi yang baru saja dilahirkan. Sehingga dapat dilakukan *skrining test* dengan tepat dan segera.

b) Riwayat Persalinan: Untuk menentukan tindakan segera yang dilakukan pada bayi baru lahir.

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

a) Keadaan Umum: Baik

b) Tanda-tanda Vital: Pernapasan normal adalah antara 30-50 kali per menit, dihitung ketika bayi dalam posisi tenang dan tidak ada tanda-tanda distress pernapasan. Bayi baru lahir memiliki frekuensi denyut jantung 110-160 denyut per menit dengan rata-rata kira-kira 130 denyut per menit. Angka normal pada pengukuran suhu bayi secara *aksila* adalah 36,5-37,5° C (Johnson dan Taylor, 2005).

c) *Antropometri* : Kisaran berat badan bayi baru lahir adalah 2500-4000 gram, panjang badan sekitar 48-52 cm, lingkar kepala sekitar 32-37 cm, kira-kira 2 cm lebih besar dari lingkar dada (30-35 cm) (Ladewig, London dan Olds, 2005). Bayi biasanya mengalami penurunan berat badan dalam beberapa hari pertama yang harus kembali normal pada hari ke-10. Sebaiknya bayi dilakukan penimbangan pada hari ke-3 atau ke-4 dan hari ke-10 untuk memastikan berat badan lahir telah kembali (Johnson dan Taylor, 2005).

d) *Apgar Score*: Skor Apgar merupakan alat untuk mengkaji kondisi bayi sesaat setelah lahir dalam hubungannya dengan 5 variabel. Penilaian ini dilakukan pada menit pertama, menit ke-5 dan menit ke-10. Nilai 7-10 pada menit pertama menunjukkan bahwa bayi berada dalam keadaan baik (Johnson dan Taylor, 2005).

2) Pemeriksaan Fisik Khusus

a) Kulit: Seluruh tubuh bayi harus tampak merah muda, mengindikasikan *perfusi perifer* yang baik. Bila bayi berpigmen gelap, tanda-tanda *perfusi perifer* baik dapat dikaji dengan mengobservasi *membran* mukosa, telapak tangan dan kaki. Bila bayi tampak pucat atau *sianosis* dengan atau tanpa tanda-tanda *distress* pernapasan harus segera dilaporkan

pada dokter anak karena dapat mengindikasikan adanya penyakit. Selain itu, kulit bayi juga harus bersih dari ruam, bercak, memar, tanda- tanda infeksi dan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).

b) Kepala: Fontanel anterior harus teraba datar. Bila cembung, dapat terjadi akibat peningkatan tekanan intracranial sedangkan fontanel yang cekung dapat mengindikasikan adanya dehidrasi. Moulding harus sudah menghilang dalam 24 jam kelahiran. Sefalhematoma pertama kali muncul pada 12 sampai 36 jam setelah kelahiran dan cenderung semakin besar ukurannya, diperlukan waktu sampai 6 minggu untuk dapat hilang. Adanya memar atau trauma sejak lahir harus diperiksa untuk memastikan bahwa proses penyembuhan sedang terjadi dan tidak ada tanda-tanda infeksi (Johnson dan Taylor, 2005).

c) Mata: Inspeksi pada mata bertujuan untuk memastikan bahwa keduanya bersih tanpa tanda-tanda rabas. Jika terdapat rabas, mata harus dibersihkan dan usapannya dapat dilakukan jika diindikasikan (Johnson dan Taylor, 2005).

d) Telinga: Periksa telinga untuk memastikan jumlah, bentuk dan posisinya. Telinga bayi cukup bulan harus memiliki tulang rawan yang cukup agar dapat kembali ke posisi semulai ketika digerakkan ke depan secara perlahan. Daun telinga harus berbentuk sempurna dengan lengkungan-lengkungan yang jelas pada bagian atas. Posisi telinga diperiksa dengan penarikan khayal dari bagian luar kantung mata secara horizontal ke belakang ke arah telinga. Ujung atas daun telinga harus terletak di atas garis ini. Letak yang lebih rendah dapat berkaitan dengan abnormalitas kromosom, seperti Trisomi 21. Lubang telinga harus diperiksa kepatenannya. Adanya kulit tambahan atau aurikel juga harus dicatat dan dapat berhubungan dengan abnormalitas ginjal (Johnson dan Taylor, 2005).

