





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA**  
**JURUSAN ILMU OLAHRAGA DAN KESEHATAN**  
**PRODI D3 KEBIDANAN**

Alamat : Jalan Bisma Barat No 25 A Singaraja  
Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)

Nomor : 678 / UN48.12 .6 / KM / 2019  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Singaraja, 02 Juli 2019

Yth. Praktek Mandiri Bidan  
Ibu Kadek Krisnasari, A.Md.Keb.

Di  
Singaraja

Dalam rangka penyelesaian masa pendidikan pada Program Studi Diploma III Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha, institusi mewajibkan setiap mahasiswa menyusun satu Laporan Tugas Akhir (LTA) yang akan digunakan sebagai materi Ujian Akhir Program. Berkenaan dengan hal tersebut, maka kami mohonkan ijin mahasiswa kami atas Nama : Ni Putu Ayu Candra Dewi, NIM : 1606091067 agar diperkenankan mengadakan penelitian/ pengumpulan data yang berhubungan dengan judul studi kasusnya pada praktek yang berada di bawah pengawasan Ibu.

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan perkenan Ibu kami mengucapkan terima kasih.



I Ketut Budaya Astra, S.Pd., M.Or  
NIP. 19680408 199703 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Seririt I
2. Arsip





BIDAN PRAKTIK SWASTA  
Kadek Krisnasari,A.Md.,Keb  
Jln Sudirman No 74, Kecamatan seririt,Kabupaten Buleleng

**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kadek Krisnasari, A.Md.,Keb.  
NIP :19830205 200212 2 004  
Alamat : Jln Sudirman No 74, Kecamatan seririt,Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Putu Ayu Candra Dewi  
Nim : 1606091067

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di BPM Kadek Krisnasari,A.Md.,Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan"KD" Di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Seririt 1 Tahun 2019

Singaraja , 3 juli 2019  
Mengetahui,  
Bidan Praktik Swasta

  
  
Kadek Krisnasari, A. Md., Keb  
NIP. 19830205 200212 2 004

## LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :  
Calon Responden  
Di BPM "KS" Wilayah Kerja  
Puskesmas Seririt I

Dengan hormat,

Saya, Ni Putu Ayu Candra Dewi, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di BPM "KS" Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I", sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini dibutuhkan partisipasi ibu saat hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB .

Untuk kepentingan tersebut, saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi responden dalam studi kasus ini dan saya mohon ibu untuk menandatangani lembar persetujuan mengenai kesediaan menjadi responden. Saya menjamin kerahasiaan identitas ibu. Atas partisipasi dan kesediaan menjadi responden peneliti ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



(Ni Putu Ayu Candra Dewi)  
NIM. 1606091067



**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

*(Informed Consent)*

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Kadek dewi

Umur : 27 tahun

Alamat : Rt. Gunung Sari, Ds Mayang kec Seririt

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di BPM "KS" Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I".

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya sudah mendapatkan penjelasan dan informasi mengenai studi kasus ini, sehingga saya memutuskan untuk bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam studi kasus ini.

Singaraja, Juli 2019

Responden  
  
(Kadek dewi)



**FORMAT PENGAJIAN**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

**I. DATA SUBYEKTIF (HARI , TGL , JAM)**

**A. Biodata**

	Ibu		Suami
Nama	:	Nama	:
Umur	:	Umur	:
Suku Bangsa	:	Suku Bangsa	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Alamat Rumah	:	Alamat Rumah	:
No Tlp. Rumah	:	No Tlp. Rumah	:
HP	:	HP	:
Alamat tempat Kerja	:	Alamat tempat Kerja	:
No Tlp. Tempat Kerja	:	No Tlp. Tempat Kerja	:
Gol.Darah	:	Gol.Darah	:

**B. Alasan Datang ke Pelayanan Kesehatan**

1. Alasan Memeriksa Diri
2. Keluhan Utama

**C. Riwayat Menstruasi**

1. Menarche



2. Siklus
3. Lama Haid
4. Dismenorhea
5. Jumlah Darah yang Keluar
6. HPHT, TP

**D. Riwayat Perkawinan**

1. Pernikahan ke- :
2. Status Pernikahan :
3. Lama Pernikahan :
4. Jumlah Anak :

**E. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Laktasi yang Lalu**

Ham il Ke-	TgL Lahir/ Umur Anak	UK (bln)	Jenis Persalinan	Tempat/ Penolong	Kondisi Saat Bersalin	Keadaan Bayi Saat lahir				Kondisi Nifas	
						PB	BB	JK	Kondisi Saat Lahir		Kondisi Sekarang

**Riwayat Laktasi**

1. Pengalaman menyusui dini :
2. Pemberian ASI eksklusif :

3. Lama menyusui :

4. Kendala :

#### **F. Riwayat Kehamilan Sekarang**

1. Iktisar pemeriksaan kehamilan sebelumnya
2. Gerakan janin dirasakan pertama kali sejak
3. Bila gerakan janin sudah dirasakan, gerakan janin dalam 24 jam:
4. Tanda bahaya yang pernah dirasakan (lingkari tanda yang pernah dirasakan)

##### a. Trimester I

- |                           |                                      |
|---------------------------|--------------------------------------|
| a) Mual muntah berlebihan | e) Sulit kencing/ sakit saat kencing |
| b) Suhu badan meningkat   | f) Keputihan berlebihan, bau, gatal  |
| c) Kotoran berdarah       | g) Perdarahan                        |
| d) Nyeri perut            |                                      |

##### b. Trimester II dan III:

- |   |                            |
|---|----------------------------|
| a) Demam                                    | g) Keluar air ketuban      |
| b) Kotoran berdarah                         | h) Perdarahan              |
| c) Bengkak pada muka dan tangan             | i) Nyeri perut             |
| d) Varises                                  | j) Nyeri ulu hati          |
| e) Gusi berdarah yang berlebihan            | k) Sakit kepala yang hebat |
| f) Keputihan yang berlebihan, berbau, gatal | l) Pusing                  |
|   | m) Cepah lelah             |
|   | n) Mata berkunang-kunang   |

5. Keluhan-keluhan umum yang dirasakan (lingkari keluhan yang dirasakan)



- 
- a. Trimester I
    - a) Sering kencing
    - b) Mengidam
    - c) Keringat bertambah
    - d) Pusing
    - e) Ludah berlebihan
    - f) Mual muntah
    - g) Keputihan meningkat
  - b. Trimester II dan III:
    - a) Cloasma
    - b) Edema dependen
    - c) Striae dan linea
    - d) Gusi berdarah
  - c. Obat dan suplemen yang pernah diminum selama kehamilan ini:
6. Perilaku yang membahayakan kehamilan
- a. Merokok pasif/aktif
  - b. Minum-minuman keras
  - c. Narkoba
  - d. Minum jamu
  - e. Diurut dukun
- Pernah kontak dengan binatang, tidak/ya.....

#### **G. Riwayat Kesehatan**

- 1. Penyakit/ gejala penya kit yang pernah diderita ibu:
  - a. Penyakit jantung :
  - b. Terinfeksi TORCH :

- c. Hipertensi :
- d. Diabetes militus :
- e. Asthma :
- f. TBC :
- g. Hepatitis :
- h. Epilepsi :
- i. PMS :
- j. Riwayat gynekologi :
  - a) Infertilitas :
  - b) Cervicitis kronis :
  - c) Endometriosis :
  - d) Myoma :
  - e) Kanker kandungan :
  - f) Perkosaan :
- 2. Riwayat Operasi :
- 3. Penyakit/ gejala penyakit yang pernah diderita keluarga ibu dan suami:
  - a. Keturunan
    - a) Penyakit jantung :
    - b) Diabetes Militus :
    - c) Asthma :
    - d) Hipertensi :
    - e) Epilepsi :



- f) Gangguan Jiwa :
- b. Sering kontak dengan penderita keluarga ibu dan suami
  - a) HIV/ AIDS :
  - b) TBC :
  - c) Hepatitis :

4. Riwayat keturunan kembar :

**H. Riwayat Keluarga Berencana**

- 1. Metode KB yang pernah dipakai ..... Lama : .....
- 2. Komplikasi/efek samping dari KB :

**I. Keadaan Bio-Psiko-sosial-spiritual**

- 1. Bernafas : (ada keluhan/tidak)
- 2. Pola Makan dan minum
  - a. Menu yang sering dikonsumsi :
  - b. Komposisi :
  - c. Porsi :
  - d. Frekuensi :
  - e. Pola minum :
  - f. Pantangan/ alergi :
  - g. Keluhan :
- 3. Pola Eliminasi
  - a. BAK : Frekuensi:.....Keadaan.....Keluhan.....
  - b. BAB : Frekuensi:.....Keadaan.....Keluhan.....



