



DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN



FATHIYATUR ROHMAH



-
- MENGAPA BIDAN PERLU MELAKUKAN PENDOKUMENTASIAN?
 - APA YANG MENJADI DASAR BIDAN HARUS MELAKUKAN PENDOKUMENTASIAN?





PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN YANG TERKAIT DENGAN PENERAPAN STANDAR ASUHAN KEBIDANAN

1. UU No 8 /1999 tentang Perlindungan Konsumen (UUPK)
2. UU No. 14 /2008 tentang Keterbukaan Informasi Publik
3. UU No. 36 / 2009 tentang Kesehatan
4. UU No. 25 /2009 tentang Pelayanan Publik
5. UU No. 44 /2009 tentang Rumah Sakit
6. PP No. 32 /1996 tentang Tenaga Kesehatan
7. Kepmenpan No. 1/2008 tentang Jabatan Fungsional Bidan
8. Permenkes No. 369/ 2007 tentang Standar Profesi Bidan
9. Permenkes No. 938/ 2007 tentang Standar Asuhan Kebidanan
10. Permenkes No. 1464/2010 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Bidan
11. Kepmenkes No. 1796/2010 tentang Registrasi Tenaga Kesehatan

Contoh...

Laporan Harian Kegiatan Jabatan Fungsional Bidan

LAPORAN HARIAN KEGIATAN JABATAN FUNGSIONAL BIDAN TRAMPIL
BULAN JUNI 2015.....

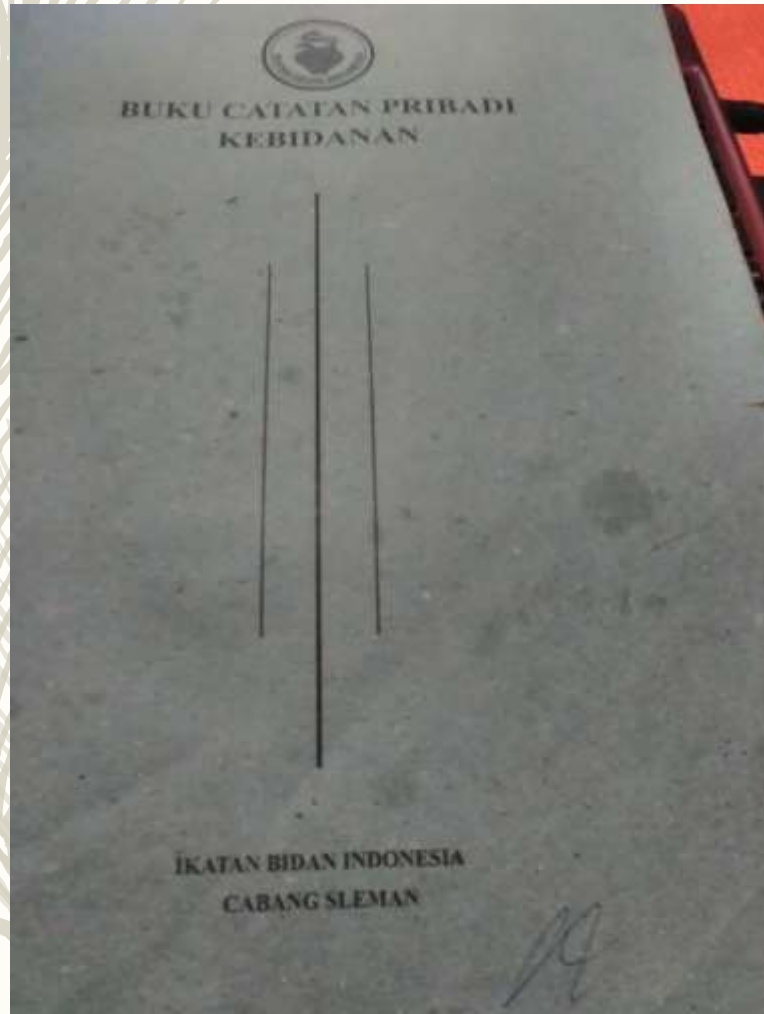
UNIT ORGANISASI
KABUPATEN
PROPINSI

PELAKSANA	JUMLAH PRESTASI KERJA HARIAN																									
	TANGGAL																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Semua jenjang																										
S. jenjang																										
S. jenjang																										
S. jenjang																										

Contoh Pengisian

a. Tanpa masalah	pelaksana				
b. Bermasalah	penyelia	8	1	1	
2. Kasus patologis Kegawatdaruratan kebidanan	p. pemula				
	pelaksana				
	P. lanjutan				
	penyelia	1	1	1	
K. Dokumentasi pada asuhan kebidanan Melakukan dokumentasi pada asuhan kebidanan:					
	1. Kasus fisiologis	pelaksana	8	1	1
		penyelia			
	b. Bermasalah	p. pemula			
		pelaksana			
	2. Kasus patologis kegawatdaruratan kebidanan	P. lanjutan			
		penyelia			

Contoh



TGL.	NO. CM	DATA	DX. KEBIDANAN	TINJAUAN
14/15 /9	4201 P.	DS. pasien mengeluh kenyang? $L_0 \oplus$ CIK 39^{+5} mg no. ku baik $110/70$ Tfcr 80 cm preskip $0.11 \oplus$ lyr x/mt puka. kepala sudah ma sik pap. UT \emptyset 8 cm HB sul ket \oplus HB $129/8$	GI P I A 0 UK 39^{+5} mg. mpartu kala I Fase AKIF.	- persiapkan - melakukan Kebidanan - membua Askeb - mi lak rasi wat - mila perso dan - me pers
14/15	P	DS. pasien mela sa ingin munge dan no. ku baik $110/70$	GI P I A 0 kalat II normal.	- mi per



Pendokumentasian penting?

