

Lampiran 1 Rencana Pelaksanaan Asuhan

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



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 : 464 / UN48.12 / KM / 2019 Singaraja, 06 Mei 2019  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Yth. Praktek Mandiri Bidan  
Ibu Kadek Krisna Sari, 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 : Gusti Agung Ayu Putu Anggie Larasati , NIM : 1606091074 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.

Dekan



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 Delima  
PELAYANAN BERKUALITAS

BIDAN PRAKTIK SWASTA

Kadek Krisnasari, A.Md. Keb

Jalan Sudirman No. 74 Seririt, Kec. Seririt, Kab. Buleleng

---

**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kadek Krisnasari, A.Md.,Keb

NIP : 19830225 200212 2 001

Alamat : Jalan Sudirman No. 74 Seririt, Kec. Seririt, Kab. Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Gusti Agung Ayu Putu Anggie Larasati

NIP : 1606091074

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Kadek Krisnasari, A.Md.,Keb dengan judul “ Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan Di PMB “KK” Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I Tahun 2019”.

Singaraja, 06 Mei 2019

Mengetahui

Bidan Praktik Swasta



Kadek Krisnasari, A.Md. Keb

NIP.19830225 200212 2 001

Lampiran 01

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

*(Informed Consent)*

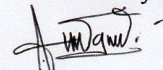
Kepada :  
Calon Responden di Wilayah Kerja  
Puskesmas Seririt I

Dengan hormat,

Saya, Gusti Agung Ayu Putu Anggie Larasati, Mahasiswa Jurusan Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan PMB "KK" Di Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I" sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada Program Studi D3 Kebidanan Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini dibutuhkan partisipasi perempuan di PMB "KK" Di Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I.

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,



(G. A. A. Putu Anggie Larasati)  
NIM. 1606091074

x

LEMBAR PERSETUJUAN SEBAGAI RESPONDEN PENELITIAN  
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bersedia untuk turut berpartisipasi sebagai peserta penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Jurusan Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul **“Asuhan Kebidanan pada Perempuan di PMB “KK” di Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I”**.

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah mendapat penjelasan dan informasi mengenai penelitian ini sehingga saya memutuskan untuk ikut berpartisipasi dalam penelitian ini.

Singaraja, 06 Mei 2019



Perempuan “NM”

**LEMBAR PERSETUJUAN**

**PROPOSAL TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN  
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SERIRIT I  
TAHUN 2019**

TAHUN 2019

NAMA: GUSTI AGUNG AYU PUTU ANGGIE LARASATI  
NIM: 1606091074

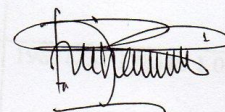
Diajukan oleh:

**GUSTI AGUNG AYU PUTU ANGGIE LARASATI**  
**NIM. 1606091074**

Telaah disetujui oleh:

**PEMBIMBING I**

**PEMBIMBING II**



**Luh Mertasari, S.ST.,M.Pd**  
**NIP. 19801115 200604 2 015**

**Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST.,M.Pd**  
**NIP. 19680225 199103 2 011**



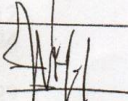
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI  
PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN  
DI PMB "KK" DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SERIRIT I  
TAHUN 2019

NAMA : GUSTI AGUNG AYU PUTU ANGGIE LARASATI  
NIM : 1606091074

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 Mertasari, S.ST.,M.Pd	19801115 200604 2 015	
2.	Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST.,M.Pd	19680225 199103 2 011	
3.	Wigutomo Gozali, M.Kes	19631231 198310 1 001	

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

Lampiran 11


**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 KONSULTASI PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Gusti Agung Ayu Putu Anggie Larasati  
 NIM : 16060974  
 Angkatan : XVIII  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan

Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 29 Januari 2019	BAB 1 dan BAB 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Justifikasi dengan tahun terbaru</li> <li>- Konsep solusi sesuai dengan program pemerintah</li> <li>- Materi pada BAB 2 di persingkat</li> </ul>	
Senin, 04 Februari 2019	BAB 1 – BAB 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaiki penggunaan kata dan pemotongan kalimat.</li> <li>- Cantumkan sumber pada latar belakang.</li> <li>- Tambahkan landasan hukum</li> </ul>	