e) Hidung: Tidak ada kelainan bawaan atau cacat lahir.
f) Mulut: Pemeriksaan pada mulut memerlukan pencahayaan yang baik dan harus terlihat bersih, lembab dan tidak ada kelainan seperti palatoskisis maupun labiopalatoskisis (Bibir sumbing) (Johnson dan Taylor, 2005).
g) Leher: Bayi biasanya berleher pendek, yang harus diperiksa adalah kesimetrisannya. Perabaan pada leher bayi perlu dilakukan untuk mendeteksi adanya pembengkakan, seperti kista higroma dan tumor sternomastoid. Bayi harus dapat menggerakkan kepalanya ke kiri dan ke kanan. Adanya pembentukan selaput kulit mengindikasikan adanya abnormalitas kromosom, seperti sindrom Turner dan adanya lipatan kulit yang berlebihan di bagian belakang leher mengindikasikan kemungkinan adanya Trisomo 21 (Johnson dan Taylor, 2005).
h) Klavikula: Perabaan pada semua klavikula bayi bertujuan untuk memastikan keutuhannya, terutama pada presentasi bokong atau distosia bahu, karena keduanya berisiko menyebabkan fraktur klavikula, yang menyebabkan hanya mampu sedikit bergerak atau bahkan tidak bergerak sama sekali (Johnson dan Taylor, 2005).
i) Dada: Tidak ada retraksi dinding dada bawah yang dalam (WHO, 2013).
j) Umbilikus: Tali pusat dan umbilikus harus diperiksa setiap hari untuk mendeteksi adanya perdarahan tali pusat, tanda-tanda pelepasan dan infeksi. Biasanya tali pusat lepas dalam 5-16 hari. Potongan kecil tali pusat dapat tertinggal di umbilikus sehingga harus diperiksa setiap hari. Tanda awal terjadinya infeksi di sekitar umbilikus dapat diketahui dengan adanya kemerahan disekitar umbilikus, tali pusat berbau busuk dan menjadi lengket (Johnson dan Taylor, 2005).
k) Ekstremitas: Bertujuan untuk mengkaji kesimetrisan, ukuran, bentuk dan posturnya.

Panjang kedua kaki juga harus dilakukan dengan meluruskan keduanya. Posisi kaki dalam kaitannya dengan tungkai juga harus diperiksa untuk mengkaji adanya kelainan posisi, seperti deformitas anatomi yang menyebabkan tungkai berputar ke dalam, ke luar, ke atas atau ke bawah. Jumlah jari kaki dan tangan harus lengkap. Bila bayi aktif, keempat ekstremitas harus dapat bergerak bebas, kurangnya gerakan dapat berkaitan dengan trauma (Johnson dan Taylor, 2005).

l) Punggung: Tanda-tanda abnormalitas pada bagian punggung yaitu spina bifida, adanya pembengkakan, dan lesung atau bercak kecil berambut (Johnson dan Taylor, 2005).

m) Genetalia: Pada perempuan vagina berlubang, uretra berlubang dan labia minora telah menutupi labia mayora. Sedangkan pada laki-laki, testis berada dalam skrotum dan penis berlubang pada ujungnya (Saifuddin, 2006).

n) Anus: Secara perlahan membuka lipatan bokong lalu memastikan tidak ada lesung atau sinus dan memiliki sfingter ani (Johnson dan Taylor, 2005).

o) Eliminasi: Keluarnya urine dan mekonium harus dicatat karena merupakan indikasi kepatenan ginjal dan saluran gastrointestinal bagian bawah (Johnson dan Taylor, 2005).