-
- Menciptakan **catatan permanen** tentang asuhan yang diberikan kepada pasien.
 - Memungkinkan **berbagi informasi** diantara para pemberi asuhan.
 - Memfasilitasi pemberian asuhan yang **berkesinambungan**.
 - Memungkinkan **pengevaluasian dari asuhan** yang diberikan.
 - Memberikan **data** untuk catatan nasional, riset dan statistik mortalitas/morbiditas.
 - Meningkatkan **pemberian asuhan** yang lebih aman, dan bermutu tinggi kepada klien.

Contoh

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal:

Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal:

Lingkar Lengan Atas: cm; KEK (), Non KEK () Tinggi Badan: cm

Golongan Darah:

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini:

Riwayat Penyakit yang diderita ibu:

Riwayat Alergi:

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung janin/ Ment
		/					
		/					

Hamil ke Jumlah persalinan Jumlah keguguran G P A

Jumlah anak hidup Jumlah lahir mati

Jumlah anak lahir kurang bulan anak

Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir

Status imunisasi Imunisasi TT terakhir [bulan/tahun]

Penolong persalinan terakhir

Cara persalinan terakhir¹⁾ : [] Spontan/Normal [] Tindakan

¹⁾ Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai


Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+					
-/+					


Mengapa Catatan SOAP dipakai untuk pendokumentasian Asuhan Kebidanan?



- Pendokumentasian metoda SOAP merupakan tehnik informasi yang sistematis yang mengorganisir penemuan dan kesimpulan menjadi suatu rencana asuhan.
- Metoda ini penyaring inti sari dari Proses Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan menjadi suatu pendokumentasian asuhan yang singkat dan jelas.
- SOAP merupakan urutan-urutan yang dapat membantu anda dalam mengorganisir pikiran anda dalam memberikan asuhan yang menyeluruh.

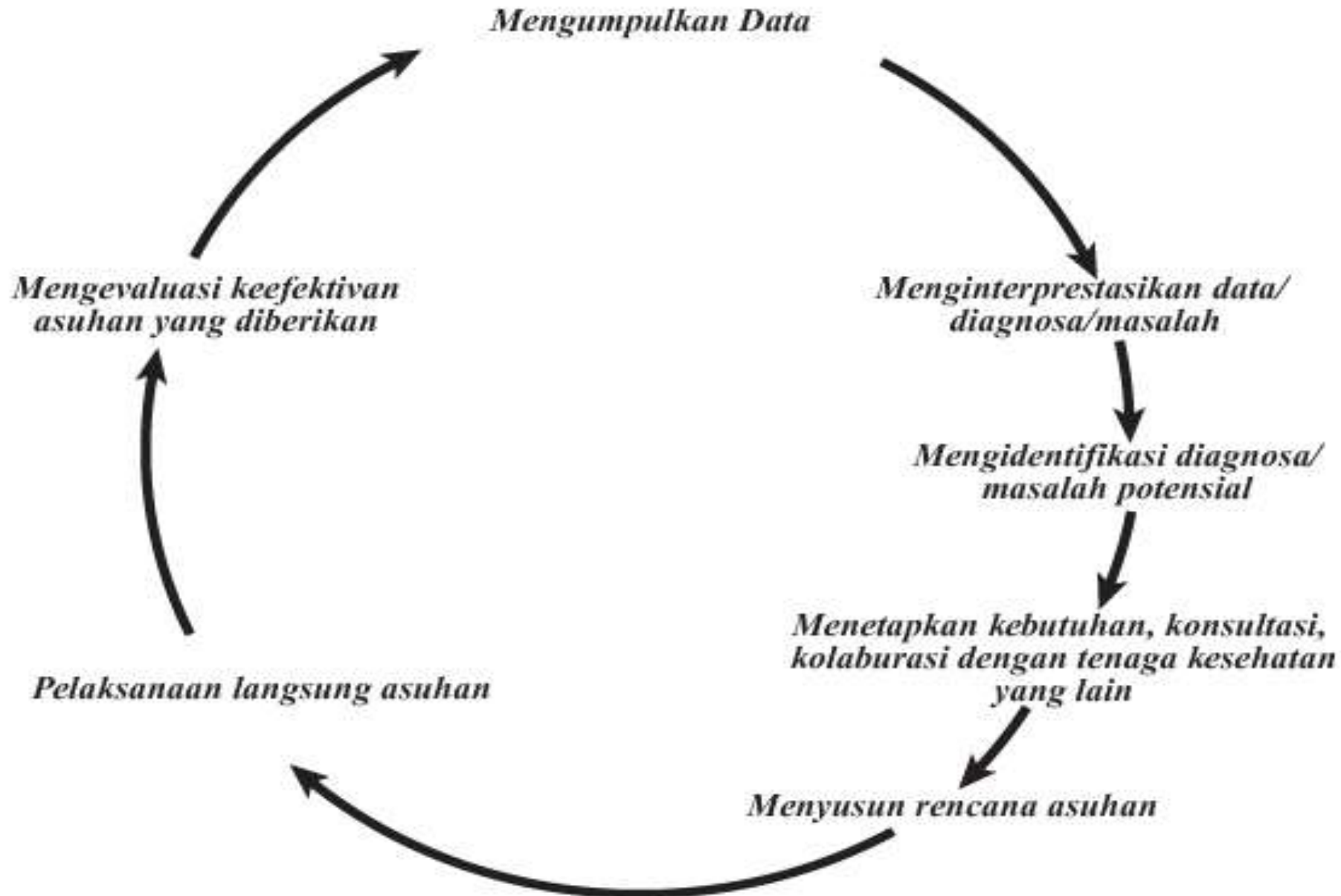
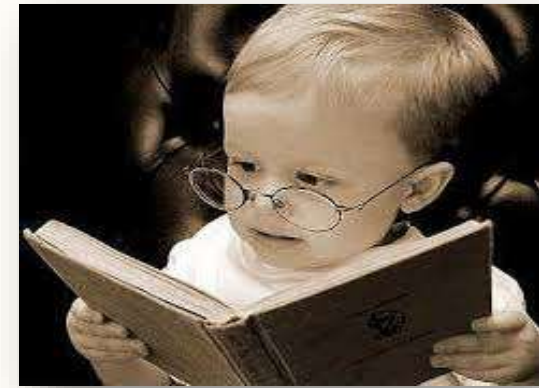