4. Istirahat dan tidur
  - a. Tidur malam :
  - b. Tidur siang :
  - c. Gangguan tidur :
5. Pekerjaan
  - a. Lama kerja sehari :
  - b. Jenis aktivitas :
  - c. Kegiatan lain :
6. Personal Hygiene
  - a. Keramas :
  - b. Gosok gigi :
  - c. Mandi :
  - d. Ganti pakaian/Pakaian dalam :
7. Perilaku Seksual: Frekuensi :.....Posisi :.....Keluhan:.....
8. Sikap/ respon terhadap kehamilan sekarang
  - a. Direncanakan dan diterima
  - b. Direncanakan tapi tidak diterima
  - c. Tidak direncanakan tapi diterima
  - d. Tidak direncanakan dan tidak diterima
9. Kekhawatiran-kekawatiran terhadap kehamilan sekarang
10. Respon keluarga terhadap kehamilan
11. Dukungan suami dan keluarga



12. Pengambilan keputusan dalam keluarga
13. Rencana persalinan (tempat dan penolong)
14. Persiapan persalinan lainnya
15. Perilaku spiritual selama kehamilan

**J. Pengetahuan (sesuaikan dengan umur kehamilan)**

**II. DATA OBYEKTIF (HARI TGL JAM)**

**A. Keadaan Umum**

1. Keadaan Umum : baik/ lemah/ jelek
2. Keadaan emosi : stabil/ labil
3. Postur : normal/ lordose/ hiperlordose

**B. Tanda-tanda Vital**

1. Tekanan darah : .....mmHg
2. Nadi : .....kali/ menit
3. Suhu : ..... $^{\circ}$ C
4. Respirasi : .....kali/ menit

**C. Antropometri**

1. Berat badan : .....Kg
2. Berat badan sebelum hamil : .....Kg
3. Berat badan pada pemeriksaan sebelumnya : .....Kg (tanggal)
4. Tinggi Badan : .....Cm
5. LILA : .....Cm

**D. Keadaan Fisik**



1. Kepala

a. Wajah: Edema : ada / tidak, Pucat : ada / tidak, Cloasma : ada / tidak

Respon : .....

b. Mata: Konjungtiva : merah/ merah muda/ pucat, Sklera : putih/ merah/ ikterus

c. Mulut dan gigi: Bibir : pucat / Kemerahan, lembab/ kering, Caries pada Gigi : ada / tidak

2. Leher

a. Kelenjar limfe : ada / tidak ada pembesaran

b. Kelenjar Tiroid : ada/ tidak ada pembesaran

c. Vena jugularis : ada/ tidak ada pelebaran

3. Dada

a. Dyspneu/Orthopneu/Thacypneu

b. Wheezing : ada/tidak

c. Nyeri dada : ada/tidak

4. Payudara dan aksila

a. Bentuk : simetris/ asimetris

b. Puting susu : menonjol/ datar/ masuk ke dalam

c. Kolostrom : ada/ tidak ada, cairan lain .....

d. Kelainan : masa atau benjolan ada / tidak, retraksi ada/ tidak

e. Kebersihan : bersih/ kotor

f. Aksila : ada/ tidak ada pembesaran limfe

5. Abdomen



- 
- a. Bekas luka operasi : ada/ tidak ada. Arah pembesaran : .....
- b. Linea nigra/linea alba : ada/tidak, striae livide/striae albicans : ada/tidak
- c. Tinggi fundus uteri : .....jari (sebelum UK 22 minggu), .....cm (mulai UK 22-24 minggu)
- d. Perkiraan berat janin :
- e. Palpasi Leopold (mulai UK 32 minggu, atau 28 minggu apabila ada indikasi)
- Leopold I
- Leopold II
- Leopold III
- Leopold IV
- f. Nyeri tekan : ada/tidak
- g. DJJ
- Punctum Maksimum :
- Frekuensi :
- Irama : teratur/tidak teratur
6. Anogenital
- a. Pengeluaran cairan : ada/tidak ada, warna....., bau..... Volume.....
- b. Tanda-tanda infeksi : ada / tidak ada
- c. Luka : ada/ tidak ada
- d. Pembengkakan : ada/ tidak ada
- e. Varises : ada/ tidak ada
- f. Inspikulo vagina :tidak dilakukan / dilakukan, indikasi
- Hasil

g. Vaginal Toucher : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi

Hasil

h. Anus: Haemorroid : ada / tidak ada

7. Tangan dan kaki

a. Tangan: Edema : ada / tidak ada. Keadaan kuku : pucat / sianosis/ kemerahan

b. Kaki: Edema : ada / tidak ada, Varises : ada/ tidak ada, Keadaan kuku : pucat / sianosis / kemerahan, Reflek patella : kanan : positif / negative, Kiri : positif / negatif

#### **E. Pemeriksaan Penunjang**

1. PPT : .....

2. Hb : .....

3. Protein Urine : .....

4. Urine Reduksi : .....

#### **III. ANALISA**

#### **IV. PENATALAKSANAAN**





**FORMAT PENGKAJIAN DATA**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

Nama Rumah Sakit/RB/BPS : .....	Nomor RM : .....	
.....	Tanggal masuk dirawat : .....	
Dokter yang merawat : .....	Tanggal pengkajian : .....	
Bidan : .....	Jam : .....	
<b>I. DATA SUBJEKTIF</b>		
<b>A. Biodata</b>		
1. Bayi		
Nama	: .....	
Umur/tgl/jam lahir	: .....	
Jenis kelamin	: .....	
Anak ke-	: .....	
Status anak	: .....	
2. Orang tua	Ibu	Ayah
Nama	: .....	: .....
Umur	: .....	: .....

Pendidikan	: .....	: .....
Pekerjaan	: .....	: .....
Agama	: .....	: .....
Suku bangsa	: .....	: .....
Status perkawinan	: .....	: .....
Alamat rumah	: .....	: .....
No. telp	: .....	: .....
Alamat tempat kerja	: .....	: .....
B. Alasan dirawat : .....		
C. Keluhan utama : .....		
D. Riwayat prenatal :		
GAPAH : .....		
Masa gestasi : .....		
Riwayat ANC : .....		
Penerimaan Kehamilan : <input type="checkbox"/> direncanakan <input type="checkbox"/> tidak direncanakan, <input type="checkbox"/> diterima <input type="checkbox"/> tidak diterima		
Penyulit selama masa prenatal : .....		
Konsumsi obat dan suplemen : .....		
Imunisasi TT : <input type="checkbox"/> TT <sub>1</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT <sub>2</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT ..... tgl.....		



Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin : .....

Riwayat penyakit ibu :

- DM    hepatitis B    B24    asma    Hipertensi    PMS    jantung  
 TB    alergi   lain-lain .....

Riwayat pengobatan ibu .....

E. Riwayat intranatal :

Penolong :..... tempat kelahiran ..... tanggal.....

Kala I: lama :.....jam, penyulit : .....

Tindakan:.....

Kala II; lama :.....jam/menit, penyulit : .....

Tindakan:.....

Bayi lahir jam :....., jenis kelamin : .....

Keadaan saat lahir : tangis.....gerak.....

Warna kulit.....

Kala III; lama :.....jam, keadaan plasenta :  lengkap    tidak lengkap    kalsifikasi

Keadaan tali pusat:  segar    layu    simpul

Jenis persalinan : .....

Indikasi.....
<p>F. Faktor resiko infeksi</p> <p>Mayor : <input type="checkbox"/> suhu ibu &gt;38° C <input type="checkbox"/> KPD &gt;24 jam <input type="checkbox"/> ketuban hijau <input type="checkbox"/> korioamniotis <input type="checkbox"/> fetal distress</p> <p>Minor : <input type="checkbox"/> KPD &gt;12 jam <input type="checkbox"/> asfiksia <input type="checkbox"/> BBLR <input type="checkbox"/> ISK <input type="checkbox"/> UK&lt;37 minggu <input type="checkbox"/> gemeli</p> <p><input type="checkbox"/> keputihan <input type="checkbox"/> suhu ibu &gt;37°C</p>
<p>G. Riwayat postnatal :</p> <p>APGAR Skor :.....</p> <p>Inisiasi menyusu dini : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>Skor Bounding :.....</p> <p>Rooming-in : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>Kondisi .....</p>
H. Riwayat masa neonatus :.....
<p>I. Riwayat imunisasi</p> <p><input type="checkbox"/> BCG Tgl..... <input type="checkbox"/> Polio<sub>1</sub> Tgl..... <input type="checkbox"/> Hb<sub>1</sub> Tgl.....</p> <p>Komplikasi.....</p> <p><input type="checkbox"/> tidak imunisasi, alasan.....</p>
J. Bio-psiko-sosial-spiritual
<p>1. Biologis</p> <p>a. Pernafasan : <input type="checkbox"/> ada gangguan <input type="checkbox"/> tidak ada gangguan</p> <p>b. Nutrisi</p> <p>Jenis :.....</p> <p>Frekuensi :.....</p>

Porsi :.....

Keluhan/kendala : .....

c. Eleminasi

BAK; frekuensi :....., warna :....., bau :.....

BAB; frekuensi :....., warna :....., konsistensi :.....

d. Istirahat :.....

e. Aktivitas :.....

2. Psikososial

Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak : .....

Dukungan keluarga :.....

3. Sosial

Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :.....

Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak :.....

Pola Asuh Anak :.....

4. Spiritual

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak : .....

K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan

Tanda-tanda bahaya pada bayi : .....

Pemberian ASI : .....

Perawatan bayi sehari-hari : .....



- Imunisasi : .....
- Pemberian MP-ASI : .....
- lain-lain .....

II. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan fisik

Kedadaan umum :

Tangis : ....., Gerak : ....., Warna kulit : ....., Turgor : .....

HR....., RR....., Suhu.....

Tanda lahir :  tidak ada  ada.....

Pengukuran :

BB..... PB..... LK..... LD..... lingkaran lengan.....

Kepala :

simetris  asimetris  cephal hematoma  kaput suksedanium   
macrocephali

microcephali  rambut .....

