

Jadwal Pelaksanaan Asuhan Kebidanan Komprehensif

No	Kegiatan	Bulan																											
		Des '18				Jan '19				Feb '19				Mar '19				April '19				Mei '19				Jun-Jul'19			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>I</b>	<b>Perencanaan</b>																												
1	Konsultasi masalah dan judul			x	x																								
2	Konsultasi Proposal					x	x	x	x	x																			
3	Persiapan ujian									x	x																		
4	Ujian proposal									x	x	x																	
<b>II</b>	<b>Pelaksanaan</b>																												
1	Pengurusan izin												x																
2	Pengumpulan data													x	x	x	x	x											
3	Analisa data													x	x	x	x												
4	Penatalaksanaan													x	x	x	x	x											
<b>III</b>	<b>Pelaporan</b>																												
1	Penyusunan laporan																	x	x	x	x	x	x	x	x	x			
2	Pengetikan laporan																	x	x	x	x	x	x	x	x				
3	Konsultasi laporan																				x	x	x	x	x				
4	Penyebaran Studi Kasus																										x		
5	Ujian Studi Kasus																											x	x



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 : 467/UN48.12.6/KM/2019 Singaraja, 08 Mei 2019  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Yth. Praktek Mandiri Bidan  
Ibu Nopriati Titiek Cendrawati, 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 Made Ariska Diah Pratiwi, NIM : 1606091073, 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.



Ibeshit Budaya Astra, S.Pd., M.Or  
NIP.19640408 199703 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Kubutambahan I
2. Arsip



**BIDAN PRAKTIK MANDIRI**

**Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.,Keb**

**Desa Kubutambahan, Kecamatan Kubutambahan, Kabupaten Buleleng**

**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.,Keb.

NIP : 196811301989032008

Alamat : Desa Kubutambahan, Kecamatan Kubutambahan, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Made Ariska Diah Pratiwi

Nim : 1606091073

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Nopriati Titiek Cendrawati,A.Md.,Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan"LY" Di PMB "TC" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019

Singaraja , 15 Mei 2019

Mengetahui,

Praktik Mandiri Bidan

Nopriati Titiek Cendrawati,A.Md.,Keb

NIP. 196811301989032008

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada :

Calon Responden

Di PMB "TC" Wilayah Kerja

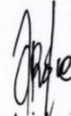
Puskesmas Kubutambahan I

Dengan hormat,

Saya, Ni Made Ariska Diah Pratiwi, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada perempuan "LY" di PMB "TC" di Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I", sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III 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 Made Ariska Diah Pratiwi)

NIM. 1606091073

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

*(Informed Consent)*

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Kadek Lilik Yasmini

Umur : 27 tahun

Alamat : Banjar Dinas Kubuanyar, Desa Kubutambahan

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 “LY” di PMB “TC” Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan 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, Mei 2019

METERAI  
TEMPEL  
491AFF891183082  
6000  
LAP RIBU RUPIAH

Responden  
*Ky*  
(Kadek Lilik Yasmini)

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

Tempat pelayanan:	Nomor RM :	
	Tanggal diberikan pelayanan :	
	Tanggal/jam pengkajian :	
Dokter yang merawat:	Cara Masuk	
Bidan :	<input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi <input type="checkbox"/> Rujukan.....	
	<input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin	
<b>A. Data Subyektif</b>		
1. Identitas	Ibu	Suami
Nama	.....	.....
Umur	.....	.....
Suku Bangsa	.....	.....
Agama	.....	.....
Pendidikan	.....	.....
Pekerjaan	.....	.....
Alamat Rumah	.....	.....
No telepon	.....	.....

Alamat Kerja	.....	.....						
No Telepon	.....	.....						
2. Alasan Memeriksa Diri :								
3. Keluhan Utama :								
4. Riwayat Menstruasi								
Umur Menarche :	Siklus haid :							
Jumlah darah :	Lama haid :	4 hari						
HPHT :	TP :							
Keluhan saat haid :								
<input type="checkbox"/> Disminorhea	<input type="checkbox"/> Spotting	<input type="checkbox"/> Menoragia						
<input type="checkbox"/> Premenstrual Syndrome	<input type="checkbox"/> Metrorrhagia							
5. Riwayat Perkawinan : <input type="checkbox"/> kawin <input type="checkbox"/> tidak kawin <input type="checkbox"/> sah								
tidak sah .....kali. Lama kawin.....tahun								
6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu								
No	Tgl/Bln/Thn Partus/umur anak	Tempat / Penolong Partus	UK saat Persalinan	Jenis Persalinan	Kondisi Saat Bersalin	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ JK/ BBL/ Keadaan Sekarang	Laktasi
7. Riwayat Hamil ini :								

Pemeriksaan sebelumnya: ANC ..... kali, di ..... , TT ..... kali,  
Tgl.....

Keluhan/ Tanda Bahaya:

TW I  mual muntah lebih  perdarahan lain-lain:  
 mual-mual saat  
 hamil muda

TW II/ III  pusing  sakit kepala  perdarahan keluar air  
 pervaginam  pandangan kabur  
lain-lain.....

Merasakan gerakan janin :  belum sudah sejak minggu/bulan  
yang lalu  
Saat ini.....

Obat dan suplemen yang pernah diminum : .....

Perilaku yang membahayakan kehamilan :  
 Merokok pasif/aktif  minum jamu minum-minuman keras kontak  
dengan binatang  narkoba diurut dukun

Riwayat pemeriksaan penunjang : .....

---

8. Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh Ibu/ Riwayat Operasi

Kardiovaskuler  Hipertensi  Asthma  Epilepsi  
Kapan.....

TORCH   TBC  DM  PMS

---

Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, Ibu, Adik, Paman, Bibi) yang Pernah Menderita  
Sakit :

Keturunan :

Kanker  Asthma  Hipertensi  DM  Penyakit Jiwa  
 Kelainan Bawaan  Hamil Kembar  Epilepsi  
Alergi.....



Menular : <input type="checkbox"/> Penyakit hati/ Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC    PMS/HIV/AIDS Lain-lain.....
10. Riwayat Gynekologi <input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> Cervicitis kronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma Polip Servik <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan
11. Riwayat & Rencana Penggunaan Kontrasepsi : Metode kontrasepsi yang pernah dipakai:..... Lama: ..... Efek samping/ komplikasi kontrasepsi : ..... Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan : ..... Rencana jumlah anak : ..... Alasan : .....
12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual a. Biologis : 1) Bernafas : <input type="checkbox"/> tidak ada keluhan <input type="checkbox"/> ada keluhan : ..... 2) Makan Frekuensi ..... x sehari Jenis : <input type="checkbox"/> makanan pokok... <input type="checkbox"/> Lauk pauk : ..... <input type="checkbox"/> Sayur <input type="checkbox"/> Buah..... Porsi : <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Besar Perubahan nafsu makan: <input type="checkbox"/> Ada, ..... <input type="checkbox"/> Tidak ..... Pantangan makanan : .....tidak ada..... Minum : Jumlah .....gelas/hari, Jenis : ..... <input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/> Teh 3) Eliminasi

BAK, frekuensi..... x sehari, warna :..... , Keluhan:.....