		PMK 28, 97 dan 369.	uf
Kamis, 4 April 2019	BAB 1 – BAB 3	- Perbaikan pada BAB 1 - Daftar Pustaka - Lampiran - Lembar persetujuan	mf
Selasa, 16 April 2019	BAB 1 – BAB 3 Lampiran	ACC	mf

Singaraja, April 2019  
Pembimbing I



**Luh Mertasari, S.ST., M.Pd**  
NIP. 19801115 200604 2 015



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN  
TINGGI

UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja-Bali

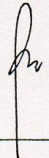
Tlp.(0362) 22570 , Fax (0362) 25735 Kode Pos 81116

Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)

**LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL**

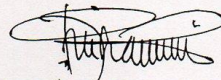
Nama Mahasiswa : Gusti Agung Ayu Putu Anggie Larasati  
NIM : 1606091074  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan

Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 28 Januari 2019	BAB 1	- Perbaiki pada penulisan cover - Sesuaikan margins dengan ketentuan	
Kamis, 28 Februari 2019	BAB 1 – BAB 3	- Perbaiki pada tata tulis dan margins	
Kamis, 15 April 2019	BAB 1 – BAB 3	- Perbaiki pada BAB 1, BAB 2 dan BAB 3 - Daftar pustaka - Lampiran	
Selasa, 16 April 2019	BAB 1 – BAB 3 Lampiran	- Perbaiki pada masalah BAB 1 - Penomoran - Penambahan materi KB	

Kamis, 18 April 2019	BAB 1 – BAB 3 Lampiran	ACC	
-------------------------	---------------------------	-----	---

Singaraja, April 2019

PEMBIMBING II



**(Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST., M.Pd)**  
**NIP. 19680225 199103 2 011**



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 Selasa Tanggal 23 Bulan April  
 Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di Ruang kelas Lantai 2 kampus Prodi kebidanan  
 telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII  
 Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Awf Agung Ayu Putr Anggie Larasaf  
 NIM : 1606051679  
 Pembimbing I : Luh Mertasari SST.M.Pd  
 Pembimbing II : Riz Tri Harti Dwi Rusliwati SST.M.Pd  
 Judul Proposal : Asuhan kebidanan komprehensif pada perempuan di Puskesmas Tabanan II

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Masalah belum terlihat secara spesifik. Gunakan data yg ada
2. Si tempat pengambilan kasus yg baru (Keb. Bulky).
3. Perhatikan foto misal pd halaman (ada hd. gambar).
4. Perbaiki alasan pemilihan lokasi.
5. Tambahkan gambar rencana kegiatan pengumpulan askeb.
6. Penjelasan masalah dan kasus askeb.
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

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

Singaraja, 23/4 - 2019

Dewan Penguji:

1. LUH MERTASARI SST.M.Pd.
2. Riz Tri Harti
3. Widya Lomo Bosali, MKes
4. ....

1. [Signature]  
 2. [Signature]  
 3. [Signature]  
 4. ....

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

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

Tempat pelayanan:	Nomor RM :							
	Tanggal diberikan pelayanan : Tanggal/jam pengkajian :							
Dokter yang merawat: Bidan :	Cara Masuk <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergens <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin			Rujukan.....				
<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"/> Spotir <input type="checkbox"/> Menorag <input type="checkbox"/> Metrorha								
Premenstrual Syndrome								
5. Riwayat Perkawinan : <input type="checkbox"/> awin <input type="checkbox"/> idak kawin <input type="checkbox"/> sah <input type="checkbox"/> tidak sah .....kali. Lama kawin.....tahun								
6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu								
No	Tgl/Bln/Thn	Tempat / Penolong	UK saat Persalina	Jenis Persalin	Kondisi Saat	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ JK/	Laktasi

	Partus/umur anak	Partus	n	an	Bersalin		BBL/Keadaan Sekarang	

7. Riwayat Hamil ini:

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

Keluhan/ Tanda Bahaya:

TW I  mual muntah berlebat  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 ja  minum-minuman keras  kontak dengan binatang  narkoba  diurut dukun

Riwayat pemeriksaan penunjang : .....