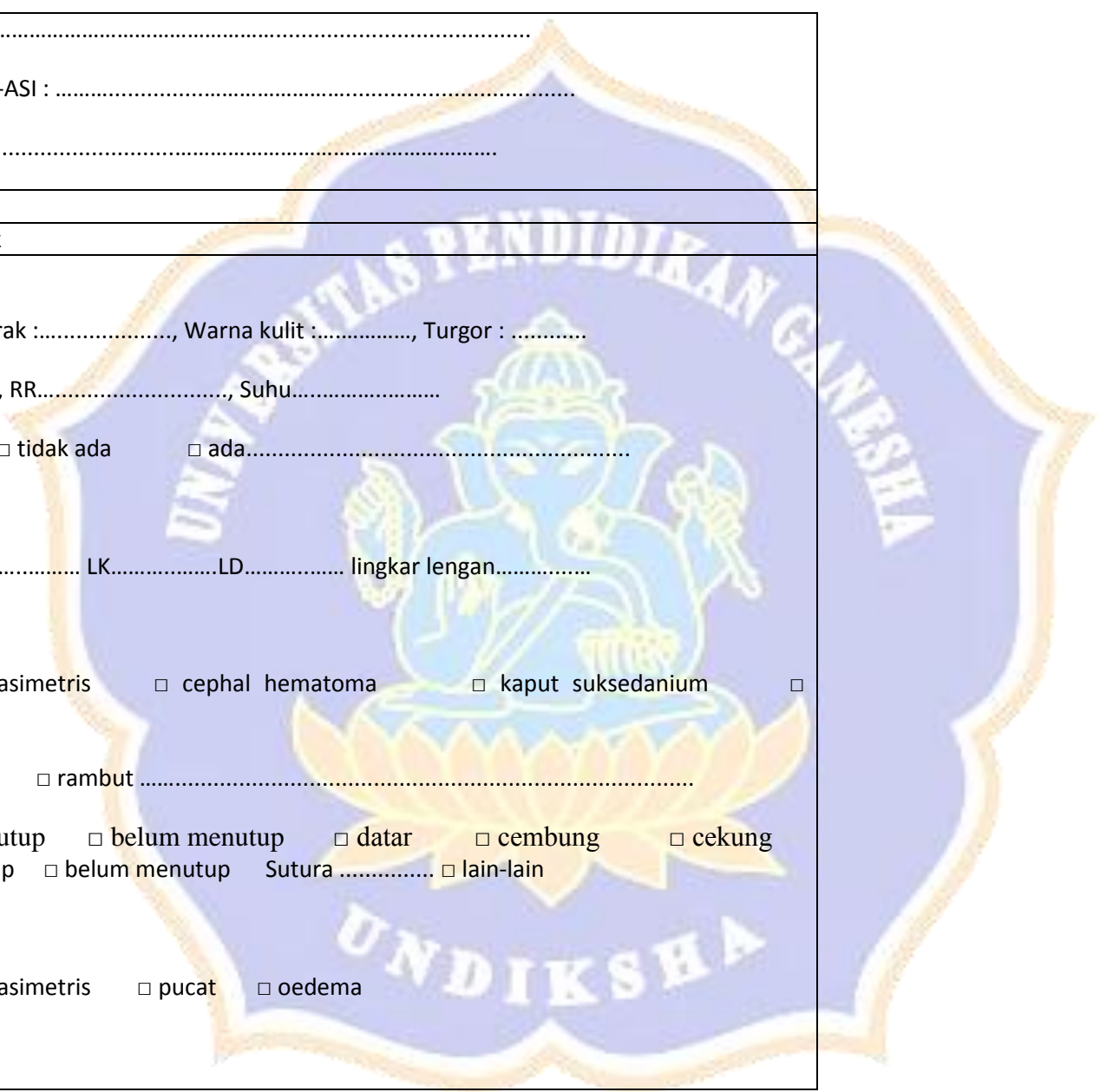
UUB :  menutup  belum menutup  datar  cembung  cekung

UUK :  menutup  belum menutup Sutura .....  lain-lain

Wajah :

simetris  asimetris  pucat  oedema

Mata :



simetris    asimetris   gerakan bola mata:    simetris    asimetris

warna konjungtiva:    merah muda    pucat    merah    ikterus

warna sclera:    putih    merah    ikterus

pengeluaran.....

lain-lain.....

**Hidung :**

NCH   Pengeluaran.....

lain-lain.....

**Mulut & bibir :**

mukosa :    kering    lembab   warna bibir :    merah muda    pucat

palatum :    utuh    palato schizis    labiopalato schizis    labiogenatopalato schizis

lidah .....

lain-lain.....

**Telinga :**

simetris    asimetris   pengeluaran.....

kelainan.....

**Leher :**

Pembengkakan kelenjar limfe    Pembengkakan kelenjar tiroid    Bendungan vena jugularis



pergerakan.....

lain-lain.....

Dada :

- simetris       asimetris       retraksi
- dyspneu       orthopneu       thacypneu       wheezing       ronchi

Keadaan payudara :

- simetris       asimetris      putting..... benjolan.....pengeluaran.....

Abdomen :

- distensi bising usus.....kondisi tali pusat.....lain-lain.....

Punggung :

- bentuk.....       spina bifida       gibus

Genitalia :

Perempuan : labia....., lubang uretra.....

lubang vagina.....pengeluaran.....

kelainan.....

Laki-laki : testis....., lubang penis.....

- hermaphrodit      lain-lain.....

Anus : lubang.....kelainan.....





Ekstremitas :

Tangan :  simetris    asimetris   jumlah jari.....

Kaki :  simetris    asimetris   jumlah jari.....

kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabela reflex    Rooting reflex    Sucking reflex    Swallowing refleks

Tonick neck reflex    Morro reflex    Graps reflex    Babinsky reflex

B. Skor Bounding

C. Pemeriksaan penunjang

III. ANALISA

IV. PENATALAKSANAAN

CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA :

NO. RM :

RUANG :

UMUR :	TANGGAL :	KELAS :
TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA









FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

(5 W, 1H)

A. DATA SUBYEKTIF (Tgl.....jam.....)

1. Biodata

Identitas

Ibu

Suami

Nama

:

Umur

:

Agama

:

Suku Bangsa

:

Pendidikan

:

Pekerjaan

:

Alamat rumah

:

Telepon/HP

:

2. Alasan Datang /Keluhan Utama :

3. Riwayat Menstruasi

Menarche

:

Siklus

:

Lama

:



- Konsistensi :  
Volume :  
Keluhan :
4. Riwayat Pernikahan
  5. Riwayat Kesehatan
  6. Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu
  7. Riwayat Kehamilan sekarang
  8. Persalinan
    - a. Kala I
    - b. Kala II
    - c. Kala III
    - d. Kala IV
  9. Nifas sekarang
    - a. Ibu
    - b. Bayi
  10. Riwayat Laktasi Sekarang
  11. Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual
    - a. Biologis
      - 1) Bernafas
      - 2) Nutrisi
      - 3) Eliminasi
      - 4) Istirahat Tidur



- 5) Aktivitas
- 6) Personal Hygiene
- 7) Perilaku Seksual

b. Psikologis

- 1) Perasaan ibu saat ini
- 2) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini

c. Sosial

- 1) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan

d. Budaya

- 1) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi

12. Pengetahuan

13. Perencanaan KB:

- 1) Sudah
- 2) Belum
- 3) Rencana

B. Obyektif

1. Keadaan umum :
2. Kesadaran :
3. Keadaan emosi :

4. Tanda-tanda Vital





- TD :
- Nadi :
- Pernapasan :
- Suhu :
- 5. Antropometri
  - BB sekarang :
  - BB tgl :
  - TB :
- 6. Pemeriksaan Fisik
  - a. Kepala :
    - 1) Rambut :
    - 2) Telinga :
    - 3) Mata :
    - 4) Hidung :
    - 5) Bibir :
    - 6) Mulut dan gigi :
  - b. Leher :
  - c. Dada :
  - d. Payudara :
    - 1) Bra :
    - 2) Payudara :
  - e. Abdomen



1) Dinding abdomen :

2) Kandung Kemih :

3) Uterus :

4) Diastasis recti :

5) CVAT :

f. Anogenital

1) Vulva dan Vagina :

2) Perineum :

3) Anus :

g. Ekstremitas

Atas :

Bawah :

7. Pemeriksaan Penunjang :

C. ANALISA

P....A... Partus Spontan Belakang Kepala Nifas .... Jam

D. PENATALAKSANAAN







CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA :	NO. RM :	RUANG :
UMUR :	TANGGAL :	KELAS :
TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA





FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU “.....”  
 AKSEPTOR KB BARU/LAMA.....

Tempat Pelayanan	Nomor RM:	
	Tanggal diberikan pelayanan: Tanggal jam prngkajian:	
Dokter yang merawat: Bidan:	Cara masuk: <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi <input type="checkbox"/> Rujukan..... <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin	
<b>A. Data Subjektif</b>		
<b>I. Identitas</b>	<b>Ibu</b>	<b>Suami</b>
Nama	.....	.....
Umur	.....	.....
Suku bangsa	.....	.....
Agama	.....	.....
Pendidikan	.....	.....
Pekerjaan	.....	.....
Alamat rumah	.....	.....
No. telepon	.....	.....
Alamat tempat kerja	.....	.....
No. telepon	.....	.....
2. Alasan Memeriksa Diri : .....		
3. Keluhan Utama : .....		
4. Riwayat Menstruasi Umur menarche:.....Lama haid:.....Keluhan saat haid :.....Siklus haid :..... <input type="checkbox"/> Dismenorea <input type="checkbox"/> Spoting <input type="checkbox"/> Menoragia <input type="checkbox"/> Metrorrhagia <input type="checkbox"/> Premenstruasi Syndrome <input type="checkbox"/> Lain – lain:.....		

5. Riwayat Perkawinan :  
 Pernikahan ke : .....  
 Lama : .....  
 Status : .....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl, bln/thn partus, umur anak	Tmp. penolong partus	UK saat Persalinan	Jenis persalinan	Kondisi saat bersalin	Keadaan anak			Keadaan sekarang
						B B	P B	JK	

7. Riwayat Laktasi  
 a. Pengalaman menyusui :  ada       tidak  
 b. Anak ke : .....  
 c. Pemberian ASI Eksklusif :  ya       tidak, alasan.....  
 d. Lama menyusui : .....  
 e. Kendala : .....

8. Riwayat KB  
 a. Jenis KB yang sedang/pernah digunakan :  PIL    IUD    Implant    Suntik  
 b. Lama : .....  
 c. Keluhan/efek samping : .....  
 d. Kapan berhenti : .....  
 e. Alasan berhenti : .....  
 f. Mulai penggunaan KB : .....