BAB, frekuensi..... x sehari, Konsistensi:..... , Keluhan :.....

#### 4) Istirahat dan Tidur

Siang :  Tidak Ya,.....jam

Malam :.....jam

Keluhan :.....

#### 5) Hubungan Seksual

Perubahan pola :  Tidak Ya

Dampak perubahan  pola : pada suami.....

padakehamilan.....

#### Psikososial

Perasaan sebagai calon orang tua dan suasana hati:

Rasa takut  Malu  Kecewa  Bahagia  Siap secara mental

Penerimaan terhadap kehamilan ini:

Direncanakan :  Ya  Tidak Diterima :  Ya  Tidak

Hubungan dengan keluarga  Baik  Renggang  Tidak baik

Pengambilan Keputusan :  Suami  Sendiri  Orang tua Mertua

Keluarga

lain.....

Persiapan persalinan:  Tempat .....  Penolong .....

Pelengkapan Ibu dan bayi  Donor.....  Transportasi.....

#### Pendamping

Pengasuh anak di rumah .....

Social Support :   Suami  Orang tua  Mertua

Keluarga lain.....

Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....

c. Spiritual: .....
<p>13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan</p> <p>TWI: <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya      <input type="checkbox"/> keluhan lazim dan cara mengatasinya      <input type="checkbox"/> dukungan keluarga      <input type="checkbox"/> deteksi dan pencegahan kelainan konginetal      <input type="checkbox"/> hubungan seksual yang aman</p> <p>TWII: <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya      <input type="checkbox"/> nutrisi gerakan dan aktivitas</p> <p><input type="checkbox"/> cara mengatasi keluhan lazim      <input type="checkbox"/> persiapan persalinan      <input type="checkbox"/> personal hygiene      <input type="checkbox"/> pola hidup sehat</p> <p>TW III : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya      <input type="checkbox"/> deteksi tum-bang</p> <p><input type="checkbox"/> janin      <input type="checkbox"/> tanda-tanda persalinan      <input type="checkbox"/> teknik mengatasi rasa nyeri persalinan      <input type="checkbox"/> peran pendamping      <input type="checkbox"/> teknik dan posisi meneran</p> <p>IMD</p>
<b>B. Data Obyektif</b>
<p>1. Pemeriksaan Umum</p> <p>Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik      <input type="checkbox"/> lemah      <input type="checkbox"/> jelek</p> <p>Kesadaran : <input type="checkbox"/> kompos mentis      <input type="checkbox"/> apatis      <input type="checkbox"/> delirium      <input type="checkbox"/> somnolen      <input type="checkbox"/> stupor      <input type="checkbox"/> comatose</p> <p>GCS : E.....V.....M.....</p> <p>Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/> tenang      <input type="checkbox"/> gelisah      <input type="checkbox"/> takut      <input type="checkbox"/> murung</p> <p><input type="checkbox"/> bingung      <input type="checkbox"/> kecewa</p> <p>Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya (tgl.....)..... Kg, TB..... cm</p> <p>Tanda-tanda Vital : tekanan darah:..... mmHg, tekanan darah sebelumnya (tgl.....)..... mmHg, Nadi:.....x/menit, Suhu :.....°C, Respirasi:.....x/menit</p>
<p>2. Pemeriksaan Fisik</p> <p>a. Wajah : <input type="checkbox"/> tidak kelainan      <input type="checkbox"/> oedema      <input type="checkbox"/> pucat</p> <p>b. Mata :</p> <p>1) conjungtiva: <input type="checkbox"/> merah muda      <input type="checkbox"/> pucat      <input type="checkbox"/> merah</p> <p>2) Sclera: <input type="checkbox"/> putih      <input type="checkbox"/> kuning      <input type="checkbox"/> merah</p>

c. Mulut :

- 1) Mukosa:  lembab  kering  
2) Bibir:  segar  pucat  biru  
3) Gigi :  tidak ada caries  ada caries  
4) Lain-lain .....

- d. Leher:  tidak ada kelainan  ada pembengkakan kelenjar limfe  
 bendungan vena jugularis  pembesaran kelenjar thyroid  
Lain-lain.....

e. Dada

- Kelainan :  dispneu  orthopneu  tachypneu  wheezing  
Payudara :  tidak ada kelainan  Areola hiperpigmentasi  kolostrom bersih  
Kelainan :  asimetris,  Ptosis:  datar  masuk  dimpling retraksi  
Kebersihan:   bersih  
kotor .....

f. Tangan dan Kaki:

- 1) Tangan :  oedema  warna kuku:  pucat merah muda  
2) Kaki :  oedema.....  varises.....  
warna kuku:  pucat  merah muda

Abdomen :

Pembesaran

perut.....

- Inspeksi: arah pembesaran  memanjang  melebar  
 Linea alba  Linea nigra  Striae Livide  Striae Albicans  
Bekas luka operasi

Lain-lain .....

Tinggi Fundus Uteri : .....cm/..... (jari)

Palpasi Leopold

L I : TFU.....pada fundus teraba bagian.....

L II : di sebelah kanan teraba.....

di sebelah

kiri.....

L III : bagian bawah teraba .....

bisa digoyangkan       tidak bisa digoyangkan

LIV:  konvergen..... sejajar

divergen

TBJ : .....

His (kalau ada),frekuensi:.....

Nyeri tekan

Auskultasi : DJJ .....x/menit       Teratur       Tidak Teratur

b. Anogenital

Inspeksi :    pengeluaran pervaginam darah       lender

air ketuban      keputihan

Inspekulo vagina (kalau ada indikasi).....

Vagina Toucher (kalau ada indikasi).....

---

Pemeriksaan Penunjang

Tanggal : ..... Jam : .....

Darah Hb : .....gr % Urine

protein:..... Urine

reduksi:.....

CTG/NST:.....

USG:.....

Lain-lain : .....

**C. ANALISA**

**D. PENATALAKSANAAN**



### CATATAN PERKEMBANGAN

Nama :	No.RM :	PAV :
Umur :	Tanggal :	Kelas :
Tgl/jam	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf & nama
		





## Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				2
I	1	Terlalu muda hamil I $\leq 16$ Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I $\geq 35$ Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin $\geq 4$ Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi $\geq 10$ Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi $\leq 2$ Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur $\geq 35$ Tahun	4				
	7	Terlalu pendek $\geq 145$ cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9		Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4			
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
10	Pernah operasi sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang Darah b. Malaria,					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
	f. Penyakit Menular Seksual	4					
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
13	Hamil kembar	4					
14	Hydramnion	4					
15	Bayi mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan lebih bulan	4					
17	Letak sungsang	8					
18	Letak Lintang	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					2

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN ” ....”