Bagaimana proses
penatalaksanaan asuhan
kebidanan?

Proses Penatalaksanaan Asuhan Kebidanan





STANDAR ASUHAN KEBIDANAN KEPMENKES NO : 938/MENKES/SK/VIII/2007

Acuan dalam proses pengambilan keputusan dan tindakan yang dilakukan oleh bidan sesuai dengan wewenang dan ruang lingkup praktiknya berdasarkan ilmu dan kiat kebidanan, mulai dari **pengkajian**, **perumusan diagnosa** dan atau masalah kebidanan, **perencanaan**, **implementasi**, **evaluasi** dan **pencatatan** asuhan kebidanan.



TUJUAN

1. Acuan dan landasan dalam melaksanakan tindakan/kegiatan dalam lingkup tanggung jawab bidan.
2. Mendukung terlaksananya Asuhan Kebidanan berkualitas
3. Parameter tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan
4. Perlindungan hukum bagi Bidan dan Klien/Pasien

RUANG LINGKUP

1. Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil
2. Asuhan Kebidanan pada ibu bersalin
3. Asuhan Kebidanan pada ibu nifas dan masa antara
4. Asuhan pada bayi
5. Asuhan pada anak balita sehat
6. Asuhan pada masa reproduksi



Tes fokus



STANDAR I : PENGKAJIAN

▶ **Pernyataan Standar**

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

▶ **Kriteria Pengkajian :**

1. Data tepat, akurat dan lengkap
2. Terdiri dari Data Subjektif (hasil Anamnesa; biodata, keluhan utama, riwayat obstetri, riwayat kesehatan dan latar belakang sosial budaya)
3. Data Objektif (hasil Pemeriksaan fisik, psikologis dan pemeriksaan penunjang)

STANDAR II

PERUMUSAN DIAGNOSA DAN ATAU MASALAH KEBIDANAN

▶ **Pernyataan standar**

Bidan menganalisa data yang diperoleh pada pengkajian, menginterpretasikannya secara akurat dan logis untuk menegakan diagnosa dan masalah kebidanan yang tepat

▶ **Kriteria Perumusan Diagnosa & masalah kebidanan :**

1. Diagnosa sesuai dengan nomenklatur Kebidanan
2. Masalah dirumuskan sesuai dengan kondisi klien
3. Dapat diselesaikan dengan Asuhan Kebidanan , baik secara mandiri, kolaborasi, dan rujukan.

STANDAR III : PERENCANAAN

► Pernyataan Standar

Bidan merencanakan asuhan kebidanan berdasarkan diagnosa dan masalah yang ditegakkan.

► Kriteria Perencanaan

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

STANDAR IV : IMPLEMENTASI

– **Pernyataan standar**

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

STANDAR IV : IMPLEMENTASI

☉ Kriteria:

1. Memperhatikan keunikan klien sebagai makhluk bio-psiko-sosial-spiritual-kultural
2. Setiap tindakan asuhan harus mendapatkan persetujuan dari klien dan atau keluarganya (*informed consent*)
3. Melaksanakan tindakan asuhan berdasarkan evidence based
4. Melibatkan klien/pasien dalam setiap tindakan
5. Menjaga privacy klien/ pasien
6. Melaksanakan prinsip pencegahan infeksi
7. Mengikuti perkembangan kondisi klien secara berkesinambungan
8. Menggunakan sumber daya, sarana dan fasilitas yang ada dan sesuai
9. Melakukan tindakan sesuai standar
10. Mencatat semua tindakan yang telah dilakukan

STANDAR V : EVALUASI

► **Pernyataan standar**

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

► **Kriteria Evaluasi:**

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



STANDAR VI : PENCATATAN ASUHAN KEBIDANAN

– **Pernyataan standar**

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

STANDAR VI : PENCATATAN ASUHAN KEBIDANAN

– Kriteria Pencatatan Asuhan Kebidanan

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

Karakteristik

VARNEY	Standar Asuhan Kebidanan	DOKUMENTASI
Pengkajian	Pengkajian	S : Subyektif data O : Obyektif data
Perumusan Diagnosa dan Masalah	Diagnosa	A : Analisa → Diagnosa/masalah
Antisipasi diagnosa potensial		
Tindakan segera		
Perencanaan Komprehensif	Perencanaan	P : Penatalaksanaan
Intervensi	Implementasi	
Evaluasi	Evaluasi	
	Pencatatan Asuhan Kebidanan	

Contoh Dokumentasi Asuhan Kebidanan Pada NEONATUS

Identitas

ISTRI

- RM : 1298918
- Reg. 211.03.160036
- Nama : Ny. S
- Umur : 28 th
- Agama : Islam
- Pekerjaan : Karyawan
- Alamat : Jl. Mataram RT 004/12
Yogyakarta

SUAMI

- : Tn. W
- : 33 th
- : Islam
- : Wiraswasta
- : Jl. Mataram Rt. Yk



Tgl 03 Juni jam 2022 j: 10.00

S : Ibu mengucapka Alhamdulillah begitu melahirkan bayinya,
Ibu merasa senang bisa langsung menyusui.