9. Riwayat Ginekologi  
 Infertil                       Kanker Kandungan:  vagina       serviks  
 Cervicitis Kronis           corpus uteri               tuba fallopi  
 Endometriosis               ovarium



Myoma                       Tumor kandungan:  vulva     vagina  
 cerviks                       Perkosaan                       copus uteri     ovarium  
 Polip Cervik                      Jenis:  jinak     ganas  
 Operasi Kandungan :     uterus     tuba fallopi     ovarium     serviks     vagina  
 Kapan : .....

10. Riwayat Penyakit Ibu  
 DM             Asthma             Jantung             Hipertensi             Epilepsi  
 Hepatitis     PMS                       HIV/AIDS             TBC

11. Riwayat Penyakit Keluarga  
 DM             Asthma             Jantung             Hipertensi             Epilepsi  
 Hepatitis     PMS                       HIV/AIDS             TBC

12. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Spiritual  
 a. Biologis  
 1. Bernafas:  Tidak Ada  
 Ada :  dyspneu     orthopneu     thacypneu     wheezing     ronchi  
 2. Pola Nutrisi  
 a) Makan:            frekuensi:.....x/hari,            komposisi:....., pors:.....  
 b) Minum:.....gelas/hari  
 3. Eliminasi  
 a) BAK:.....x/hari  
 b) BAB:.....x/hari  
 c) Keluhan:.....  
 4. Istirahat/Tidur  
 a) Tidur malam : .....jam  
 b) Tidur siang : .....jam  
 c) Keluhan : .....  
 5. Aktivitas Sehari-Hari  
 a) Lama aktivitas : .....jam  
 b) Jenis aktivitas : .....  
 6. Personal Hygiene  
 a) Mandi : .....x/hari

- b) Vulva hygiene
  - Waktu : .....
  - Kebiasaan : .....
  - Pemakaian pakaian dalam : .....
- c) Ganti pakaian/pakaian dalam : .....x/hari

7. Prilaku Seksual

- a) Cara : .....
- b) Frekuensi : .....
- c) Keluhan : .....

b. Psikososial

- a) Persepsi tentang KB : .....
- b) Kesiapan ber-KB:  siap     tidak
- c) Perasaan saat ini:  cemas     sedih     takut     malu     menolak
- d) Dukungan:
  - 1. Suami :  mendukung     tidak
  - 2. Keluarga :  mendukung     tidak
- e) Harapan : .....

c. kepercayaan / kebiasaan terkait dengan penggunaa alat kontrasepsi.....

d. Spiritual.....

13. Pengetahuan.....

14. Konseling pra penggunaan.....

**B. DATA OBJEKTIF**

1. Pemeriksaan Fisik

- a. Keadaan umum:  baik     lemah     jelek
- b. Tanda – tanda vital:
  - 1) Tekanan darah : .....mmHg
  - 2) Nadi : .....x/mnt
  - 3) Suhu : .....<sup>0</sup>C
  - 4) Respirasi : .....x/mnt

c. Antropometri:

- 1. Berat badan sekarang : .....kg
- 2. Berat badan sebelumnya: .....kg (tanggal:.....)

3. Tinggi badan :.....cm

2. Pemeriksaan Sistematis

a. Kepala

1. Wajah

Oedema :  Ada  Tidak ada

Pucat :  Ada  Tidak ada

Cloasma :  Ada  Tidak ada

2. Mata

Konjungtiva :  merah muda  pucat  merah

Sklera :  putih  kuning  merah

3. Mulut dan gigi

Bibir :  pucat  kemerahan dan  lembab  
 kering

Caries pada gigi :  ada  tidak ada

b. Leher

1. Kelenjar limfe :  ada pembengkakan  tidak ada

2. Kelenjar tiroid :  ada pembengkakan  tidak ada

3. Vena jugularis :  ada pelebaran  tidak ada

c. Dada

1. Nyeri tekan :  ada  tidak

2. Payudara dan aksila :

Bentuk :  simetris  asimetris

Putting susu :  menonjol  masuk  datar

Kelainan :  ada  tidak

Kebersihan :  bersih  tidak

Aksila :  pembengkakan  tidak ada  
pembengkakan

d. Abdomen

Bekas luka operasi :  ada  tidak

e. Anogenital

Pengeluaran cairan :  ada, jenis.....

Jumlah.....  tidak

Tanda – tanda infeksi : Pembengkakan:  ada  tidak

Luka :  ada  tidak

Inspikulo vagina :  tidak dilakukan  dilakukan,  
hasil.....

Kelainan :  ada  tidak

VT :  tidak dilakukan  dilakukan,  
hasil.....

Anus haemmoroid :  ada  tidak

f. Khusus Akseptor IUD

1. Inspikulo Vagina

Portio :  lunak  erosi  kaku

Kelainan :  ada  tidak

Ukuran kelainan : .....cm

2. Bimanual

Nyeri goyang portio :  ada  tidak

Massa :  ada  tidak

Lain-lain : .....

3. Kontrol

Benang IUD :  teraba  tidak

g. Tangan dan Kaki

1. Tangan

Oedema :  ada  tidak

Keadaan kuku :  bersih  tidak

2. Kaki

Edema :  ada  tidak

Varises :  ada  tidak

Keadaan kuku :  ada  tidak

3. Pemeriksaan Penunjang

- Pap Smear , hasil.....
- IVA , hasil.....
- Lain-lain :....., hasil.....

C. ANALISA.....  
.....  
.....

D. PENATALAKSANAAN  
:.....  
.....  
.....  
.....



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama:	Nomor RM:	PAV:
Umur:	Tanggal:	Kelas:

TANGGAL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA
-------------	--------------------------------	--------------





**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal: 22/05/2015
- Nama bidan: FEB
- Tempat persalinan:
  - Rumah Ibu
  - Puskesmas
  - Polikdes
  - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta
  - Lainnya: pmb
- Alamat tempat persalinan: .....
- Catatan: 0 rujuk, kals: I / II / III / IV
- Alasan merujuk: .....
- Tempat rujukan: .....
- Pendamping pada saat merujuk:
  - bidan
  - teman
  - suami
  - dukun
  - keluarga
  - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
  - Gawatdarurat
  - Perdarahan
  - HOK
  - Infeksi
  - PMTCT

**KALA I**

- Temuan pada fase laten: .....
- Gravida difatasi melewati garis waspada: Ya  Perlu intervensi: Ya
- Masalah pada fase aktif, sebutkan: .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut: .....
- Hasilnya: .....

**KALA II**

- Episiotomi:
  - Ya, indikasi: jangan sibatuk
  - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
  - suami
  - teman
  - tidak ada
  - keluarga
  - dukun
- Gawat janin:
  - Ya, tindakan yang dilakukan: .....
  - Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
  - Ya, tindakan yang dilakukan: .....
  - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya: .....

**KALA III**

- Inisiasi Menyusu Dini:
  - Ya
  - Tidak, alasannya: .....
- Lama kala III: 10 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U in?
  - Ya, waktu: .....
  - Tidak, alasan: .....
- Penjepitan tali pusat: .....
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
  - Ya, alasan: .....
  - Tidak
- Pelepasan tali pusat terkendali?
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....

- Masase fundus uteri?
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya  / Tidak
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan: .....
- Plasenta tidak lahir >30 menit:
  - Tidak
  - Ya, tindakan: .....
- Laserasi:
  - Ya, dimana: Mukosa vagina, Perineum posterior, Anal dan otot perineum
  - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
  - Penjahitan (Gonggol) tanpa anestesi
  - Tidak jahit, alasan: .....
- Atoni uteri:
  - Ya, tindakan: .....
  - Tidak
- Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 100 ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut: .....
- Masalah lain pada kala III dan penatalaksanannya: .....
- Hasilnya: .....

**KALA IV**

- Kondisi ibu: KU ....., TD ....., mmHg, Nadi ....., x/mnt, Nafas ....., x/mnt
- Masalah kala IV dan penatalaksanannya: .....
- Hasilnya: .....

**BAYI BARU LAHIR:**

- Berat badan: 3000 gram
- Panjang badan: 50 cm
- Jenis kelamin: P
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
  - Normal, tindakan: .....
  - menghangatkan
  - mengeringkan
  - rangsang taktil
  - Asfiksia
  - menghangatkan
  - membebaskan jalan nafas (posisi dari lemp kendri)
  - mengeringkan
  - Cacat bawaan, sebutkan: .....
  - Hipotermi, tindakan: .....
- rangsangan taktil
  - ventilasi tekanan positif
  - asupan pascareseptasi
  - lain-lain, sebutkan: .....
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
  - Ya, waktu: .....
  - Tidak, alasan: .....
- Masalah lain, sebutkan: .....
- Hasilnya: .....