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

Kardiovaskul  Hipertensi  Asthma  Epilepsi  
Kapan.....

TORCH   TBC  DM  PMS  
Kapan.....

Operasi Jenis.....  
Kapan.....

9. 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	<input type="checkbox"/> PMS/HIV/AIDS
Lain-lain.....		
10. Riwayat Gynekologi		
<input type="checkbox"/> Infertilitas	<input type="checkbox"/> Cervicitis	<input type="checkbox"/> Endometriosis
<input type="checkbox"/> Polip Servik	<input type="checkbox"/> Myoma	
<input type="checkbox"/> Kanker Kandungai	<input type="checkbox"/> Operasi Kandungai	<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"/> S <sub>o</sub> ang		<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
Teh		
3) Eliminasi		
BAK, frekuensi..... x sehari, warna : .....		Keluhan:.....
BAB, frekuensi..... x sehari, Konsistensi:.....		Keluhan :.....
4) Istirahat dan Tidur		
Siang : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya,..... jam		
Malam : ..... jam		
Keluhan : .....		
5) Hubungan Seksual		
Perubahan pola : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya		
Dampak perubahan pola : <input type="checkbox"/> pada suami.....		
pada kehamilannya.....		
b. Psikososial		
Perasaan sebagai calon orang tua dan suasana hati:		
<input type="checkbox"/> Rasa takut	<input type="checkbox"/> M <sub>a</sub> u	<input type="checkbox"/> K <sub>e</sub> wa
<input type="checkbox"/> Ba <sub>g</sub> ia	<input type="checkbox"/> Siap secara mental	
Penerimaan terhadap kehamilan ini:		
Direncanakan : <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Dit <sub>u</sub> ma : <input type="checkbox"/> Ya	
Alasan : .....		

<p> Hubungan dengan keluarga <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Renggang <input type="checkbox"/> Tidak baik  Pengambilan Keputusan : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Serani <input type="checkbox"/> Orang tua  Mertua <input type="checkbox"/> Keluarga lain.....  Persiapan persalinan: <input type="checkbox"/> Tempat ..... <input type="checkbox"/> Penolong .....  Pelengkapan Ibu dan bayi <input type="checkbox"/> Donor..... <input type="checkbox"/> Transportasi.....  Pendamping <input type="checkbox"/> Pengasuh anak di rumah .....  Social Support : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Mertua <input type="checkbox"/> Keluarga lain.....  Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....  c. Spiritual: ..... </p>
<p> 13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan  TW I : <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  TW II : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> nutrisi <input type="checkbox"/> gerakan dan aktivitas <input type="checkbox"/> cara mengatasi keluhan lazim <input type="checkbox"/> persiapan persalinan <input type="checkbox"/> personal hygiene <input type="checkbox"/> pola hidup sehat  TW III : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> deteksi tumbuh-bang 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 <input type="checkbox"/> IMD </p>
<p> <b>B. Data Obyektif</b> <input type="checkbox"/> </p>
<p> 1. Pemeriksaan Umum  Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> mah jelek  Kesadaran : <input type="checkbox"/> kompos mentis <input type="checkbox"/> atis <input type="checkbox"/> elirium <input type="checkbox"/> somnole <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> comatose  GCS : E.....V.....M.....  Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/> tenang <input type="checkbox"/> gisah <input type="checkbox"/> takut <input type="checkbox"/> murung <input type="checkbox"/> bingung <input type="checkbox"/> kecewa  Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya (tgl.....)..... Kg, TB..... cm  Tanda-tanda Vital : tekanan darah:..... mmHg, tekanan darah sebelumnya (tgl.....).....mmHg, Nadi:..... x/menit, Suhu : ..... °C, Respirasi:.....x/menit </p>
<p> 2. Pemeriksaan Fisik  a. Wajah : <input type="checkbox"/> tidak kelainan <input type="checkbox"/> oedem <input type="checkbox"/> pucat  b. Mata :  1) conjungtiva: <input type="checkbox"/> merah muda <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah  2) Sclera: <input type="checkbox"/> putih <input type="checkbox"/> kuning <input type="checkbox"/> merah  c. Mulut :  1) Mukosa: <input type="checkbox"/> lembab <input type="checkbox"/> kering  2) Bibir: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> biru  3) Gigi : <input type="checkbox"/> tidak ada caries <input type="checkbox"/> ada caries  4) Lain-lain..... </p>