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

Hari/tanggal :

Pukul :

Tempat :

DATA SUBYEKTIF (hari/ tanggal ..... pukul.....)

1. Identitas

Ibu

Suami

Nama :

Umur :

Suku bangsa :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat rumah :

Telepon / Hp :

Alamat yang mudah di hubungi :

Alasan berkunjung dan keluhan utama .....

.....

Riwayat persalinan ini

Keluhan ibu :

Sakit perut, sejak.....

Keluar air, sejak..... keadaan : bau..... warna.....jumlah...

Lendir bercampur darah, sejak.....  Lain-lain.....

Gerakan janin :

aktif  Menurun  tidak ada,

sejak.....

Tindakan yang telah dilakukan ( khusus pasien rujukan ).....

Riwayat kebidanan yang lalu

Kehamilan ke-	Tgl lahir / umur anak	UK	Jenis Persalinan	Penolong	Bayi		Komplikasi ibu dan bayi	Laktasi	Ket
					BB/PB	JK			

Riwayat kehamilan sekarang

HPHT.....( TP.....)

Pemeriksaan sebelumnya

ANC.....kali, di.....,TT.....kali, Tanggal.....,

janin dirasakan sejak.....bulan yang lalu

c. Tanda bahaya kehamilan yang pernah dialami :

Tidak ada  ada.....  
tindakan.....  
terapi.....

d. Pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan :

Tidak ada  ada, hasil  
terlampir.....

e. Perilaku/kebiasaan yang membahayakan kehamilan :

Merokok pasif/aktif  Minum jamu   
Minum-minuman keras  
 Kontak dengan binatang  Narkoba  Diurut dukun

Riwayat Kesehatan

a. Penyakit yang sedang atau pernah diderita ibu :

Infeksi saluran kencing,  TBC,  Epilepsi,  Hepatitis,  Malaria,  
 PMS,  Kelainan darah

Penyakit keluarga yang menular :

HIV / AIDS,  Hepatitis,  TBC,  PMS

Riwayat penyakit keturunan :

DM,  Hipertensi,  Jantung

d. Riwayat faktor keturunan :

Faktor keturunan kembar,  Kelainan congenital,  kelainan jiwa,  
kelainan darah

Riwayat menstruasi dan KB :

Siklus menstruasi :  Teratur,  tidak.....hari

Lama haid : .....hari

Kontrasepsi yang pernah dipakai : .....  
lama....., rencana yang akan digunakan.....

Rencana jumlah anak : .....anak

Data biologis, psikologis, sosial, spiritual

Keluhan bernafas :  tidak ada,  ada,.....

Nutrisi

Makan terakhir pukul....., porsi.....,  
jenis.....

Minum terakhir pukul....., jumlah.....cc,  
jenis.....

- Nafsu makan :  baik,  menurun

Istirahat

Tidur malam : .....jam, keluhan.....

Istirahat siang : .....jam, keluhan.....

Kondisi saat ini

• Bisa istirahat diluar kontraksi :  ya,  tidak, alasan.....

• Kondisi fisik :  kuat,  lemah,  terasa mau pingsan

Eliminasi

BAB terakhir : pukul.....konsistensi.....

BAK terakhir : pukul..... jumlah.....

Keluhan saat BAB/BAK.....

Psikologis

Siap melahirkan :  ya,  tidak, alasan.....

Perasaan ibu saat ini :  bahagia dan kooperatif,  kecewa,  malu,  takut,  sedih,  cemas,  menolak,  putus asa

Sosial

Perkawinan.....kali, status :  sah,  tidak sah

Lama perkawinan dengan suami sekarang :.....tahun

Hubungan dengan suami dan keluarga :  harmonis,  kurang harmonis  
pengambilan keputusan :  suami & istri,  suami,  istri,  keluarga besar,

lain-lain.....

Persiapan persalinan yang sudah siap :  perlengkapan ibu,

perlengkapan bayi,  biaya,  calon donor, nama.....,

pendamping,  transportasi.....

g. Spiritual dan ritual yang perlu dibantu :.....

Pengetahuan ibu dan pendamping yang dibutuhkan :  Tanda dan gejala

persalinan,  Teknik mengatasi rasa nyeri,  Mobilisasi dan posisi persalinan,

Teknik meneran,  Teknik Inisiasi Menyusui Dini ( IMD ),

Peran pendamping,  Proses persalinan

II. DATA OBYEKTIF (hari/tanggal.....pukul.....)

Keadaan umum :.....

GCS : E.....M.....V

Kesadaran :  kompos mentis,  somnolen,  sopor,  spoor somantis,  
 koma

Keadaan emosi :  stabil,  tidak stabil

Keadaan psikologi :  takut,  murung,  bingung

Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya  
tgl.....).).....kg, TB.....cm

Tanda vital : suhu.....oC, nadi.....x/mnt,  
respirasi.....x/mnt, TD sebelumnya  
((tgl.....) .....mmhg

Pemeriksaan fisik

a. Wajah :  tidak ada kelainan ,  oedema,  pucat

b. Mata

Conjuctiva:  merah muda ,  pucat,  merah

- Sclera :  putih,  kuning,  merah

Mulut

mukosa:  lembab,  kering

- bibir :  segar,  pucat,  biru

- gigi :  bersih,  tidak bersih,  ada karies,  tidak ada  
karies

d. Leher :  Tidak ada kelainan  pembengkakan kelenjar limfe

pembendungan vena jugularis  Pembesaran kelenjar tiroid

Lain-lain.....

e. Dada dan aksila :  tidak ada kelainan ,  ada,.....

Payudara :  tidak ada kelainan ,  areola hiperpigmentasi,  
 kolostrum,  bersih Kelainan

Kebersihan :  asimetris, puting:  datar ,  masuk,   
dimpling  retraksi

:  bersih,  sedang,

f. Abdomen

- Pembesaran perut : sesuai UK ,  tidak sesuai UK,.....

- Arah :  melebar,  memanjang

Bekas luka operasi : ada ,  tidak ada,.....

Palpasi Leopold:

Leopold I:

- TFU : .....

Teraba,.....

2. Leopold II

- di sebelah.....teraba datar, memanjang, dan ada tahanan

di sebelah.....teraba bagian kecil janin

Leopold III

.....  
.....  
bisa digoyangkan ,  tidak bisa digoyangkan

Leopold IV

- posisi tangan :  konvergen,  sejajar,  divergen

perlimaan :

TFU ( Mc. Donald)..... cm

Tafsiran berat badan janin.....gram

- HIS :  tidak ada,  ada,.....

frekuensi .....x/ 10 menit, durasi.....detik

Auskultasi : DJJ... ....x/menit  teratur ,  tidak teratur



Genetalia dan

Anus VT:

tanggal.....jam.....oleh.....