3) Pemeriksaan Refleks

a) *Morro*: Respon bayi baru lahir akan menghentakkan tangan dan kaki lurus ke arah luar sedangkan lutut *fleksi* kemudian tangan akan kembali ke arah dada seperti posisi dalam pelukan, jari-jari nampak terpisah membentuk huruf C dan bayi mungkin menangis (Ladewig, dkk., 2005). Refleks ini akan menghilang pada umur 3-4 bulan. Refleks yang menetap lebih dari 4 bulan menunjukkan adanya kerusakan otak. Refleks tidak simetris menunjukkan adanya *hemiparises*, *fraktur klavikula* atau cedera *fleksus brakhialis*. Sedangkan tidak adanya respons pada ekstremitas bawah

menunjukkan adanya dislokasi pinggul atau cidera *medulla spinalis* (Hidayat dan Uliyah, 2005).

b) *Rooting*: Setuhan pada pipi atau bibir menyebabkan kepala menoleh ke arah sentuhan (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan, tetapi bisa menetap sampai umur 12 bulan khususnya selama tidur. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya gangguan neurologi berat (Hidayat dan Uliyah, 2008).

c) *Sucking*: Bayi menghisap dengan kuat dalam berenspons terhadap stimulasi. Refleks ini menetap selama masa bayi dan mungkin terjadi selama tidur tanpa stimulasi. Refleks yang lemah atau tidak ada menunjukkan kelambatan perkembangan atau keaadaan neurologi yang abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).

d) *Grasping*: Respons bayi terhadap stimulasi pada telapak tangan bayi dengan sebuah objek atau jari pemeriksa akan menggenggam (Jari-jari bayi melengkung) dan memegang objek tersebut dengan erat (Ladewig, dkk, 2005). Refleks ini menghilang pada 3-4 bulan. Fleksi yang tidak simetris menunjukkan adanya paralisis. Refleks menggenggam yang menetap menunjukkan gangguan serebral (Hidayat dan Uliyah, 2008).

e) *Startle*: Bayi meng-*ekstensi* dan mem-*fleksi* lengan dalam merespons suara yang keras, tangan tetap rapat dan refleks ini akan menghilang setelah umur 4 bulan. Tidak adanya respons menunjukkan adanya gangguan pendengaran (Hidayat dan Uliyah, 2005).

f) *Tonic Neck*: Bayi melakukan perubahan posisi bila kepala diputar ke satu sisi, lengan dan tungkai ekstensi ke arah sisi putaran kepala dan fleksi pada sisi yang berlawanan. Normalnya refleks ini tidak terjadi pada setiap kali kepala diputar. Tampak kira-kira pada umur 2 bulan dan menghilang pada umur 6 bulan (Hidayat dan Uliyah, 2008).

g) *Neck Righting*: Bila bayi terlentang, bahu dan badan kemudian *pelvis* berotasi ke arah dimana bayi diputar. Respons ini dijumpai selama 10 bulan pertama. Tidak adanya refleks atau refleks menetap lebih dari 10 bulan menunjukkan adanya gangguan sistem saraf pusat (Hidayat dan Uliyah, 2008).
h) Babinski: Jari kaki mengembang dan ibu jari kaki dorsofleksi, dijumlah sampai umur 2 tahun. Bila pengembangan jari kaki *dorsofleksi* setelah umur 2 tahun menunjukkan adanya tanda lesi *ekstrapiramidal* (Hidayat dan Uliyah, 2008).
i) Merangkak: Bayi membuat gerakan merangkak dengan lengan dan kaki bila diletakkan pada abdomen. Bila gerakan tidak simetris menunjukkan adanya abnormalitas neurologi (Hidayat dan Uliyah, 2008).
j) Menari atau melangkah: Kaki bayi akan bergerak ke atas dan ke bawah bila sedikit disentuhkan ke permukaan keras. Hal ini dijumpai pada 4-8 minggu pertama kehidupan. Refleks menetap melebihi 4-8 minggu menunjukkan keadaan abnormal (Hidayat dan Uliyah, 2008).
k) *Ekstruasi*: Lidah *ekstensi* ke arah luar bila disentuh dan dijumpai pada umur 4 bulan. *Esktensi* lidah yang persisten menunjukkan adanya sindrom Down (Hidayat dan Uliyah, 2008).
l) Galant's: Punggung bergerak ke arah samping bila distimulasi dan dijumpai pada 4- 8 minggu pertama. Tidak adanya refleks menunjukkan adanya lesi *medulla spinalis transversa* (Hidayat dan Uliyah, 2008).

2. Perumusan Diagnosa dan atau Masalah Kebidanan

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

3. Perencanaan

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

4. Pelaksanaan

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

5. Evaluasi

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

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

6. Dokumentasi

Pencatatan atau pendokumentasian dilakukan secara lengkap, akurat, singkat dan jelas mengenai keadaan atau kejadian yang ditemukan dan dilakukan dalam memberikan

asuhan kebidanan pada formulir yang tersedia dan ditulis dalam bentuk SOAP.