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

e. Dada  
Kelainan :  dispnea  orthopnea  tachypnea  wheezing  
Payudara :  tidak ada kelainan  Areola hiperpigmentasi  klostrum bersih  
Kelainan :  asimetris, Puting:  datar  masuk  dimiring  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  
Reflek patella : ...../.....

---

3. Pemeriksaan Khusus Obstetri

a. Abdomen :

Pembesaran perut.....

Inspeksi: arah pembesaran  memanjang  melebar  
 Linea alba  Linea nigra  Striae Interdigitatae  Striae Albicantes  
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  
L IV :  konvergen..... sejajar   
divergen

TBJ : .....

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

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

b. Anogenital

Inspeksi : pengeluaran pervaginam  darah  lendir  air  
 ketuban  keputihan  
Inspekulo vagina (kalau ada indikasi).....  
Vagina Toucher (kalau ada indikasi).....

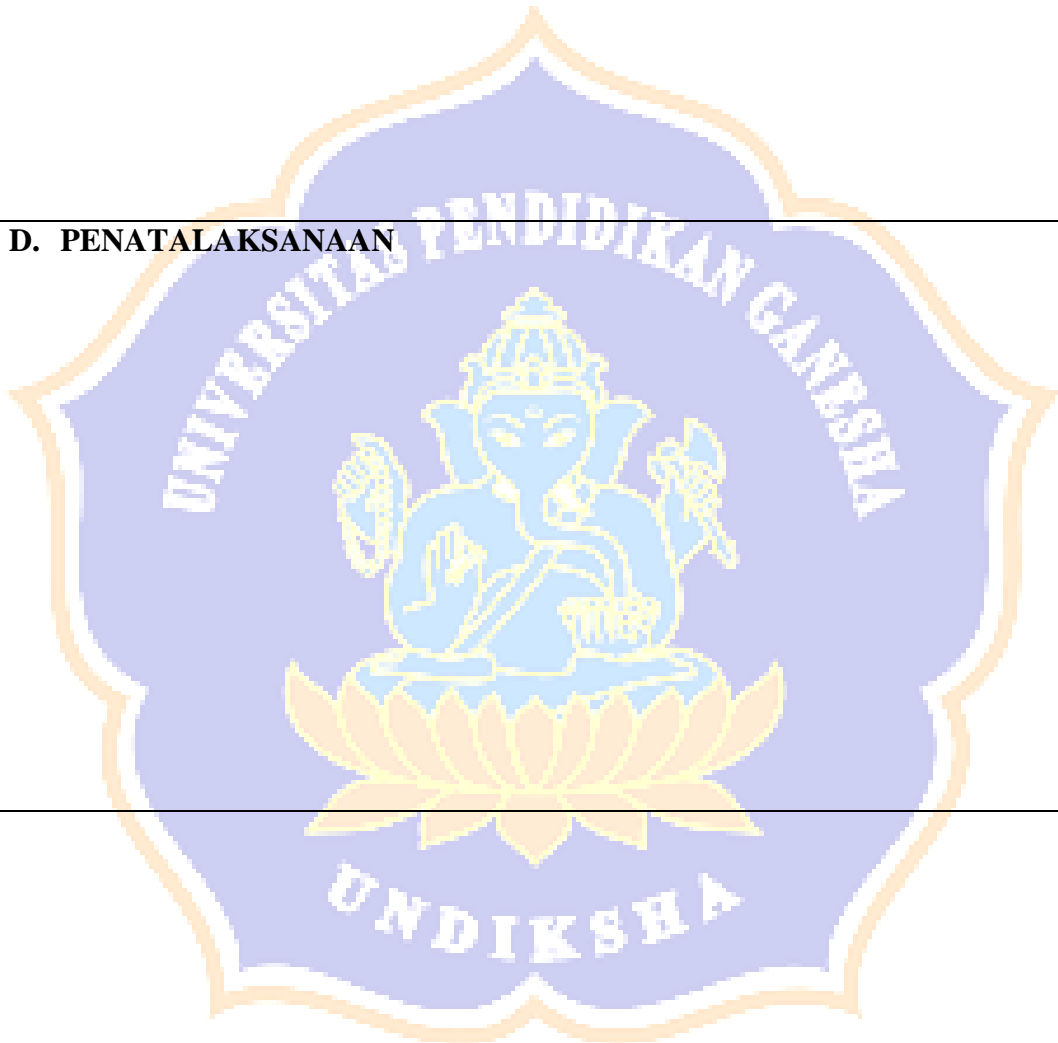
---

4. 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	SKOR	IV Triwulan				
				I	II	III.1	III.2	
				Skor Awal Ibu Hamil				
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 $\leq 145$ cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9	Pernah melahirkan dengan a. tarikan tang/vakum b. uri dorogoh c. diberi infus/transfuse	4 4 4					
10	Pernah operasi sesar*	8						
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang darah      b. Malaria	4					
		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	Hydramion	4					
	15	Bayi mati dalam kandunga	4					
	16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Letak sungsang*	8					
18	Letak lintang*	8						
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini*	8					
	20	Preeklamsia/kejang-kejang	8					
		JUMLAH SKOR						

Ket:

1. Kehamilan resiko rendah : skor 2
2. Kehamilan resiko tinggi : skor 6-10