O : Placenta baru saja lahir, kontraksi keras, ibu merasa ada mules
Puting susu payudara kanan menonjol, berhasil IMD

A :

P :

Jam Melakukan..

(Paraf)

Jam Memfasilitasi persiapan alat dan pasien, ibu dalam keadaan nyaman
Melakukan tindakan....

(Paraf)

Jam Melakukan

(paraf)

Jam Melakukan perawatan

(Paraf)

KESIMPULAN

- Standar ini dapat digunakan sebagai parameter dalam melakukan penilaian tingkat kualitas dan keberhasilan asuhan yang diberikan bidan.
- Untuk keberhasilan penerapan Stándar Asuhan Kebidanan ini, diperlukan adanya dukungan kebijakan dari berbagai pihak dan Komitmen bidan di pelayanan.



PRINSIP DOKUMENTASI

- Akurat
- Objektif
- Dapat di pertanggung – jawabkan
- Kerahasiaan dijamin
- Legal dan Profesional

AKURAT

- Tulis dengan tinta hitam
- Dalam bahasa yang jelas hindari menggunakan jargon dan gunakan singkatan yang umum
- Hindari singkatan yang salah.
- Semua dokumen harus jelas memiliki identitas Pasien, tgl, jam dan siapa yang memasukkan data
- Semua dokumen harus dibuat sesuai dengan kronologis
- Memasukkan ungkapan pasien
- Tidak boleh membatalkan tulisan dengan menghapus atau tipp-ex
- Perbaiki kata yang salah dengan mencoret kata yang salah dan tulis kata yang benar


OBJEKTIF



- Tulis secara obyektif , hindari ungkapan yang bersifat judgement tulis ungkapan subyektif
- Informasi akan lebih bermanfaat bila memiliki pemikiran profesional dan mendokumentasikan apa yang dikatakan klien.



DAPAT DIPERTANGGUNGJAWABKAN

- 
- **Bidan bertanggung jawab terhadap aktivitas profesionalnya**
 - **Bidan hanya memberikan informasi bila benar – benar diperlukan**
 - **Bidan bertanggungjawab tentang apa yang diinformasikannya**

KERAHASIAAN DIJAMIN



Semua informasi tentang pasien adalah rahasia dan harus disimpan dengan memperhatikan kerahasiaan, aman dari kehancuran atau pengrusakan, penghilangan atau kehilangan.

Pengaruh Legal dan professional sebuah Dokumentasi

- Dokumentasi yang lengkap dan menyeluruh sangat penting dalam asuhan
- Selalu persiapkan dokumen dalam bentuk yang dapat dipertanggungjawabkan (legal) sehingga dapat digunakan setiap saat dan tidak dapat diubah.
- Dokumentasi bidan bisa saja menjadi dokumentasi negara



Contoh



Bidan, dokter dan tenaga kesehatan mengingatkan keluarga untuk segera mengurus AKTE KELAHIRAN.

Syarat mengurus akte kelahiran; (1) Surat Kelahiran dari dokter/bidan/penolong kelahiran (2) nama dan identitas saksi kelahiran, (3) KK orang tua, (4) KTP orang tua, (5) Kutipan Akta Nikah/Akta Perkawinan orang tua.

KETERANGAN LAHIR

No :

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa;
Pada hari ini, tanggal, Pukul
telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*
Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya*
Kelahiran ke :
Berat lahir : gram
Panjang Badan : cm
di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Polindes/Rumah Bidan/di*

Alamat :
Diberi nama :

Dari Orang Tua;
Nama Ibu : Umur : tahun
Pekerjaan :
KTP/NIK No. :
Nama Ayah : Umur : tahun
Pekerjaan :
KTP/NIK No. :
Alamat :
Kecamatan :
Kab./Kota :

....., Tanggal,

Saksi I

Saksi II

Penolong persalinan

(.....) (.....) (.....)

* Lingkari yang sesuai

** Tanda tangan, nama lengkap, nomor induk pegawai, nama instansi



Dokumen dalam Peradilan

Bila tidak ada dokumentasi legal yang menyeluruh data berikut ini perlu disiapkan