- Pengeluaran:  tidak ada,  ada, berupa.....,  oedema,  
sikatrik,  varices

Vagina:

skibala, tanda infeksi;  merah,  bengkak,  nyeri (jika ada:  
pada.....)

Portio: konsistensi:  lunak,  kaku,  dilatasi:.....cm,  
penipisan (effacement):.....%, selaput ketuban:  utuh,  tidak utuh

Presentasi:....., denominator:.....posisi.....

Moulage:  0,  1,  2,  3

Penurunan; Hodge  I,  II,  III,  IV

Bagian kecil;  ada,  tidak ada

Tali Pusat:  ada,  tidak (jika ada:  berdenyut,  tidak)

Pemeriksaan panggul (Berdasarkan indikasi)

Promontorium:  teraba,  tidak, Conjugata Diagonalis.....cm (Conjugata  
vera.....cm)

Linea inominata kanan/kiri teraba:...../.....bagian

Dinding panggul:  sejajar,  divergen,  konvergen

Sakrum:  konkaf,  konfeks

Spina ischiadika;  tumpul,  menonjol,  sangat menonjol

Os coccygeus dapat didorong:  ya,  tidak

Arkus pubis:  >90,  <90,  90°

Kesan panggul:.....

Pelvic score (bila diperlukan).....

Anus: haemorrhoid: ada,  tidak

Tangan

oedema, kuku jari:  pucat, biru,  merah muda

Kaki

simetris,  asimetris,  oedema,  varices, kuku jari:  pucat,  biru,

merah muda

Refleks patella kanan/kiri.....

Pemeriksaan penunjang

Tanggal : ..... jam .....

a. Hb:.....gram%, proteinuria:....., reduksi urine:.....

Golongan darah:.....Rh.....

Tes nitrasin/lakmus (bila ada pengeluaran cairan):.....

USG dan NST (kalau ada):.....

Lain-lain.....

### III. ANALISA

### IV. PENATALAKSANAAN

CACATAN PERKEMBANGAN / PROGRESS NOTES

NAMA :

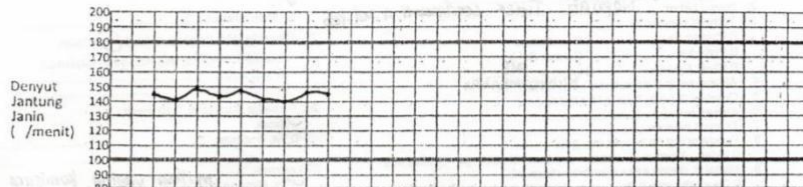
UMUR :

ALAMAT :

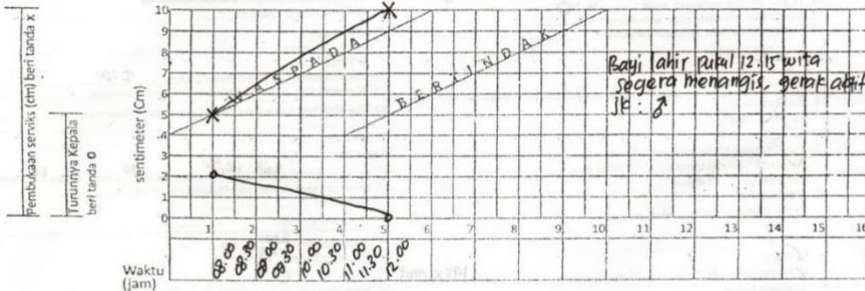
Tanggal/Januari	Catatan Perkembangan (Soap)	Nama & Paraf
		

**PARTOGRAF**

No. Register  Nama Ibu: Pr"LY" Umur: 27 tahun G: 2 P: 1 A: 0  
 No. Puskesmas  Tanggal: 19 Juni 2019 Jam: 08.00 wita  
 Ketuban Pecah sejak jam 12.00 wita Mules sejak jam 01.00 wita (19-6-2019)

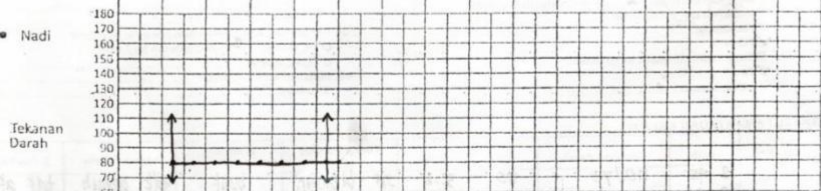


Air ketuban penyusupan	U	0							J	0
------------------------	---	---	--	--	--	--	--	--	---	---



Oksitosin U/L tetes/menit																
---------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Obat dan Cairan IV



Suhu °C	36,5	36,5														
---------	------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Urin	Protein															
	Aseton															
	Volume	100cl														
Minum		200 cl														

**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal: 19 Juni 2019  
 2. Nama bidan: Noprah  
 3. Tempat persalinan: Titiek Cendrawati, A. Md. Feb  
 4. Alamat tempat persalinan: Kwartir Tambahan  
 5. Catatan: 0 rujuk, kala: I / II / III / IV  
 6. Alasan rujuk:  
 7. Tempat rujukan:  
 8. Panduan ing pada saat merujuk:  
 9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:  
 24. Menses fundus uteri?  
 25. Plasenta lahir lengkap (intact)  Ya  
 26. Plasenta tidak lahir >30 menit:  
 27. Lesorasi:  
 28. Jika lesorasi perineum, derajat: 1/0/3/4  
 29. Atoni uteri:  
 30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: +100 ml  
 31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:  
 32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:  
 Hasilnya: .....

**KALA I**

10. Temuan pada fase laten: ..... Perlu intervensi Y/D  
 11. Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y/D  
 12. Masalah pada fase aktif, sebutkan:  
 13. Penatalaksanaan masalah tersebut:  
 14. Hasilnya: .....

**KALA II**

14. Epiotomi:  
 15. Pendamping pada saat persalinan:  
 16. Gawat janin:  
 17. Distosia bahu:  
 18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:  
 Hasilnya: .....

**KALA III**

19. Inisiasi Menyusu Dini:  
 20. Lama kala III: 15 menit  
 21. Pemberian Oksitosin 10 U im?  
 22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?  
 23. Penegangan tali pusat terkendali?  
 Hasilnya: .....

**BAYI BARU LAHIR:**

34. Berat badan: 2800 gram  
 35. Panjang badan: 49 cm  
 36. Jenis kelamin: P  
 37. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit  
 38. Bayi lahir:  
 39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:  
 40. Masalah lain, sebutkan:  
 Hasilnya: .....