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / Urin	Σ darah keluar
1	09.30	110/70	80	36.5	2 Jr b pusat	kuat	tidak penuh	Kedat okip
	09.45	110/70	80		2 Jr b pusat	kuat	tidak penuh	Kedat okip
	10.00	110/70	80		2 Jr b pusat	kuat	tidak penuh	Kedat okip
	10.15	110/70	80		2 Jr b pusat	kuat	tidak penuh	Kedat okip
2	10.45	110/70	80	36.5	2 Jr b pusat	kuat	tidak penuh	Kedat okip
	11.15	110/70	80		2 Jr b pusat	kuat	tidak penuh	Kedat okip



## LANGKAH-LANGKAH APN+IMD

### I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala Dua

1. Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan
  - 1) Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran
  - 2) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina
  - 3) Perineum tampak menonjol
  - 4) Vulva dan sfinger ani membuka

### II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan

2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir :  
Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi → siapkan:
  - 1) Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat,
  - 2) 3 handuk/ kain bersih dan kering ( termasuk ganjal bahu bayi),
  - 3) Alat penghisap lendir,
  - 4) Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayiUntuk ibu :
  - 1) Menggelar kain di perut bawah ibu
  - 2) Menyiapkan oksitosin 10 unit
  - 3) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Pakian celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)

<b>III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin</b>
<p>7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang</li> <li>2) Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia</li> <li>3) Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% : langkah #9. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.</li> </ol>
<p>8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.</li> </ol>
<p>9. Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.</p>
<p>10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 kali / menit).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</li> <li>2) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.</li> </ol>
<b>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN</b>
<p>11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.</li> <li>2) Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk</li> </ol>

mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.
13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat: <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif</li> <li>2) Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.</li> <li>3) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).</li> <li>4) Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.</li> <li>5) Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.</li> <li>6) Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).</li> <li>7) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai</li> <li>8) Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran <math>\geq 120</math> menit (2 jam) pada primigravida atau <math>\geq 60</math> menit (1 jam) pada multigravida.</li> </ol>
14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
<b>V. PERSIAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
<b>VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>
<b>Lahirnya Kepala</b>
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara

efektif atau bernafas cepat dan dangkal
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, segera lanjutkan proses kelahiran bayi. <i>Perhatikan!</i> 1) <i>Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.</i> 2) <i>Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.</i>
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
<b>Lahirnya Bahu</b>
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk meliharakan bahu belakang.
<b>Lahirnya Badan dan Tungkai</b>
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
<b>VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR</b>
<b>25. Lakukan penilaian (selintas):</b> 1) Apakah bayi cukup bulan? 2) Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas tanpa kesulitan? 3) Apakah bayi bergerak dengan aktif ? Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi pada bayi asfiksia). Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke -26

<p><b>26. Keringkan tubuh bayi</b></p> <p>Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan baduk atau kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.</p>
<p>27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukaan kehamilan ganda (gemeli)</p>
<p>28. Beritahu ibu ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.</p>
<p>29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan akspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).</p>
<p>30. Setelah 2 menit semenjak bayi baru lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2cm distal dari klem pertama.</p>
<p>31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.</li> <li>2) Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.</li> <li>3) Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.</li> </ol>
<p>32. Letakkan bayi tengurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berdpa diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.</li> <li>2) Biarkan bayi melakukan kontak kulit-ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.</li> <li>3) Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.</li> </ol>

- 4) Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

**VIII. MANEJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)**

33. Pindahkan klem tali pusat singga berjarak 5-10 cm dari vulva.

34. Letakkan satu tangan diatas kain, pada perut bawah ibu(diatas simpisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.

35. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-cranial). Secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur diatas.

- 1) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi puting susu.

**Mengeluarkan plasenta**

36. Bila pada penekanan bagian bawah, dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutan dorongan kearah cranial. Hingga plasenta dapat dilahirkan.

- 1) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir( kearah bawah-sejajar lantai-atas).
- 2) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahiran plasenta
- 3) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menengangkan tali pusat :
- (1) Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
  - (2) Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
  - (3) Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
  - (4) Ulangi tekanan dorso-cranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
  - (5) Jika plasenta lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua

tangan. Pengang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinl kemudian lahir dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

- (1) Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

#### **Rangsangan Taktil (Masase) Uterus**

38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masese uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukakuan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi ( fundus terba keras)
  - (1) Lakukan tindakan yang diperlukan (ompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tida berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri)

#### **IX. MENILAI PERDARAHAN**

39. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.

#### **X. ASUHAN PASCA PERSALINAN**

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
42. Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.

#### **Evaluasi**

43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.

46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit</li> <li>2) Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit Rujukan</li> <li>3) Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.</li> </ol>
<b>Kebersihan dan keamanan</b>
48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
51. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan salep mata profilaksis infeksi, vitamin k <sub>1</sub> (1 mg) intramuskuler di paha kiri bawah lateral dalam 1 jam pertama.
56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik (pernafasan normal 40-60 kali/menit dan temperatur tubuh normal 36.5 - 37.5 <sup>0</sup> C) setiap 15 menit.
57. Setelah satu jam pemberian vitamin k <sub>1</sub> berikan suntikan imunisasi Hepatitis



B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.

58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.

59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan *tissue* atau handuk pribadi yang bersih dan kering.



**FORMAT PENGKAJIAN DATA**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

Nama Rumah Sakit/RB/BPS : .....	Nomor RM : .....	
.....	Tanggal masuk dirawat : .....	
Dokter yang merawat : .....	Tanggal pengkajian : .....	
Bidan : .....	Jam : .....	
<b>V. DATA SUBJEKTIF</b>		
L. Biodata		
3. Bayi		
Nama	: .....	
Umur/tgl/jam lahir	: .....	
Jenis kelamin	: .....	
Anak ke-	: .....	
Status anak	: .....	
4. Orang tua	Ibu	Ayah
Nama	: .....	: .....
Umur	: .....	: .....

Pendidikan	: .....	: .....
Pekerjaan	: .....	: .....
Agama	: .....	: .....
Suku bangsa	: .....	: .....
Status perkawinan	: .....	: .....
Alamat rumah	: .....	: .....
No. telp	: .....	: .....
Alamat tempat kerja	: .....	: .....
M. Alasan dirawat : .....		
N. Keluhan utama : .....		
O. Riwayat prenatal :		
GAPAH : .....		
Masa gestasi : .....		
Riwayat ANC : .....		
Penerimaan Kehamilan : <input type="checkbox"/> direncanakan <input type="checkbox"/> tidak direncanakan, <input type="checkbox"/> diterima <input type="checkbox"/> tidak diterima		
Penyulit selama masa prenatal : .....		
Konsumsi obat dan suplemen : .....		
Imunisasi TT : <input type="checkbox"/> TT <sub>1</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT <sub>2</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT ..... tgl.....		



Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin : .....

Riwayat penyakit ibu :

- DM    hepatitis B    B24    asma    Hipertensi    PMS    jantung  
 TB    alergi   lain-lain .....

Riwayat pengobatan ibu .....

P. Riwayat intranatal :

Penolong :..... tempat kelahiran ..... tanggal.....

Kala I; lama :.....jam, penyulit : .....

Tindakan:.....

Kala II; lama :.....jam/menit, penyulit : .....

Tindakan:.....

Bayi lahir jam :....., jenis kelamin : .....

Keadaan saat lahir : tangis.....gerak.....

Warna kulit.....

Kala III; lama :.....jam, keadaan plasenta :  lengkap    tidak lengkap    kalsifikasi

Keadaan tali pusat:  segar    layu    simpul

Jenis persalinan : .....

Indikasi.....
<p>Q. Faktor resiko infeksi</p> <p>Mayor : <input type="checkbox"/> suhu ibu &gt;38° C <input type="checkbox"/> KPD &gt;24 jam <input type="checkbox"/> ketuban hijau <input type="checkbox"/> korioamniotis <input type="checkbox"/> fetal distress</p> <p>Minor : <input type="checkbox"/> KPD &gt;12 jam <input type="checkbox"/> asfiksia <input type="checkbox"/> BBLR <input type="checkbox"/> ISK <input type="checkbox"/> UK&lt;37 minggu <input type="checkbox"/> gemeli</p> <p><input type="checkbox"/> keputihan <input type="checkbox"/> suhu ibu &gt;37°C</p>
<p>R. Riwayat postnatal :</p> <p>APGAR Skor :.....</p> <p>Inisiasi menyusu dini : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>Skor Bounding :.....</p> <p>Rooming-in : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>Kondisi .....</p>
S. Riwayat masa neonatus :.....
<p>T. Riwayat imunisasi</p> <p><input type="checkbox"/> BCG Tgl..... <input type="checkbox"/> Polio<sub>1</sub> Tgl..... <input type="checkbox"/> Hb<sub>1</sub> Tgl.....</p> <p>Komplikasi.....</p> <p><input type="checkbox"/> tidak imunisasi, alasan.....</p>
U. Bio-psiko-sosial-spiritual
<p>5. Biologis</p> <p>a. Pernafasan : <input type="checkbox"/> ada gangguan <input type="checkbox"/> tidak ada gangguan</p> <p>b. Nutrisi</p> <p>Jenis :.....</p> <p>Frekuensi :.....</p>

Porsi :.....

Keluhan/kendala : .....

c. Eleminasi

BAK; frekuensi :....., warna :....., bau :.....

BAB; frekuensi :....., warna :....., konsistensi :.....

d. Istirahat :.....

e. Aktivitas :.....

6. Psikososial

Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak : .....

Dukungan keluarga :.....

7. Sosial

Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :.....

Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak :.....

Pola Asuh Anak :.....

8. Spiritual

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak : .....

V. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan

Tanda-tanda bahaya pada bayi : .....

Pemberian ASI : .....

Perawatan bayi sehari-hari : .....



- Imunisasi : .....
- Pemberian MP-ASI : .....
- lain-lain .....

VI. DATA OBJEKTIF

D. Pemeriksaan fisik

Kedadaan umum :

Tangis : ....., Gerak : ....., Warna kulit : ....., Turgor : .....

HR....., RR....., Suhu.....

Tanda lahir :  tidak ada  ada.....

Pengukuran :

BB..... PB..... LK..... LD..... lingkaran.....

Kepala :

simetris  asimetris  cephal hematoma  kaput suksedanium   
macrocephali

microcephali  rambut .....