Standard asuhan

Standard Operasional Prosedur



Managemen kebidanan

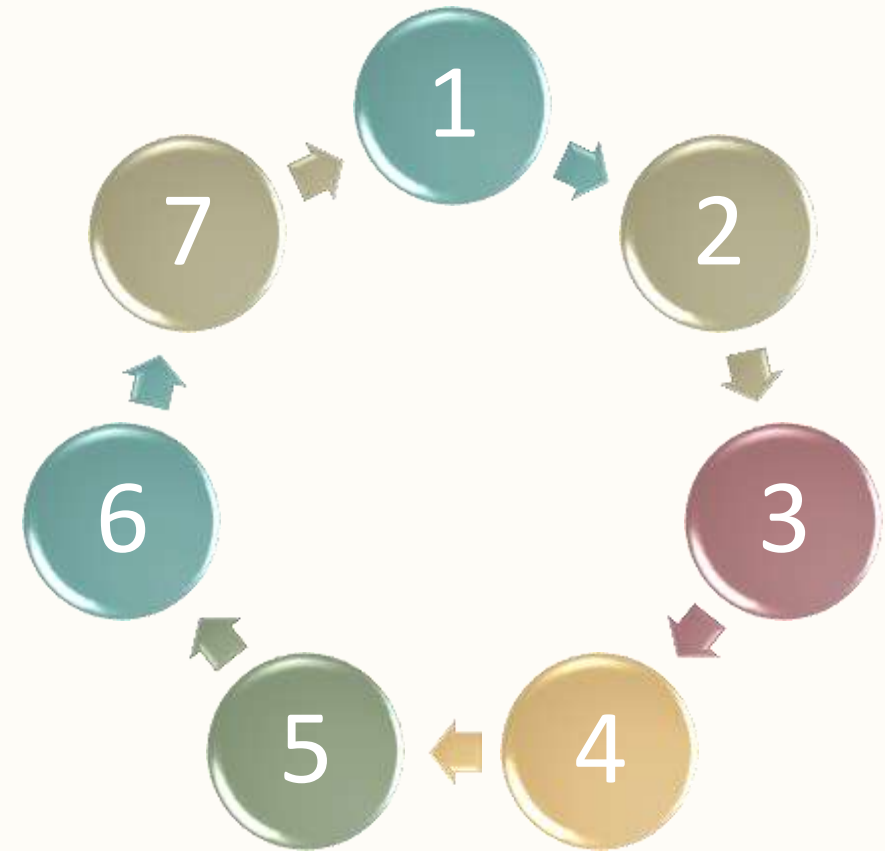
- Suatu pendekatan dan kerangka berfikir yang digunakan bidan untuk memecahkan permasalahan secara sistematis (kepmenkes 369)
- Proses pemecahan masalah yang digunakan sebagai metode mengorganisaikan pikiran dan tindakan berdasarkan teori ilmiah, evidence based, dalam tahapan yang logis untuk mengambil keputusan yang berfokus pada klien (Varney)



Sasaran manajemen kebidanan

Semua klien dalam lingkup asuhan
bidan

Proses manajemen kebidanan





1. Pengkajian data

Langkah awal dalam setiap asuhan kebidanan, yaitu dengan cara mengumpulkan data berkaitan dengan keadaan klien, yang meliputi data Subjektif dan Objektif

1. Data Subjektif → data yang didapatkan dari hasil anamnesa klien/keluarga klien/pengantar klien
2. Data objektif → data yang didapatkan hasil pemeriksaan atau lab penunjang



2. Interpretasi data dan Identifikasi diagnosis Masalah

Pada langkah ini, bidan melakukan interpretasi berdasarkan data yang didapatkan. Interpretasi berupa diagnose kebidanan (berdasarkan data subjektif dan objektif yang didapat-masalah actual/sedang terjadi/dialami ibu), tegakkan masalah berdasarkan diagnosa yang didapat.



3. Penegakan masalah potensial

Langkah ke-3 merupakan langkah penetapan masalah potensial yang didapatkan berdasarkan diagnose masalah



4. Menetapkan kebutuhan segera

Mengidentifikasi tindakan yang harus segera dilakukan untuk mengatasi masalah aktua (diagnose) sehingga masalah potensial tidak terjadi (Dapat dicegah)



5. Rencana asuhan menyeluruh

Merencanakan asuhan yang akan dilaksanakan untuk mengatasi permasalahan (diagnose) yang ditegakkan. Bentuk asuhan meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitas (Dalam batas kewenangan bidan)



6. Implementasi

Merupakan uraian pelaksanaan dari perencanaan yang dituliskan pada langkah ke-5.



7. Evaluasi

Merupakan langkah penilaian kembali akan asuhan yang direncanakan dan dilaksanakan untuk menyelesaikan masalah yang didapatkan dalam bentuk diagnose, apakah setiap langkah dapat menyelesaikan masalah dengan baik atau tidak.

Yuuuk Fokus

KUNING BIRU ORANYE

HITAM MERAH HIJAU

UNGU KUNING MERAH

ORANYE HIJAU HITAM

BIRU MERAH UNGU

HIJAU BIRU ORANYE



**Pendokumentasian
asuhan kebidanan
“SOAP”**



Pengertian

Pendokumentasian merupakan proses pencatata hasil asuhan yang dilakukan bidan sebagai suatu bukti yang dapat dipertanggunggugatkan (dijadikan dasar dalam hukum baik sebagai bukti yang membantu bidan atau pun bukti jika menunjukan suatu kesalahan/kelalaian)

Dalam kebidanan pendokumentasian asuhan yang digunakan adalah dengan metode **SOAP** yaitu **Subjektif, obejektif, Analisa dan Penatalaksanaan.**



Subjektif

Merupakan pencatatan data subjektif yang didapatkan dari hasil pengkajian data pada klien bidan sesuai karakteristik kliennya, sebagai dasar penegakan diagnose dan penentu pemeriksaan fisik yang harus dilakukan.



Objektif

Merupakan pencatatan data Objektif yang didapatkan dari hasil pemeriksaan klien, sebagai dasar penegakan diagnose dan masalah potensial yang mungkin terjadi.



Analisa

Pencataan hasil interpretasi data yang didapatkan dari hasil berfikir menggunakan manajemen varney, yang meliputi diagnose kebidanan, masalah, masalah potensial dan kebutuhan segera.