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam:Mo	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	X Keras (2) Uterin	Y darah keluar
1	12.45	110/70	80	36.6	21r keb pjt	baik	tdk penuh	tdk aktif
	13.00	110/70	80		21r keb pjt	baik	tdk penuh	tdk aktif
	13.15	110/70	80		21r keb pjt	baik	tdk penuh	tdk aktif
2	13.30	110/70	80		21r keb pjt	baik	tdk penuh	tdk aktif
	14.00	110/70	80	36.6	21r keb pjt	baik	tdk penuh	tdk aktif
	14.30	110/70	80		21r keb pjt	baik	tdk penuh	tdk aktif

<b>LANGKAH-LANGKAH APN+IMD</b>
<b>I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala Dua</b>
<p>Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan</p> <p>Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran</p> <p>Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina</p> <p>Perineum tampak menonjol</p> <p>Vulva dan sfinger ani membuka</p>
<b>II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan</b>
<p>Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir :</p> <p>Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat,</p> <p>3 handuk/ kain bersih dan kering ( termasuk ganjal bahu bayi),</p> <p>Alat penghisap lendir,</p> <p>Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi</p> <p>Untuk ibu :</p> <p>Menggelar kain di perut bawah ibu</p> <p>Menyiapkan oksitosin 10 unit</p> <p>Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set</p>
Pakaian celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering
Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
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>Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT</p> <p>Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang</p> <p>Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia</p> <p>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.</p>
<p>Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <p>Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.</p>
Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan

<p>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>Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 kali / menit ).</p> <p>Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</p> <p>Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.</p>
<p><b>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN</b></p>
<p>Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.</p> <p>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.</p> <p>Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.</p>
<p>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.</p>
<p>Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:</p> <p>Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif</p> <p>Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.</p> <p>Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).</p> <p>Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.</p> <p>Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.</p> <p>Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).</p> <p>Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai</p> <p>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.</p>
<p>Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.</p>
<p><b>V. PERSIAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b></p>
<p>Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.</p>
<p>Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.</p>
<p>Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.</p>
<p>Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.</p>
<p><b>VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b></p>
<p><b>Lahirnya Kepala</b></p>
<p>19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi</p>

<p>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</p>
<p>Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, segera lanjutkan proses kelahiran bayi. <i>Perhatikan!</i> <i>Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.</i> <i>Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.</i></p>
<p>Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.</p>
<p><b>Lahirnya Bahu</b></p>
<p>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.</p>
<p><b>Lahirnya Badan dan Tungkai</b></p>
<p>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.</p>
<p>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).</p>
<p><b>VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR</b></p>
<p><b>Lakukan penilaian (selintas):</b> Apakah bayi cukup bulan? Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas tanpa kesulitan? 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>
<p><b>Keringkan tubuh bayi</b> 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>Beritahu ibu ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.</p>
<p>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>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><b>Pemotongan dan pengikatan tali pusat</b></p> <p>Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan penggungtingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.</p> <p>Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikan tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.</p> <p>Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.</p>
<p>Letakkan bayi tengurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berdpda diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau areola mammae ibu.</p> <p>Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.</p> <p>Biarkan bayi melakukan kontak kulit-ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.</p> <p>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.</p> <p>Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.</p>
<p><b>VIII. MANEJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)</b></p>
<p>Pindahkan klem tali pusat singga berjarak 5-10 cm dari vulva.</p>
<p>Letakkan satu tangan diatas kain, pada perut bawah ibu(diatas simpisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.</p>
<p>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.</p> <p>Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi putting susu.</p>
<p><b>Mengeluarkan plasenta</b></p>
<p>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.</p> <p>Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tida berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir(kearah bawah-sejajar lantai-atas).</p> <p>Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahiran plasenta</p> <p>Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menengangkan tali pusat :</p> <p>    Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM</p> <p>    Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh</p>

<p>Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan  Ulangi tekanan dorso-cranial dan pegangan tali pusat 15 menit berikutnya  Jika plasenta lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan  maka segera lakukan tindakan plasenta manual.</p>
<p>Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahir dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.</p> <p>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.</p>
<p><b>Rangsangan Taktil (Masase) Uterus</b></p>
<p>Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi ( fundus teraba keras)</p> <p>Lakukan tindakan yang diperlukan (ompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri)</p>
<p><b>IX. MENILAI PERDARAHAN</b></p>
<p>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.</p>
<p>Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantong plastic atau tempat khusus.</p>
<p><b>X. ASUHAN PASCA PERSALINAN</b></p>
<p>Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam</p>
<p>Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.</p>
<p><b>Evaluasi</b></p>
<p>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.</p>
<p>Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.</p>
<p>Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.</p>
<p>Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.</p>
<p>Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit)  Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit  Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit Rujukan  Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit</p>

ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
<b>Kebersihan dan keamanan</b>
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.
Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
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.
Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
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.
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.
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.
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 <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

(Sumber: Asuhan Persalinan Normal tahun 2017).

**FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR  
DENGAN VIGEROUS BABY**

Nama Rumah Sakit: ..... Nomor  
RM : .....  
Tanggal masuk dirawat : .....

Dokter yang merawat : ..... Tanggal  
pengkajian : .....  
Bidan ..... Jam : .....  
.....

**I. SUBJEKTIF**

**A. Biodata**

**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 kerja : .....

Alasan dirawat :  
.....

Keluhan utama :  
.....

Riwayat prenatal :

GAPAH : .....

Masa gestasi : .....

Riwayat ANC : .....

Penerimaan Kehamilan :  direncanakan  tidak direncanakan,  diterima  
 tidak diterima

Penyulit selama masa prenatal : .....

Konsumsi obat dan suplemen  
.....

Imunisasi TT :  TT<sub>1</sub> tgl.....  TT<sub>2</sub> tgl.....  
 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.....

Faktor resiko infeksi

Mayor :  suhu ibu >38° C     KPD >24 jam     ketuban hijau     korioamniotis

fetal distress

Minor :  KPD >12 jam     asfiksia     BBLR     ISK     UK <37  
minggu

gemeli     keputihan     suhu ibu >37°C

G. Riwayat postnatal :

APGAR Skor :.....

Inisiasi menyusu dini :  dilakukan  tidak dilakukan,  
alasan.....

Skor Bounding :.....

Rooming-in :  dilakukan  tidak dilakukan,  
alasan.....

Kondisi:.....

Riwayat masa neonatus :  
.....

Riwayat imunisasi

BCG Tgl.....  Polio1 Tgl.....  Hb1 Tgl.....

Komplikasi.....

tidak imunisasi,  
alasan.....

Biologis

a. Pernafasan :  ada gangguan  tidak ada gangguan

Nutrisi

Jenis :.....

Frekuensi :.....

Porsi :.....

Keluhan/kendala :.....

Eliminasi

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

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

Istirahat :.....

Aktivitas :.....

Psikososial

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

Dukungan keluarga :.....

Sosial

Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :.....

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

Pola Asuh Anak :.....

Spiritual

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak :.....

Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan

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

Pemberian ASI :.....

Perawatan bayi sehari-hari :.....

Imunisasi :.....

Pemberian MP-ASI :.....

lain lain.....

Pemeriksaan fisik

Keadaan umum :

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



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

Tanda lahir :  tidak ada   
ada.....