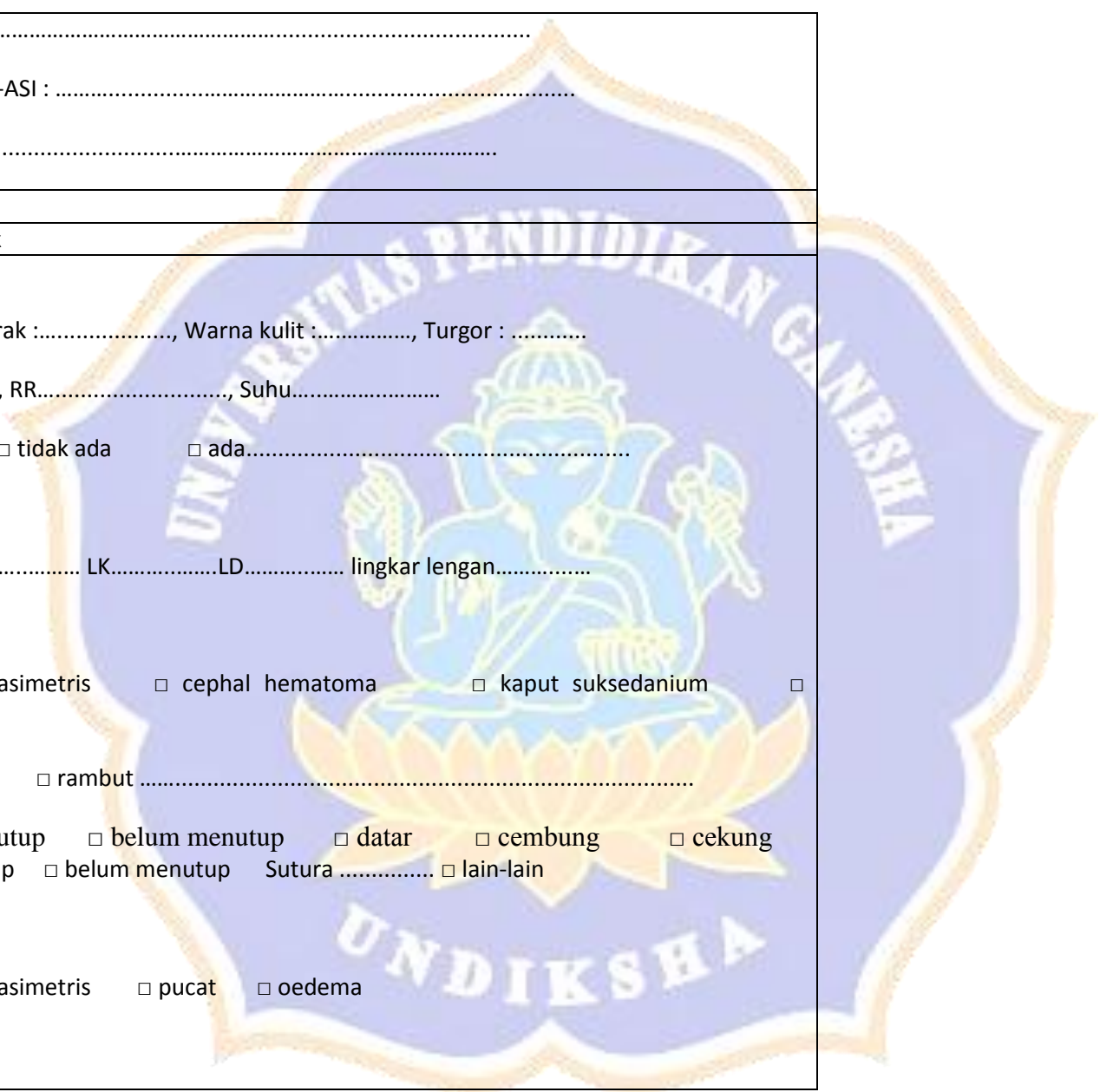
UUB :  menutup  belum menutup  datar  cembung  cekung

UUK :  menutup  belum menutup Sutura .....  lain-lain

Wajah :

simetris  asimetris  pucat  oedema

Mata :



simetris    asimetris   gerakan bola mata:    simetris    asimetris

warna konjungtiva:    merah muda    pucat    merah    ikterus

warna sclera:    putih    merah    ikterus

pengeluaran.....

lain-lain.....

Hidung :

NCH   Pengeluaran.....

lain-lain.....

Mulut & bibir :

mukosa :    kering    lembab   warna bibir :    merah muda    pucat

palatum :    utuh    palato schizis    labiopalato schizis    labiogenatopalato schizis

lidah .....

lain-lain.....

Telinga :

simetris    asimetris   pengeluaran.....

kelainan.....

Leher :

Pembengkakan kelenjar limfe    Pembengkakan kelenjar tiroid    Bendungan vena jugularis





pergerakan.....

lain-lain.....

Dada :

- simetris       asimetris       retraksi
- dyspneu       orthopneu       thacypneu       wheezing       ronchi

Keadaan payudara :

- simetris       asimetris      putting..... benjolan.....pengeluaran.....

Abdomen :

- distensi bising usus.....kondisi tali pusat.....lain-lain.....

Punggung :

- bentuk.....       spina bifida       gibus

Genitalia :

Perempuan : labia....., lubang uretra.....

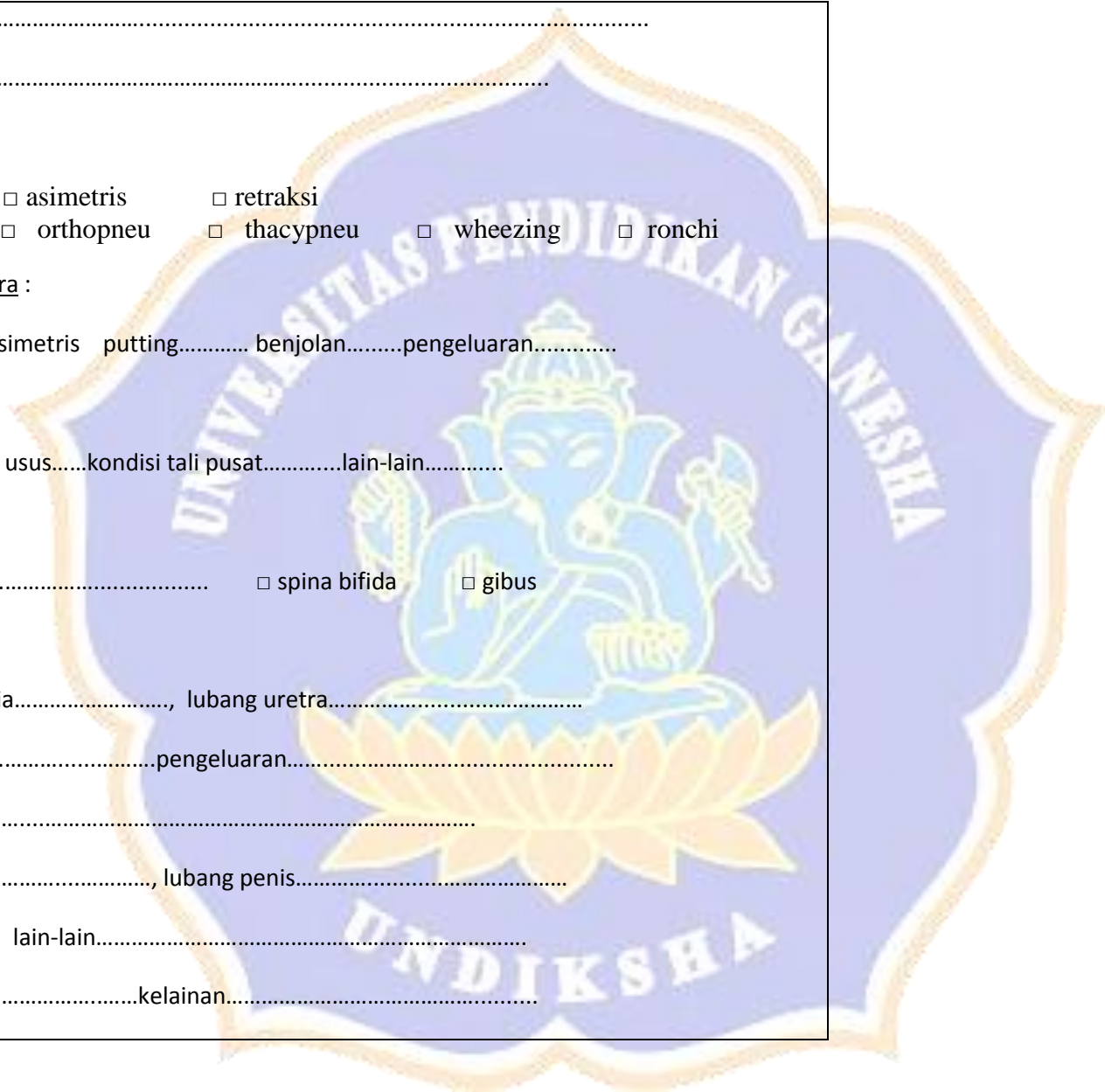
lubang vagina.....pengeluaran.....

kelainan.....

Laki-laki : testis....., lubang penis.....

- hermaphrodit      lain-lain.....

Anus : lubang.....kelainan.....



Ekstremitas :

Tangan :  simetris  asimetris jumlah jari.....