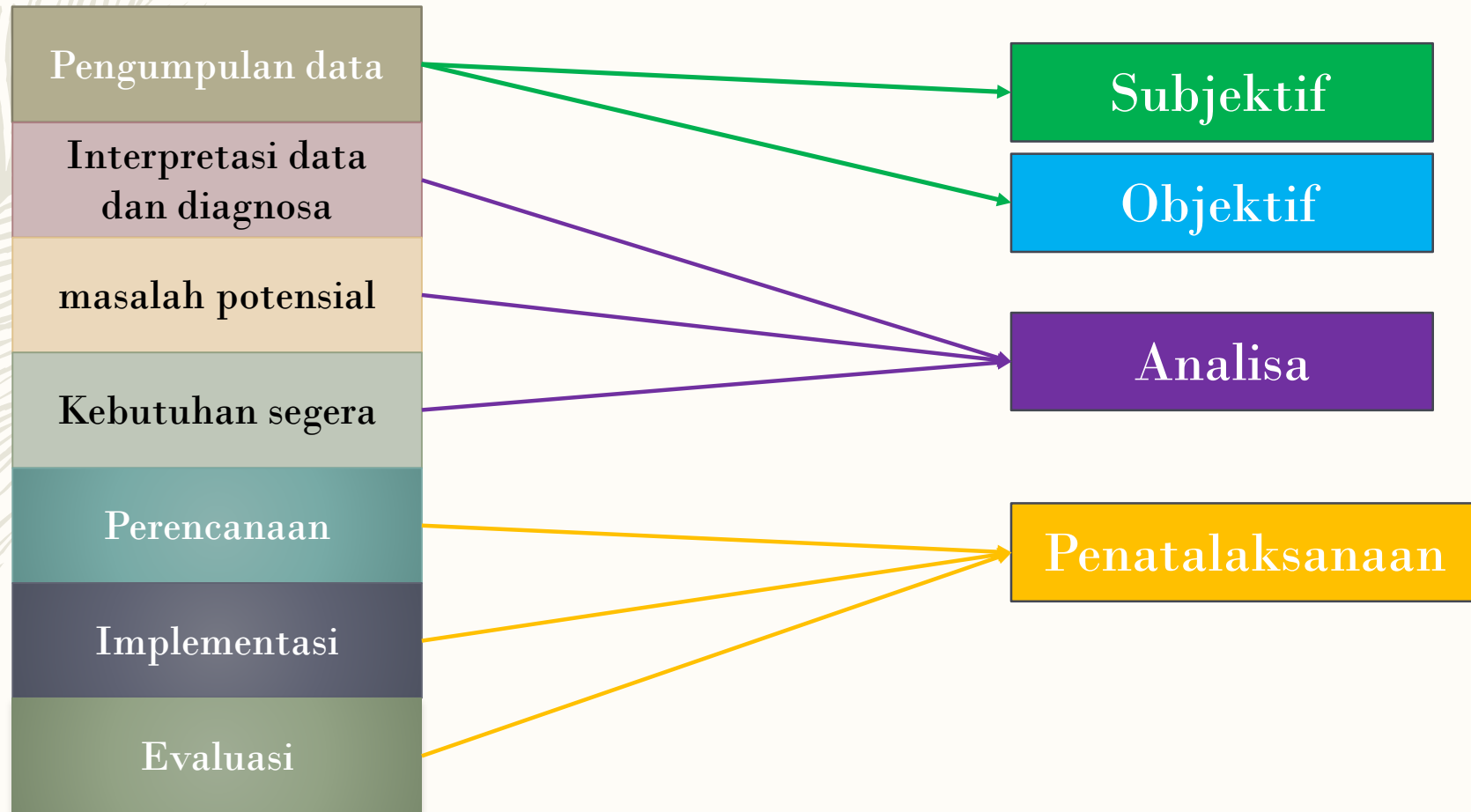
Penatalaksanaan

Pencatatan hasil perencanaan, implementasi dan evaluasi yang dilakukan bidang, dituliskan berdasarkan urutan waktu (berurutan)

Keterkaitan alur fikir Varney (managemen kebidanan) dengan pendokumentasian (SOAP)

Varney

SOAP





Perbedaan varney dan SOAP

1. Alur fikir Vs Dokumentasi
2. Tidak Berurutan Vs Berurutan Sesuai alur dilaksanakan
3. Tidak tertulis VS tertulis

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Tanggal / Pukul :
 Tempat :
 Oleh :

I. PENGKAJIAN

a. Data Subyektif

1) Biodata

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

- 2) Alasan datang :
- 3) Keluhan utama :
- 4) Riwayat menstruasi :
 - a) Menarche umur :
 - b) Siklus :
 - c) Volume :
 - d) Keluhan :
- 5) Riwayat pernikahan :
 - a) Usia menikah pertama kali :
 - b) Status pernikahan :
 - c) Pernikahan ke :
 - d) Lama pernikahan :
- 6) Riwayat kesehatan yang lalu
- 7) Riwayat kesehatan sekarang
- 8) Riwayat kesehatan keluarga
- 9) Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu :
 - a) Kehamilan :
 - b) Persalinan :
 - c) Nifas :
- 10) Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas sekarang :
 - a) Kehamilan :
 - b) Persalinan :
 - c) Nifas :
- 11) Riwayat KB dan Rencana KB :
- 12) Pola kebiasaan sehari-hari :

- a) Pola nutrisi :
- b) Pola eliminasi :
- c) Personal hygiene :
- d) Pola aktivitas :
- e) Pola istirahat/ tidur :

13) Keadaan psikologi dan budaya :

b. Data Obyektif

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum :
- b) Kesadaran :
- c) Tanda vital :
 - Tekanan darah :
 - Suhu :
 - Nadi :
 - RR :
- d) Berat Badan :

2) Pemeriksaan fisik

- a) Inspeksi :
 - Wajah :
 - Mata :
 - Leher :
 - Dada :
 - Perut :
 - Ekstremitas :
 - Genetalia :
- b) Palpasi :
 - Leher :
 - Payudara :
 - Perut :
 - Ekstremitas :
- c) Auskultasi :
 - Paru :
- d) Perkusi :
 - Ekstremitas :

3) Data penunjang

- a) Data bayi :
 - Lahir tanggal : jam :
 - Keadaan umum :
 - Kesadaran :
 - Nadi :
 - RR :

BBL :
Jenis kelamin :
Nutrisi :

II. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH AKTUAL

a. Diagnosa kebidanan

"Ny" usia _____ P _____ Ab _____ Post Partum hari ke...dengan....