Pengukuran : BB..... PB..... LK.....LD..... lingkar 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.....

NCH

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.....

hermaproditlain-lain.....

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

Ekstremitas :

Tangan :  simetris       asimetris      jumlah jari.....

Kaki :  simetris       asimetris      jumlah jari.....

kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabela    refleks     Rooting refleks       Sucking refleks     Swallowing refleks

Tonick neck reflex       Morro reflex       Graps reflex       Babinsky reflex

Skor Bonding

Pemeriksaan penunjang

III. ANALISA

IV. PENATALAKSANAAN



CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA :

UMUR :

NO. RM :

HARI/TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA
		



ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS  
(5 W, 1H)

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

Biodata

Identitas Ibu Suami

Nama :

Umur :

Agama :

Suku Bangsa :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat rumah :

Telepon/HP :

Alasan Datang /Keluhan Utama :

Riwayat Menstruasi

Riwayat Pernikahan

Riwayat Kesehatan

6. Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

Riwayat Kehamilan sekarang

Persalinan

Kala I

Kala II

Kala III

Kala IV

Nifas sekarang

Ibu

Bayi

Riwayat Laktasi Sekarang

Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual a.

Biologis

Bernafas

Nutrisi

Eliminasi

Istirahat Tidur

Aktivitas

Personal Hygiene

Perilaku Seksual

Psikologis

Perasaan ibu saat ini

Penerimaan terhadap kelahiran saat ini

Sosial

1) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan

Budaya

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

Pengetahuan

Perencanaan KB:

Sudah

Belum

## Rencana

### Obyektif

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

### Tanda-tanda Vital

TD :

Nadi :

Pernapasan :

Suhu :

### Antropometri

BB sekarang :

BB tgl :

TB :

### Pemeriksaan Fisik

a. Kepala :

1) Rambut :

2) Telinga :

3) Mata :

4) Hidung :

5) Bibir :

6) Mulut dan gigi :

b. Leher :

Dada :

Payudara

Bra:

Payudara:

e. Abdomen

1) Dinding abdomen :

2) Kandung Kemih :



- 3) Uterus :
- 4) Diastasis recti :
- 5) CVAT :

**Anogenital**

- 1) Vulva dan Vagina:
- 2) Perineum :
- 3) Anus :

**Ekstremitas**

**Atas :**

**Bawah :**

**Pemeriksaan Penunjang :**

**ANALISA**

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

**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:	
	Tanggaldiberikanpelayanan:	
	Tanggal jam prngkajian:	
Dokter yang merawat:	Cara masuk:	
Bidan:	<input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi <input type="checkbox"/> Rujukan..... <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin	
A. Data Subjektif		
I. Identitas	Ibu	Suami
Nama	.....	.....
Umur	.....	.....
Sukubangsa	.....	.....
Agama	.....	.....
Pendidikan	.....	.....
Pekerjaan	.....	.....
Alamat rumah	.....	.....
No. telepon	.....	.....
Alamat tempat kerja	.....	.....
No. telepon	.....	.....
2. Alasan Memeriksa Diri :		

Keluhan Utama : .....

4. Riwayat Menstruasi

Umur menarche : ..... Lama haid : .....

Keluhan saat haid : ..... Siklus haid : .....

Dismenorea  Spotting  Menoragia  Metrorrhagia

Premenstruasi Syndrome

Lain – lain : .....

5. Riwayat Perkawinan:

Pernikahan ke : .....

Lama : .....

Status : .....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl, bln/thn partus, umur anak	Tnp. penolong partus	UK saat Persalinan	Jenis persalinan	Kondisi saat bersalin	Keadaan anak			Keadaan sekarang
						BB	PB	JK	

7. Riwayat Laktasi

a. Pengalaman menyusui :  ada  tidak

b. Anak ke : .....

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

d. Lama menyusui : .....

<p>e. Kendala :.....</p>
<p>8. Riwayat KB</p> <p>a. Jenis KB yang sedang/pernahdigunakan: <input type="checkbox"/> PIL <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Suntik</p> <p>b. Lama .....</p> <p>c. Keluhan/efeksamping :..... ...</p> <p>d. Kapanberhenti:.....</p> <p>e. Alasanberhenti:.....</p> <p>f. Mulai penggunaan KB:.....</p>
<p>9. RiwayatGinekologi</p> <p><input type="checkbox"/> Infertil <input type="checkbox"/> KankerKandungannya: <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> serviks</p> <p><input type="checkbox"/> CervicitisKronis <input type="checkbox"/> corpus uteri <input type="checkbox"/> tuba fallopi</p> <p><input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> ovarium</p> <p><input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Tumorkandungannya: <input type="checkbox"/> vulva <input type="checkbox"/> vagina</p> <p><input type="checkbox"/> cerviks <input type="checkbox"/> Perkosaan <input type="checkbox"/> copus uteri <input type="checkbox"/> ovarium</p> <p><input type="checkbox"/> PolipCervikJenis: <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/> ganas</p> <p><input type="checkbox"/> OperasiKandungannya : <input type="checkbox"/> uterus <input type="checkbox"/> tuba fallopi <input type="checkbox"/> ovarium <input type="checkbox"/> serviks <input type="checkbox"/> vagina</p> <p>Kapan :.....</p>
<p>10. RiwayatPenyakitIbu</p> <p><input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC</p>
<p>11. RiwayatPenyakitKeluarga</p> <p><input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC</p>

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:.....,  
porsi:.....

Minum:.....gelas/hari

Eliminasi

BAK:.....x/hari

BAB:.....x/hari

Keluhan:.....

Istirahat/Tidur

Tidur malam:.....jam

b) Tidur siang :.....jam

c) Keluhan :.....

Aktivitas Sehari-Hari

Lama aktivitas :.....jam

Jenis aktivitas :.....

Personal Hygiene

a) Mandi :.....  
.....x/hari

b) Vulva hygiene  
Waktu :.....  
.....

Kebiasaan :.....  
.....

Pemakaian pakaian dalam :.....

Gantipakaian/pakai dalam:.....x/hari

7. Prilaku Seksual

a) Cara :.....

Frekuensi :.....

Keluhan :.....

b. Psikososial

Persepsi tentang KB :

Kesiapan ber-KB:  siap  tidak

Perasaan saat ini:  cemas  sedih  takut  malu  menolak

d) Dukungan:

1. Suami :  mendukung  tidak

Keluarga :  mendukung  tidak

Harapan :

kepercayaan / kebiasaan terkait dengan penggunaan alat kontrasepsi

Spiritual:

Pengetahuan

Konseling pra-penggunaan

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum:  baik  lemah  jelek

Tanda – tanda vital:

1) Tekanan darah :..... mmHg

2) Nadi :..... x/mnt

3) Suhu :..... °C

4) Respirasi :.....x/mnt

Antropometri:

Berat badan sekarang :.....kg

Berat badan sebelumnya:.....kg (tanggal:.....)