Kaki :  simetris  asimetris jumlah jari.....

kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabela reflex  Rooting reflex  Sucking reflex  Swallowing refleks

Tonick neck reflex  Morro reflex  Graps reflex  Babinsky reflex

E. Skor Bounding

F. Pemeriksaan penunjang

VII. ANALISA

VIII. PENATALAKSANAAN

CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA :

NO. RM :

RUANG :

UMUR :	TANGGAL :	KELAS :
TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA









FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

(5 W, 1H)

E. DATA SUBYEKTIF (Tgl.....jam.....)

2. Biodata

Identitas

Ibu

Suami

Nama

:

Umur

:

Agama

:

Suku Bangsa

:

Pendidikan

:

Pekerjaan

:

Alamat rumah

:

Telepon/HP

:

14. Alasan Datang /Keluhan Utama :

15. Riwayat Menstruasi

Menarche

:

Siklus

:

Lama

:



- Konsistensi :  
Volume :  
Keluhan :
16. Riwayat Pernikahan
  17. Riwayat Kesehatan
  18. Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu
  19. Riwayat Kehamilan sekarang
  20. Persalinan
    - e. Kala I
    - f. Kala II
    - g. Kala III
    - h. Kala IV
  21. Nifas sekarang
    - c. Ibu
    - d. Bayi
  22. Riwayat Laktasi Sekarang
  23. Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual
    - a. Biologis
      - 8) Bernafas
      - 9) Nutrisi
      - 10) Eliminasi
      - 11) Istirahat Tidur





12) Aktivitas

13) Personal Hygiene

14) Perilaku Seksual

e. Psikologis

3) Perasaan ibu saat ini

4) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini

f. Sosial

2) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan

g. Budaya

2) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi

24. Pengetahuan

25. Perencanaan KB:

4) Sudah

5) Belum

6) Rencana

F. Obyektif

8. Keadaan umum :

9. Kesadaran :

10. Keadaan emosi :

11. Tanda-tanda Vital



TD :  
Nadi :  
Pernapasan :  
Suhu :

12. Antropometri

BB sekarang :  
BB tgl :  
TB :

13. Pemeriksaan Fisik

h. Kepala :

7) Rambut :

8) Telinga :

9) Mata :

10) Hidung :

11) Bibir :

12) Mulut dan gigi:

i. Leher :

j. Dada :

k. Payudara

3) Bra :

4) Payudara :

l. Abdomen



6) Dinding abdomen :

7) Kandung Kemih :

8) Uterus :

9) Diastasis recti :

10) CVAT :

m. Anogenital

4) Vulva dan Vagina :

5) Perineum :

6) Anus :

n. Ekstremitas

Atas :

Bawah :

14. Pemeriksaan Penunjang :

G. ANALISA

P....A... Partus Spontan Belakang Kepala Nifas .... Jam

H. PENATALAKSANAAN







NAMA :	NO. RM :	RUANG :
UMUR :	TANGGAL :	KELAS :
TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA





--	--	--





FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU “.....”  
 AKSEPTOR KB BARU/LAMA.....

Tempat Pelayanan	Nomor RM:	
	Tanggal diberikan pelayanan: Tanggal jam prngkajian:	
Dokter yang merawat: Bidan:	Cara masuk: <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi <input type="checkbox"/> Rujukan..... <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin	
E. Data Subjektif		
II. Identitas	Ibu	Suami
Nama	.....	.....
Umur	.....	.....
Suku bangsa	.....	.....
Agama	.....	.....
Pendidikan	.....	.....
Pekerjaan	.....	.....
Alamat rumah	.....	.....
No. telepon	.....	.....
Alamat tempat kerja	.....	.....
No. telepon	.....	.....
2. Alasan Memeriksa Diri : .....		
3. Keluhan Utama : .....		
4. Riwayat Menstruasi Umur menarche:.....Lama haid:.....Keluhan saat haid :.....Siklus haid :..... <input type="checkbox"/> Dismenorea <input type="checkbox"/> Spoting <input type="checkbox"/> Menoragia <input type="checkbox"/> Metrorrhagia <input type="checkbox"/> Premenstruasi Syndrome <input type="checkbox"/> Lain – lain:.....		

5. Riwayat Perkawinan :

Pernikahan ke : .....

Lama : .....

Status : .....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl, bln/thn partus, umur anak	Tmp. penolong partus	UK saat Persalinan	Jenis persalinan	Kondisi saat bersalin	Keadaan anak			Keadaan sekarang
						B B	P B	JK	

7. Riwayat Laktasi

a. Pengalaman menyusui :  ada       tidak

b. Anak ke : .....

c. Pemberian ASI Eksklusif :  ya       tidak, alasan.....

d. Lama menyusui : .....

e. Kendala : .....

8. Riwayat KB

a. Jenis KB yang sedang/pernah digunakan :  PIL    IUD    Implant    Suntik

b. Lama : .....

c. Keluhan/efek samping : .....

d. Kapan berhenti : .....

e. Alasan berhenti : .....

f. Mulai penggunaan KB : .....

9. Riwayat Ginekologi

Infertil                       Kanker Kandungan:  vagina       serviks

Cervicitis Kronis       corpus uteri       tuba fallopi

Endometriosis       ovarium

<input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> cerviks <input type="checkbox"/> Polip Cervik <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan : Kapan : .....	<input type="checkbox"/> Tumor kandungan: <input type="checkbox"/> Perkosaan Jenis: <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/> ganas <input type="checkbox"/> uterus <input type="checkbox"/> tuba fallopi <input type="checkbox"/> ovarium <input type="checkbox"/> serviks <input type="checkbox"/> vagina	<input type="checkbox"/> vulva <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> copus uteri <input type="checkbox"/> ovarium
<b>10. Riwayat Penyakit Ibu</b> <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC		
<b>11. Riwayat Penyakit Keluarga</b> <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC		
<b>12. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Spiritual</b> <b>a. Biologis</b> 1. Bernafas: <input type="checkbox"/> Tidak Ada <input type="checkbox"/> Ada : <input type="checkbox"/> dyspneu <input type="checkbox"/> orthopneu <input type="checkbox"/> thacypneu <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> ronchi 2. Pola Nutrisi c) Makan:    frekuensi:.....x/hari,    komposisi:..... porsi:..... d) Minum:.....gelas/hari 3. Eliminasi d) BAK:.....x/hari e) BAB:.....x/hari f) Keluhan:..... 4. Istirahat/Tidur d) Tidur malam : .....jam e) Tidur siang : .....jam f) Keluhan : ..... 5. Aktivitas Sehari-Hari c) Lama aktivitas : .....jam d) Jenis aktivitas : ..... 6. Personal Hygiene d) Mandi : .....x/hari		

- e) Vulva hygiene
  - Waktu : .....
  - Kebiasaan : .....
  - Pemakaian pakaian dalam : .....
- f) Ganti pakaian/pakaian dalam : .....x/hari

7. Prilaku Seksual

- d) Cara : .....
- e) Frekuensi : .....
- f) Keluhan : .....

b. Psikososial

- f) Persepsi tentang KB : .....
- g) Kesiapan ber-KB:  siap  tidak
- h) Perasaan saat ini:  cemas  sedih  takut  malu  menolak
- i) Dukungan:
  - 3. Suami :  mendukung  tidak
  - 4. Keluarga :  mendukung  tidak
- j) Harapan : .....

c. kepercayaan / kebiasaan terkait dengan penggunaa alat kontrasepsi.....

d. Spiritual.....

13. Pengetahuan.....

14. Konseling pra penggunaan.....

F. DATA OBJEKTIF

3. Pemeriksaan Fisik

- d. Keadaan umum:  baik  lemah  jelek
- e. Tanda – tanda vital:
  - 5) Tekanan darah : .....mmHg
  - 6) Nadi : .....x/mnt
  - 7) Suhu : .....<sup>0</sup>C
  - 8) Respirasi : .....x/mnt

f. Antropometri:

- 4. Berat badan sekarang : .....kg
- 5. Berat badan sebelumnya: .....kg (tanggal:.....)

6. Tinggi badan :.....cm

4. Pemeriksaan Sistematis

h. Kepala

4. Wajah

Oedema :  Ada  Tidak ada

Pucat :  Ada  Tidak ada

Cloasma :  Ada  Tidak ada

5. Mata

Konjungtiva :  merah muda  pucat  merah

Sklera :  putih  kuning  merah

6. Mulut dan gigi

Bibir :  pucat  kemerahan dan  lembab  
 kering

Caries pada gigi :  ada  tidak ada

i. Leher

4. Kelenjar limfe :  ada pembengkakan  tidak ada

5. Kelenjar tiroid :  ada pembengkakan  tidak ada

6. Vena jugularis :  ada pelebaran  tidak ada

j. Dada

3. Nyeri tekan :  ada  tidak

4. Payudara dan aksila :

Bentuk :  simetris  asimetris

Putting susu :  menonjol  masuk  datar

Kelainan :  ada  tidak

Kebersihan :  bersih  tidak

Aksila :  pembengkakan  tidak ada  
pembengkakan

k. Abdomen

Bekas luka operasi :  ada  tidak

l. Anogenital

Pengeluaran cairan :  ada, jenis.....

Jumlah.....  tidak

Tanda – tanda infeksi : Pembengkakan:  ada  tidak

Luka :  ada  tidak

Inspikulo vagina :  tidak dilakukan  dilakukan,  
hasil.....

Kelainan :  ada  tidak

VT :  tidak dilakukan  dilakukan,  
hasil.....

Anus haemmoroid :  ada  tidak

m. Khusus Akseptor IUD

4. Inspikulo Vagina

Portio :  lunak  erosi  kaku

Kelainan :  ada  tidak

Ukuran kelainan : .....cm

5. Bimanual

Nyeri goyang portio :  ada  tidak

Massa :  ada  tidak

Lain-lain : .....

6. Kontrol

Benang IUD :  teraba  tidak

n. Tangan dan Kaki

4. Tangan

Oedema :  ada  tidak

Keadaan kuku :  bersih  tidak

5. Kaki

Edema :  ada  tidak

Varises :  ada  tidak

Keadaan kuku :  ada  tidak

6. Pemeriksaan Penunjang

- Pap Smear , hasil.....
- IVA , hasil.....
- Lain-lain :....., hasil.....