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

DISKUSI KELOMPOK

Setelah mempelajari materi diatas diharapkan setiap mahasiswa membuat kelompok diskusi membahas pendokumentasi kebidanan pada kasus kehamilan normal, bersalin normal, nifas normal, bayi baru lahir, neonatus, bayi dan balita, kespro, KB, komunitas, hamil patologi, bersalin patologi, nifas patologi lalu di presentasikan di depan kelas untuk dibahas secara bersama.

TES FORMATIF KEGIATAN BELAJAR PRAKTIKUM DOKUMENTASI KEBIDANAN

1. Langkah terakhir dari manajemen Varney adalah …..
   A. Pengumpulan data dasar
   B. Merencanakan asuhan yang menyeluruh
   C. Melaksanakan perencanaan
   D. Langkah evaluasi
   E. Dokumentasi

2. Langkah terakhir dari standar asuhan kebidanan berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 938/Menkes/SK/VII/2007 adalah…
   A. Subyektif
   B. Obyektif

C. Analisis
D. Penatalaksanaan
E. Pelaksanaan

3. Analisa dalam manajemen SOAP, merupakan langkah yang ke….
   A. Pertama
   B. Kedua
   C. Ketiga
   D. Ke empat
   E. Ke lima

4. Data hasil pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang merupakan langkah SOAP yang mana?
   A. Subyektif
   B. Obyektif
   C. Analisis
   D. Penatalaksanaan
   E. Pelaksanaan

5. Dokumentasi kebidanan atau pencatatan asuhan kebidanan dalam Kepmenkes No. 938/Menkes/SK/VII/2007 adalah dalam ….
   A. Standar II
   B. Standar III
   C. Standar IV
   D. Standar V
   E. Standar VI

6. Dalam memberikan asuhan kebidanan metode manajemen kebidanan 5 langkah, langkah yang ke 4 adalah ….
   A. Perencanaan
   B. Pelaksanaan
   C. Penatalaksanaan
   D. Frekuensi
   E. Analisa data

7. Data obyektif ibu hamil sebagai tanda pasti kehamilan adalah…
   A. Keluhan mual muntah

B. jantung janin
C. Merasa pusing
D. Takut Tidak menstruasi
E. Terdengar bunyi

8. Pengetahuan ibu bersalin tentang tanda-tanda persalinan, dimasukkan dalam data…
   A. Subyektif
   B. Obyektif
   C. Analisis
   D. Penatalaksanaan
   E. Evaluasi

9. Adanya keluhan nipple lecet, dimasukkan dalam data ibu nifas pada bagian…
   A. Subyektif
   B. Obyektif
   C. Analisis
   D. Penatalaksanaan
   E. Evaluasi

10. Seorang perempuan dengan KB suntik 3 bulanan tanda-tanda vital normal dimasukkan dalam……
    A. Subyektif
    B. Obyektif
    C. Analisis
    D. Penatalaksanaan
    E. Evaluasi

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

E. Observasi nadi 1 jam lagi

12. Seorang perempuan berumur 26 tahun dating ke tempat praktik mandiri Bidan pada jam 07.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan pertama, mules sejak 04.00 WIB, TFU 30 cm, preskep, Hodge III, his 3x/10 menit, DJJ 134 x/mnt, pembukaan 7 cm. Berapakah tafsiran berat janin pada kasus di atas?
    A. 2325 gram
    B. 2480 gram
    C. 2635 gram
    D. 2790 gram
    E. 2945 gram

13. Seorang perempuan berumur 23 tahun dating ke tempat bidan praktik mandiri pada jam 02.00 WIB. Dari hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan ke 2, anak pertama berumur 4 tahun, mules sejak 24.00, TFU 28 cm, preskep, his 4x/10 menit, DJJ 130 x/mnt, pembukaan 8 cm, ketuban pecah 2 jam warna jernih, sutura merapat. Jam berapakah perkiraan kala II pada kasus tersebut?
    A. 03.00 WIB
    B. 04.00 WIB
    C. 05.00 WIB
    D. 06.00 WIB
    E. 07.00 WIB