3. Tinggibadan :.....cm

Pemeriksaan Sistematis

a. Kepala

Wajah

Oedema :  Ada  Tidakada

Pucat :  Ada  Tidakada

Cloasma :  Ada  Tidakada

2. Mata

Konjungtiva :  merah muda  pucat  merah

Sklera :  putih  kuning  merah

3. Mulutdangigi

Bibir :  pucat  kemerahandan   
 lembab  kering

Caries padagigi :  ada  tidakada

Leher

Kelenjarlimfe :  adapembengkakan  tidakada

Kelenjartiroid :  adapembengkakan  tidakada

Vena jugularis :  adapelebaran  tidakada

Dada

1. Nyeritekan :  ada  tidak

2. Payudaradanaksila :

Bentuk :  simetris  asimetris

Putting susu :  menonjol  masuk  
 datar

Kelainan :  ada  tidak

Kebersihan :  bersih  tidak

Aksila :  pembengkakan   
tidakadapembengkakan

d. Abdomen

Bekaslukaoperasi :  ada  tidak

e. Anogenital

Pengeluarancairan :  ada, jenis.....  
Jumlah..... tidak

Tanda - tandainfeksi : Pembengkakan:  ada  
 tidak

Luka :  ada   
tidak

Inspikulo vagina:  tidakdilakukan  dilakukan,  
hasil.....

Kelainan :  ada   
tidak

VT :  tidakdilakukan  
 dilakukan, hasil.....

Anus haemmoroid :  ada  tidak

Khusus Akseptor IUD

Inspikulo Vagina

Portio :  lunak  erosi  
 kaku

Kelainan :  ada   
tidak

Ukurankelainan : .....cm

2. Bimanual

Nyerigoyangportio :  ada  tidak

Massa :  ada  
 tidak

Lain-lain : .....  
.....

3. Kontrol

Benang IUD :  teraba  
tidak

Tangandan Kaki

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



**LEMBAR PERSETUJUAN  
PROPOSAL TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN DI BPM  
"ES" WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKASADA I  
TAHUN 2019**

Diajukan oleh :

**NI MADE ARISKA DIAH PRATIWI**  
NIM. 1606091073

Telah disetujui oleh :

PEMBIMBING I



**Luh Nik Armini, M.Keb**  
NIP. 19830716 200604 2 009

PEMBIMBING II



**Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST.,M.Pd**  
NIP. 19720422 199503 2 002

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI  
LAPORAN PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN  
DI BPM "ES" WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKASADA I  
TAHUN 2019


NAMA : NI MADE ARISKA DIAH PRATIWI  
NIM : 1606091073

Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir Program  
Studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha  
Pada Tanggal 23 April 2019

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1.	Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb	198307162006042009	
2.	Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST.,M.Pd	197204221995032002	
3.	Wayan Sugandini, S.ST.,M.Pd	196303031983072002	

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

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

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

Pada hari ini Selasa Tanggal 23 Bulan April 2019  
 Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di Ruang Kelas Lantai II Prodi D3 Kebidanan Undiksha  
 telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII  
 Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Ni Made Ariska Diah Pratiwi  
 NIM : 1606091073  
 Pembimbing I : Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb  
 Pembimbing II : Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST., M.Pd  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di Wilayah Kerja Puskesmas Bangli Utara tahun 2019

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Penulisan Cover dan Kontes
2. Pada latar belakang blm jelas pernyataan masalah & dihi dukung
3. Pada bab II (asuhan kebidan) → alurn / ramuannya & tulis
4. Tata tulis (Dab II) → Margin Bata
5. Kajian teori : kontrasepsi, deteksi dini faktor risiko.
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

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

Singaraja, 23 April 2019

Dewan Penguji:

1. Nayan Sugandini, S.ST., M.Pd
2. Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb
3. Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST., M.Pd
4. ....

  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....



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

**LEMBAR KONSUL PROPOSAL**

Nama Mahasisiwa : Ni Made Ariska Diah Pratiwi  
 NIM : 1606091073  
 Angkatan : XVIII  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di BPM  
 "ES" Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat/25-01-2019	- BAB I - BAB II - BAB III	- Perbaikan BAB I,BAB II, BAB III	
Jumat /01-02-2019	Konsultasi Revisi 1 BAB I, BAB II, BAB III	- Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	
Kamis /21-02-2019	Konsultasi Revisi 2 BAB I, BAB II, BAB III, dan lampiran	- Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III, dan lampiran	
Jumat/01-04-2019	Konsultasi Revisi 3 BAB I, BAB II, BAB III dan Lampiran	ACC	

Singaraja, April 2019  
 Pembimbing I

**Luh Nik Armini,S.ST.,M.Keb**  
**NIP. 19830716 200604 2 009**




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

Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja-Bali

Tlp.(0362) 22570 , Fax (0362) 25735 Kode Pos 81116

 Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)
**LEMBAR KONSUL PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Ni Made Ariska Diah Pratiwi  
 NIM : 1606091073  
 Angkatan : XVIII  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di BPM  
 "ES" Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin/25-02-2019	- BAB I - BAB II - BAB III	- Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	
Jumat /28-02-2019	Konsultasi Revisi 1 BAB I, BAB II, BAB III	- Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	
Kamis /01-03-2019	Konsultasi Revisi 2 BAB I, BAB II, BAB III, dan lampiran	- Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III, dan lampiran	
Jumat/ 02-04-2019	Konsultasi Revisi 3 BAB I, BAB II, BAB III dan Lampiran	ACC	

 Singaraja, April 2019  
 Pembimbing II



**Ni Nvoman Ayu Dwi Astini, S.ST., M.Pd**
**NIP. 19720422 199503 2 002**



**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 LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Mahasisiwa : Ni Made Ariska Diah Pratiwi  
 NIM : 1606091073  
 Angkatan : XVIII  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada  
 Perempuan "LY" Di PMB "TC" Wilayah Kerja  
 Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019

Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 1 Juli 2019	BAB 4 Tinjauan kasus dan pembahasan	Perbaikan BAB 4	
Rabu, 17 Juli 2019	BAB 1-5	Perbaikan BAB 1 – 5	
Senin, 29 Juli 2019	BAB 1 - 5	Perbaikan BAB 4	
Senin, 12 Agustus 2019	Lengkap	Perbaikan BAB 3-4	
Selasa, 13 Agustus 2019	Lengkap	ACC	

Singaraja, Agustus 2019  
 Pembimbing I


**Luh Nik Armini,S.ST.,M.Keb**  
**NIP. 19830716 200604 2 009**



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 LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Ni Made Ariska Diah Pratiwi  
 NIM : 1606091073  
 Angkatan : XVIII  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "LY" Di PMB "TC" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019

Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 29 Juli 2019	BAB 1-5	Perbaikan BAB 1-5	
Selasa, 30 Juli 2019	Lengkap	ACC	