- b. Data subyektif :
- c. Data obyektif :
- d. Masalah** :
- 1) Data subyektif :
- 2) Data obyektif :
- e. Kebutuhan** :

III. IDENTIFIKASI DIAGNOSA DAN MASALAH POTENSIAL

- a. Diagnosa potensial
- b. Masalah potensial

IV. IDENTIFIKASI KEBUTUHAN SEGERA

V. INTERVENSI

Tanggal / Pukul :
Tujuan :
Kriteria Hasil :
Intervensi

- 1)
- 2)
- 3) dst

VI. IMPLEMENTASI

Tanggal / Pukul :
Implementasi

- 1)
- 2)
- 3) Dst

VII. EVALUASI

Tanggal / Pukul :
S :
O :
A :
P :

CATATAN PERKEMBANGAN

Tanggal/Pukul :

Data Subyektif

.....

Data Obyektif

.....

Analisa

.....

Penatalaksanaan

.....

Pengkaji

(.....)

POLTEKES KEMENKES YOGYAKARTA
PRODI DIII KEPERAWATAN

HASIL PENGAJIAN PADA IBU NIFAS

MASUK RS TANGGAL, JAM :

DIRAWAT DI RUANG :

HARI, TANGGAL : JAM :

Biodata	Ibu	Suami
Nama
Umur
Agama
Suku/ Bangsa
Pendidikan
Pekerjaan
Alamat
No.Telp/Hp

DATA SUBYEKTIF (Pengkajian data tanggal jam WIB)

1. Keluhan Utama

.....
.....

2. Riwayat Perkawinan

Kawin kali, kawin pertama umur tahun, dengan suami sekarang tahun

3. Riwayat Menstruasi

Menarche umur tahun, siklus hari, teratur/ tidak. Lamanya hari, sifat darah encer/ beku.

Bau , fluor albus ya/ tidak. Disminorea ya/ tidak. Banyaknya

HPMT HPL

4. Penyakit sistemik yang pernah/sedang diderita

.....
.....

5. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga

.....
.....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan nifas yang lalu

P Ab Ah

Hamil ke-	Persalinan								Nifas	
	Tgl lahir	UK	Jenis persalinan	Oleh	Komplikasi		JK	BB lahir	Laktasi Ya/tdk	Komplikasi
					Ibu	Bayi				

POLTEKES KEMENKES YOGYAKARTA
PRODI DIII KEPERAWATAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis Alkon	Mulai memakai				Berbenti/ ganti				Keterangan
		Tgl	Oleh	Tempat	Keluhan	Tgl	Oleh	Tempat	Keluhan	

8. Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir

Masa Kehamilan : minggu

Tempat Persalinan : Penolong

Jenis Persalinan : tindakan SC

Atas indikasi

Komplikasi :

Plasenta : lengkap/ tidak

• Lahir : spontan / manual

• Kelainan :

Perineum : utuh/ ruptur (derajat 1 / 2 / 3 / totalis)

Episiotomi (medialis/lateralis/mediolateralis)

Tidak dijahit/ dijahit/ tanpa anesthesia

Perdarahan : Kala I cc. Kala II cc. Kala III cc. Kala IV cc

Tindakan lain : infus

Transfusi darah

Lama persalinan : Kala I jam menit, kala II jam menit

Kala III jam menit, kala IV jam menit

Operasi jam menit

9. Keadaan bayi baru lahir

Lahir tanggal : jam WIB

Masa gestasi : minggu

BB/PB lahir : gram/ cm

Nilai APGAR : 1menit/ 5menit/ 10menit/ 2jam :

Cacat bawaan :

Rawat Gabung :

10. Riwayat post partum

Ambulasi :

Pola makan :

Pola eliminasi :

• BAB :

• BAK :

11. Keadaan psikososialspiritual

a. Kelahiran ini Diinginkan Tidak diinginkan

b. Penerimaan ibu terhadap kelahiran bayinya

POLTEKES KEMENKES YOGYAKARTA
PRODI DIII KEPERAWATAN

c. Pengetahuan ibu tentang masa nifas dan perawatan bayi

d. Tanggapan keluarga terhadap persalinan

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum : kesadaran
- b. Status Emosional :
- c. Tanda vital
- Tekanan Darah : mmHg
- Nadi : x/menit
- Pernafasan : x/menit
- Suhu : °C
- d. BB/ TB : kg / cm
- e. Kepala Leher
- Edema wajah :
- Mata :
- Mulut :
- Leher :
- f. Payudara :
- g. Abdomen :
- h. Ekstremitas :
- i. Vulva :
- j. Anus : Hemoroid / tidak

2. Pemeriksaan penunjang

.....

.....

.....