G. ANALISA.....  
.....  
.....

H. PENATALAKSANAAN  
:.....  
.....  
.....  
.....



CATATAN PERKEMBANGAN

Nama:	Nomor RM:	PAV:
Umur:	Tanggal:	Kelas:

TANGGAL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA
-------------	--------------------------------	--------------









**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA**

Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja-Bali  
Telepon (0362) 22570 Fax. (0362) 25735 Kode Pos 81116  
Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)

**LEMBAR KONSUL PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Ni Putu Ayu Candra Dewi  
NIM : 1606091067  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "YD" di PMB "SM" di Wilayah Kerja Puskesmas Penebel II Tahun 2019

Hari/Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
28 Januari 2019	Bab 1	<ul style="list-style-type: none"><li>- Latar Belakang: disesuaikan dengan kaidah penulisan latar belakang (masalah, kronologis, solusi)</li><li>- Manfaat: dibuat untuk masing-masing pihak terkait, mahasiswa, institusi, pendidikan, intitusi pelayanan, masyarakat.</li></ul>	
4 Februari 2019	Bab 1 dan Bab 2	<ul style="list-style-type: none"><li>- Latar Belakang: disesuaikan dengan kaidah penulisan latar belakang (masalah, kronologis, solusi)</li><li>- Manfaat: dibuat untuk masing-masing pihak terkait, mahasiswa, institusi, pendidikan, intitusi pelayanan, masyarakat.</li><li>- Bab 2</li></ul>	
24 Februari 2019	Bab 1 dan Bab 2	<ul style="list-style-type: none"><li>- Latar belakang : disesuaikan dengan pedoman lagi lebih focus.</li><li>- Manfaat : Ganti pada nama kalo sudah ada pasien.</li><li>- Tujuan : ganti-ganti pada bahasanya dikit agar lebih rinci dan singkat</li><li>- Pada bab 2 materi yang terbaru dan lihat tahun yang terbarunya dan pada varnanya berisi tujuan dan</li></ul>	



LEMBAR PERSETUJUAN

PROPOSAL STUDI KASUS

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN "YD"  
DI BPM "SM" WILAYAH KERJA DI PUSKESMAS PENEHEL II  
KABUPATEN TABANAN  
TAHUN 2019

Diajukan oleh :

NI PUTU AYU CANDRA DEWI  
NIM. 16067

Telah disetujui oleh :

PEMBIMBING I

Ketut Espana Giri, S.ST.,M.Kes  
NIP. 198206292006042016

PEMBIMBING II

Made Juliani, S.Kep.,Ns.,M.Pd  
NIP. 197707011999032002





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja-Bali  
Telepon (0362) 22570 Fax. (0362) 25735 Kode Pos 81116  
Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)

BERITA ACARA  
PELAKSANAAN UJIAN/ SEMINAR PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR  
MAHASISWA PRODI DIII KEBIDANAN UNDIKSHA

Pada hari ini ..Kamis..... Tanggal. 18..... Bulan..... APRIL.....  
Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di ..Ruang Kelas Lantai II.....  
telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII  
Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : NI Putu Ayu Candra Dewi  
NIM : 1606091067  
Pembimbing I : Ketut Espana Giri, S.ST., M.Kes  
Pembimbing II : Ni Made Juliani, S.Kep., Ns., M.Pd.  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "yo" di BPM "SM"  
di Wilayah Kerja Puskesmas Pencel II Kabupaten Tabanan Tahun 2019.

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Perbaiki tata tulis, penomoran, spasi, paragraph
2. Teori perubahan fisik ibu hamil Tr III diperbaiki
3. Kebutuhan dan kenyamanan fokus pd ibu hamil Tr III
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

Demikian berita acara ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat dipergunakan  
sebagaimana mestinya.

Singaraja, 18 April 2019.

Dewan Penguji:

- |                                       |         |
|---------------------------------------|---------|
| 1. Ketut Espana Giri, S.ST., M.Kes    | 1.      |
| 2. Ni Made Juliani, S.Kep., Ns., M.Pd | 2.      |
| 3. Ni K. M. Suliyastini, S.ST., M. Pd | 3.      |
| 4. ....                               | 4. .... |



LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI

PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN  
DI BPM "IP" WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAWAN I  
KABUPATEN BULELENG  
TAHUN 2019




Nama : Ni Putu Ayu Candra Dewi  
NIM : 1606091067

Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir

Program studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha

Pada Tanggal : 18 April 2019

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1	Ketut Espana giri,S.ST.,M.Kes	198206292006042016	
2	Ni Made Juliani,S.Kep.,Ns.,M.Pd	197707011999032002	
3	Ni Komang Sulyastini, S.ST.,M.Pd	197908022006042008	

Singaraja, April 2019  
Ketua Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan  
Fakultas Olahraga dan Kesehatan  
Universitas Pendidikan Ganesha



( Dr. I Ketut Sudiana,S.Pd.,M.Kes )  
NIP. 19670527 200112 1 001



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA  
Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja-Bali  
Telepon(0362) 22570 Fax. (0362) 25735 Kode Pos 81116  
Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)

### LEMBAR KONSUL TUGAS AKHIR

Nama Mahasisiwa : Ni Putu Ayu Candra Dewi  
NIM : 1606091067  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada  
Perempuan "KD" di PMB "KK" Wilayah Kerja  
Puskesmas Seririt I

Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 30 Agustus 2019	Bab 3,4,dan 5	- Ganti pada font pada kolom pada bab 4 - Tambahkan tentang IMD pada penatalaksanaan pada bayi	
Rabu, 4 September 2019	Bab 4 dan 5	- Perbaiki font pada kolom - Tambahkan data obyektif pada kesimpulan.	
Jumat, 6 September 2019	Bab 1,2,3,4 dan 5		

Singaraja, 2019

Penguji

Ni Komang Sulvastini,S.ST.,M.Pd  
NIP. 19790802200604 2 008



ANC



**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 21-10-2018  
 Hari Terakhir Persalinan (HTP), tanggal: 28-7-2019  
 Panjang Lengan Atas: 23 cm; KEK ( ): Non KEK ( )  
 Golongan Darah: A Tidak ada  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Tidak ada  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: Tidak ada  
 Riwayat Alergi: Tidak ada

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kepi/Su/Li	Denyut Jantung Janin (NPM)
21/10/18	kehadiran - normal	120/80	57	9 minggu	-	-	-
19/11/18	kehadiran - normal	110/70	-	12-13	-	-	-
17/12/18	f.a.f	110/70	-	15-16	-	-	-
15/01/19	f.a.b	110/70	-	22-23	ball	⊕	150 bpm
20/02/19	f.a.b	120/70	-	26-27	ball	⊕	150 bpm
18/03/19	f.a.f	120/70	-	30-31	letter	⊕	150 bpm
16/04/19	-	120/80	-	32-33	letter	⊕	150 bpm

Diisi oleh petugas

Hamil ke II, Jumlah persalinan ...  
 Jumlah anak lahir kurang dari ...  
 Jumlah anak lahir dengan berat ...  
 Jarak kehamilan ini dengan ...  
 Status imunisasi TT terakhir ...  
 Penolong persalinan terakhir ...  
 Cara persalinan terakhir ...

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium
-/+	-
-/+	-
-/+	-
⊕/+	-
⊕/+	-
⊕/+	-
-/+	-
-/+	-
-/+	-

Nomor Registrasi Ibu :  
 Nomor Urut di Kohort Ibu :  
 Tanggal menerima buku KIA : 27 Desember 2018  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan :

**IDENTITAS KELUARGA**

Nama Ibu : Koclek Dewi  
 Tempat/Tgl. Lahir : 27 tahun  
 Kehamilan ke : II Anak terakhir umur : 3 tahun  
 Agama : Hindu  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi  
 Golongan Darah : A  
 Pekerjaan : IRT  
 No. JKN :

Nama Suami : Gede Redha  
 Tempat/Tgl. Lahir : 33 tahun  
 Agama : Hindu  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi  
 Golongan Darah : A  
 Pekerjaan :

Alamat Rumah : Banjar Gunung Sari Desa Mayang  
 Kecamatan : Buleleng  
 Kabupaten/Kota : Buleleng  
 No. Telp. yang bisa dihubungi : 085925261002

Nama Anak :  
 Tempat/Tgl. Lahir :  
 Anak Ke : dari anak  
 No. Akte Kelahiran :

INC





KF dan KN





KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA**  
**FAKULTAS OLAHRAGA DAN KESEHATAN**  
**JURUSAN ILMU KEOLAHRAGAAN**

Alamat: Kampus Tengah Undiksha, Jl. Udayana Singaraja – Bali Telp. 0362-32559

**BERITA ACARA**

No.

Pada hari ini: Jumat tanggal 30 Agustus 2019 jam 15.00 s/d 16.00 Wita,  
bertempat di Ruang Kelas Lantai 2 Prdi D3 Kebidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan  
Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir  
yang diajukan oleh:

Nama : NI PUTU AYU CANDRA DEWI  
NIM : 1606091067  
Prodi : Diploma 3 Kebidanan  
Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan  
Judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan  
"KD" di BPM "KE" Wilayah Kerja Puskesmas  
Seririt E.

Pembimbing I : Ketut Espana Giri, S.ST, M.Kes  
Pembimbing II : Made Jullani, S.Kep, NS, M.Pd

dengan hasil: ujian lulus tanpa revisi / ujian lulus dengan revisi / ujian ditulang\*  
selama 1 minggu dihitung dari tanggal 31 Agustus sampai  
dengan 8 September 2019.

Demikian berita acara ini dibuat dengan sebenarnya agar dapat dipergunakan sebagaimana  
mestinya.

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Ketut Espana Giri, S.ST, M.Kes</u>	<u>198206292006042016</u>	
2.	<u>Made Jullani, S.Kep, NS, M.Pd</u>	<u>197707011999032002</u>	
3.	<u>NI Komang Sulyastini, S.ST, M.Pd</u>	<u>197908022006042008</u>	

Mengetahui,  
Ketua Jurusan

Dr. I Ketut Sudiana, S.Pd., M.Kes.  
NIP. 196705272001121001

Singaraja, 30 Agustus 2019.

Ketua Penilai

Ketut Espana Giri, S.ST, M.Kes  
NIP. 198206292006042016