Singaraja, Agustus 2019

Pembimbing II



**Ni Nvoman Ayu Dwi Astini, S.ST., M.Pd**  
 NIP. 19720422 199503 2 002

Dokumentasi Asuhan Kebidanan Komprehensif





**CATATAN KESEHATAN**  
Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 15 Jumlah persalinan ...  
 Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 15 Oktober 2019  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 22 Juni 2019  
 Lingkar Lengan Atas: 33 cm; KEK ( ) , Non KEK (  ) Tinggi Badan: 147 cm  
 Golongan Darah: \_\_\_\_\_  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: KB, Suntik, 3 bulan  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: Diabetes, DM, hipertensi  
 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 / Menit
24/10	Mual	120/80	41 kg	15 minggu	4 Janin	-	-
5/2/19	taa	100/70	45	20-21	Serviks	15-16	110/160
8/10	taa	110/70	46	25-26	20 cm	-	110/140
15/10/19	taa	110/70	50 kg	30-31	24 cm	-	110/140
1/11/19	taa	110/70	50 kg	33-34	26 cm	-	110/140
15/11/19	taa	120/80	50,8	37-38 minggu	29 cm	prevep	140/mnt
1/12/19	taa	120/80	51,6	38 minggu	28 cm	prevep	140/mnt

**CATATAN KESEHATAN ISU HAMIL**  
Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 15 Jumlah persalinan ...  
 Jumlah anak hidup ...  
 Jumlah anak lahir kurang bulan ...  
 Jumlah anak lahir mati ...  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir ...  
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir 2015 [bulan/tahun]  
 Penolong persalinan terakhir ...  
 Cara persalinan terakhir:  Spontan /  Tindakan

*\*\* Beri tanda (+) pada kolom yang sesuai*

Kaki Belakang	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan pemberian TT, Fe, terapi rujukan, upan baik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
(-)/+	pp test positif	diobati dengan antibiotik	istirahat	Bpm Tibek	24/01/19
(-)/+	-IMS - HIV - PPA - VDRL	Fenazone - Novotel	istirahat	Bpm Tibek	5/3/19
(-)/+	HBsAg (-)	diobati dengan Vitam D	istirahat	Bpm Tibek	9/4/19
(-)/+	ru prulcut	- Vitam D	istirahat	Bpm Tibek	27/4/19
(-)/+	ru prulcut	- Vitam D	istirahat	Bpm Tibek	17/5/19
(-)/+	-	Tr lanjut	istirahat	Bpm Tibek	2/6/19
(-)/+	Hb 2,3,12,12	Vitamin	istirahat	Bpm Tibek	15/6/19
(-)/+					
(-)/+					
(-)/+					
(-)/+					

**KETERANGAN LAHIR**  
No. R/114/10/2013.....

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:  
Pada hari ini Rabu..... tanggal 18/06/2013..... pukul 11:00:00  
telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Perempuan  
 Jenis Kelahiran : Kandung/Kambur 2/Kambur 3/Lainnya\*  
 Kelahiran ke : 2 (dua)  
 Berat lahir : 3800 gram  
 Panjang Badan : 54 cm  
 di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Ponpes/ Rumah Bangun\*  
 Alamat : Kel. Dhar. Kecamatan. Arak Kab. Kutubusuban  
 Diberi nama : Carpe Dhar Teguhg. Dita Kutubusuban

---

Dan Orang Tua:

Nama Ibu : ..... Umur : ..... tahun  
 Pekerjaan : .....  
 KTP No. : .....  
 Nama Ayah : ..... Umur : ..... tahun  
 Pekerjaan : .....  
 KTP No. : .....  
 Alamat : Empu Desa Wabonoyo, Desa Kutubusuban  
 Kecamatan : Kutubusuban  
 Kab./Kota : Banjar  
Kutubusuban, tanggal 18/06/2013

Saksi I : ..... Saksi II : ..... Penolong persalinan : .....

(Dita Kutubusuban dkk.)

\*Lampiran pada formulir ini:  
 \*Tanda kelahiran/kambur: kambur dapat dibedakan menjadi:  
 a. Kambur jenis kembang atau kembang



CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR  
(Disi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (0 - 48 jam)	Kunjungan II (hari 2 - 7)	Kunjungan III (hari 8 - 28)
	Tgl. DA/BB/TA	Tgl.	Tgl.
Berat badan (kg)	2.800 gr		
Panjang badan (cm)	48 cm		
Suhu (°C)	36,5 °C		
Tanyakan ibu, bayi sakit apa?	-		
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	-		
Frekuensi napas (kali/menit)	40 f/mnt		
Frekuensi denyut jantung (kali/menit)	110 f/mnt		
Memeriksa adanya ikter	tidak ada		
Memeriksa ikterus	tidak ada		
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	-		
Memeriksa status pemberian vitamin K1	✓		
Memeriksa status imunisasi HB - 0	✓		
Bagi stamok yang sudah melaksanakan SIK			
Skining Hipotroid Kongenital	-		
Hasil test Skining Hipotroid Kongenital (SHK) +/-			
Konfirmasi hasil SHK			
Memeriksa keluhan lain Lactose Intoleransi	tidak ada		
Memeriksa masalah/keluhan ibu Tidak ada masalah/keluhan/ampun baik			
Nama pemeriksa	dr. N. Yuse	Londriyanto	A. Kus. Kati

Pemeriksaan kunjungan neonatal mendapatkan formulir  
Atandjeman Terpadu Bayi Muda (NTBM)



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA**  
**FAKULTAS OLAHRAHA DAN KESEHATAN**  
**JURUSAN ILMU KEOLAHRAHAAN**

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

**BERITA ACARA**

No.

Pada hari ini... Rabu tanggal 21 Agustus 2019 jam 11.00 s/d 12.00 Wita,  
 bertempat di Ruang Lantai 2, Prdi D3 Kbidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan  
 Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir  
 yang diajukan oleh:

Nama : Ni Made Arista Diah Pratiwi  
 NIM : 1606091073  
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan  
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan  
 Judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perem-  
 puan "LY" di PMB "TC" di Wilayah Kerja  
 Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019  
 Pembimbing I : Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb  
 Pembimbing II : Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST., M.Pd

dengan hasil: ujian lulus tanpa revisi / ujian lulus dengan revisi / ujian diulang\*  
 selama .... bulan terhitung dari tanggal ..... sampai  
 dengan.....

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb</u>	<u>19820716200642009</u>	<u>[Signature]</u>
2.	<u>Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST., M.Pd</u>	<u>197204221995032002</u>	<u>[Signature]</u>
3.	<u>Wawan Sugandini, S.ST., M.Pd</u>	<u>196303031983072002</u>	<u>[Signature]</u>

Mengesahui,  
 Ketua Jurusan

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

Singaraja, 19-8-2019

Ketua Penilai

[Signature]  
 Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb  
 NIP. 19820716200642009