**Format Asuhan Kebidanan :
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS NORMAL
DI (BPS/RS/RB/PUSKESMAS)***

Masuk BPS
Tanggal : Jam : Register :

Pengkajian
Tanggal : Jam :
Tempat/Ruang :
Oleh :

Biodata
Nama Ibu : Nama Suami :
Umur : Umur :
Suku / bangsa : Suku / bangsa :
Agama : Agama :
Pendidikan : Pendidikan :
Pekerjaan : Pekerjaan :
Alamat : Alamat :

A. SUBYEKTIF

1. Alasan masuk ruang perawatan nifas :

2. Keluhan :

3. Riwayat Menstruasi :

Menarche usia : tahun
Siklus : hari
Banyak :
Lama : hari
Warna :
Dismenorrhea :
Flour albus :
HPHT :
HPL :

4. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang lalu :

Kehamilan		Persalinan		Anak			Nifas		Ket		
Sua ni keke an	Anak Umur kehamilan	Penyulit Bersalin	Tempat Penolong Bersalin	Jenis Persalinan	Penyulit	♀/♂	BBL	Hidup	Maternal	Lama menetap	Penyulit

5. Riwayat Kehamilan dan Persalinan Sekarang

ANC : kali
Penyulit :
Tanggal persalinan : jam :

Tempat persalinan :
Jenis persalinan :
Penolong persalinan :
Penyulit persalinan :
6. Keadaan Bayi Baru Lahir
Lahir tanggal : jam :
BB/PB lahir : gram/ cm
Jenis kelamin :
Kelainan :
Pola tidur : jam/hari
Pola nutrisi : kali/hari durasi : menit
Masalah menyusui :
Pola eliminasi :
- BAK : kali/hari (jika dalam 24 jam pertama kapan?)
Konsistensi :
Warna :
Bau :
- BAB : kali/hari (jika dalam 24 jam pertama kapan?)
Konsistensi :
Warna :
Bau :

7. Riwayat Kesehatan

- a. Penyakit yang pernah/sedang diderita :
b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga :

8. Riwayat Pernikahan

Menikah : kali
Usia menikah : tahun
Lama pernikahan :

9. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Pasang				Lepas			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Kelebihan	Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan

10. Riwayat Psikososial

Orang terdekat :
Tinggal serumah dengan :
Penerimaan terhadap anak ini :
Dukungan keluarga :
Perasaan ibu saat ini :
Rencana menyusui :
Pemberian nama bayi :
Rencana aqiqah :
Rencana perawatan bayi :
Kebiasaan spiritual :
Pendapatan :

11. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

- a. Nutrisi :
• Makan :
Frekuensi : kali/hari
Porsi :
Macam :

- Keluhan
 - Minum
 - Frekuensi : kali/hari
 - Porsi
 - Macam
 - Keluhan
- b. Istirahat
 - Lamanya : jam/hari
 - Keluhan
- c. Aktifitas
 - Mobilisasi
 - Pekerjaan
 - Aktifitas merawat diri dan bayi dibantu/mandiri ?
 - Olahraga/senam nifas
 - Keluhan
- d. Eliminasi
 - BAK
 - Konsistensi
 - Warna
 - Bau
 - Keluhan
 - BAB
 - Konsistensi
 - Warna
 - Bau
 - Keluhan
- e. Personal hygiene
- f. Kebutuhan Seksual
 - Keluhan
- g. Menyusui
 - Pengalaman menyusui
 - Kebiasaan menyusui
 - Posisi
 - Perawatan payudara
 - Masalah
- h. Pola Kebiasaan
 - Merokok
 - Alkohol
 - Narkoba
 - Obat-obatan
 - Jamu-jamu

B. OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
 - a. Keadaan Umum
 - b. Kesadaran
 - c. Tanda vital
 - Tekanan Darah: mmHg
 - Nadi : x/menit
 - Pernapasan : x/menit
 - Suhu : °C
 - d. BB : kg
2. Pemeriksaan Fisik

- Kepala dan leher
 - Wajah
 - Mata
 - Mulut
 - Leher
- Dada dan payudara
 - Bentuk
 - Benjolan
 - Puting susu
 - Pengeharian
 - Keluhan
- Abdomen
 - Bekas luka
 - TFU
 - Kontraksi
- Tangan dan kaki
 - Oedem
 - Varices
 - Reflek patella : kanan (), kiri ()
 - Kuku
 - Warna
- Genitalia luar
 - Oedem
 - Varices
 - Bekas luka
 - Jahitan : (ada/tidak)* Benang jenis :
 - Jahitan dalam
 - Jahitan luar
 - Pengeharian lochea
- Anus

C. ANALISA

- Diagnosa Aktual:**
Masalah :
Kebutuhan :
Diagnosa/Masalah Potensial :
Identifikasi Kebutuhan Tindakan Segera :

D. PENATALAKSANAAN

Tanggal / jam :

.....

.....

.....


TTD

(nama bidan)



Refferensi

1. Susanti, Sujianti. Buku Ajar Konsep Kebidanan-teori dan aplikasi. Medical Book. Yogyakarta. 2009
2. Estiwidani, Dkk. Konsep Kebidanan. Fitramaya. Yogyakarta. 2008
3. Yulifah, Rita; Surachmindar. Konsep kebidanan untuk pendidikan kebidanan. Salemba Medika. Jakarta. 2013
4. Purwoastuti, Endang. Elisabeth. Konsep Kebidanan. Pustaka baru. Yogyakarta.2014
5. Asrinah, dkk. Konsep Kebidanan. Graha ilmu. Yogyakarta. 2010
6. Aticeh, Dkk., Konsep Kebidanan. Salemba Medika. Jakarta. 2014



Jika salah, perbaiki.
Jika gagal, coba lagi.
Tapi jika kamu menyerah,
semuanya selesai.



Terima Kasih