14. Seorang perempuan berumur 20 tahun dating ke tempat praktik mandiri bidan pada jam 11.00 WIB. Dri hasil pengkajian didapatkan data: ini kehamilan pertama, mules sejak 24.00 WIB, TFU 28 cm, preskep, his 4x/10 menit, DJJ 130x/mnt, pembukaan 8 cm, ketuban pecah jam 2 warna jernih, sutura merapat. Apakah symbol moulage/penyusupan sutura pada kasus tersebut?
    A. 0 B. 1 C. 2 D. 3 E. 4

15. Seorang perempuan usia 25 tahun hamil untuk pertama kali dating ke BPM untuk kunjungan ulang kehamilan. Sekarang usia kehamilan 28 minggu dengan hasil pemeriksaan TTV normal, kondisi kehamilan sesuai untuk usia kehamilan tersebut dan janin normal. Setelah dilakukan pengkajian, disusun diagnose dan rencana tindakan serta melaksanakan asuhan kebidanan, maka bidan melakukan pendokumentasian asuhan. Termasuk standar berapakah catatan/dokumen asuhan kebidanan yang harus dibuat setelah memberikan asuhan yang dilakukan bidan pada kasus di atas?
    A. Standart 1/II C. Standart IV
    B. Standart III D. Standart V
    E. Standart VI

16. Seorang perempuan usia 27 tahun terlambat haid 1 bulan mengeluh mual, muntah terutama pagi hari, mamae terasa tegang, periksa ke Bidan A setelah diperiksa dinyatakan PP test +, bidan A dalam melakukan intervensi sesuai dengan indikasi proses yang normal
    A. Kelahiran adalh suatu proses yang normal
    B. Tidak membahayakan
    C. Tanggung jawab
    D. D. Pemberdayaan
    E. E. Otonomi

17. Seorang bidan berperan sebagai bidan pelaksana melakukan tugas mandiri saat memberi, memeriksa seorang ibu hamil ke 2. Apakah yang dilakukan bidan pada ibu hamil tersebut?
    A. Mengkaji, mendiagnosa, merencanakan, melaksanakan dan mengevaluasi, membuat catatan dan pelaporan
    B. Mengembangkan pelayanan dasar kesehatan dan mendokumentasikan seluruh kegiatan yang dilakukan
    C. Memberi asuhan kebidanan pada ibu hamil dengan resiko tinggi
    D. Memberi pendidikan dan penyuluhan kesehatan ibu Ani
    E. Melakukan penelitian terapan dalam bidang kesehatan

18. Seorang bidan dmemberi asuhan kehamilan meliputi asuhan kehamilan normal dan identifikasi kehamilan, untuk deteksi dini resiko dan komplikasi bidan tersebut melakukan perannya sesuai dengan apa?
    A. Lingkup asuhan
    B. Asuhan kebidanan
    C. Langkah-langkah asuhan
    D. Manajemen asuhan kebidanan
    E. Ruang lingkup asuhan kebidanan

19. Ny. Ani datang ke RS membawa bayinya yang berusia 4 hari, hasil pemeriksaan dan wawancara didapatkan data bayi menyusu ASI, bayi cukup bulan, mata dan kulit tubuh terlihat agak kuning, kadar bilirubin indireks 13 mg%.
    Apakah yang harus dilakukan bidan pada kasus diatas?
    A. Pemberian ASI on demand

B. Pemenuhan kebutuhan cairan
C. Pemenuhan kebutuhan oksigen
D. Pemenuhan kebutuhan istirahat
E. Pemenuhan kebutuhan sinar matahari

20. Bayi baru lahir dengan umur kehamilan 38 minggu di BPS, BB lahir 2700 gram, dan reflex menghisap lemah.
Apakah yang harus dilakukan bidan pada kasus diatas?
A. HE cara meneteki
B. HE metode kanguru
C. HE penambahan susu formula
D. HE kebutuhan istirahat
E. Rujuk ke Rumah Sakit

Kunci Jawaban

1. 21.D
2. 22.D
3. 23.C
4. 24.B
5. 25.E
6. 26.B
7. 27.E
8. 28.B
9. 29.A
10. 30.B
11. D
12. E
13. A
14. B
15. E
16. E
17. A
18. D
19. E
20. A