3. Kehamilan resiko sangat tinggi : skor  $\geq 12$

## FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

### I. DataSubyektif (tanggal....pukul.....)

1. Identitas                                      ibu                                      suami
  - Nama    :
  - Umur     :
  - Agama                                         :
  - Suku bangsa                                 :
  - Pekerjaan                                     :
  - Alamat rumah                                :
  - Telepon/HP                                 :
  - Golada                                         :
2. Alasan berkunjung dan keluhan utama
3. Riwayat persalinan ini
  - Keluhan ibu:  sakit perut, sejak pukul
  - keluar air, sejak..... keadaan: bau..... warna..... volume.....
  - lendir bercampur darah, sejak.....
  - lain-lain :.....
  - gerakan janin :  aktif  menurun,  tidak ada, sejak.....
  - tindakan yang telah dilakukan (khusus pasien rujukan).....
4. Riwayat kebidanan yang lalu

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

5. Riwayat kehamilan sekarang
  - a. HPHT...TP
  - b. Pemeriksaan sebelumnya  
ANC...kali di..., TT...kali, Tanggal...gerakan janin dirasakan, sejak....bulan yang lalu
  - c. Tanda bahaya kehamilan yang pernah dialami:  ada     tidak ada....tindakan...terapi
6. Riwayat kesehatan
  - a. Penyakit yang sedang atau pernah diderita ibu:  jantung,  hipertensi,  asma,  TBC,  hepatitis,  PMS,  HIV/AIDS,  TORCH,  infeksi saluran kencing,  epilepsi,  malaria

- b. Penyakit keluarga yang menular: HIV/AIDS, hepatitis, TBC, PMS
- c. Riwayat penyakit keturunan: DM, hipertensi, jantung
- d. Riwayat faktor keturunan: faktor keturunan kembar, kelainan kongenital, kelainan jiwa, kelainan darah
7. Riwayat menstruasi dan KB
- a. Siklus menstruasi : teratur, tidak....hari
- b. Lama haid : ....hari
- c. Kontrasepsi yang pernah dipakai :...lama.....,rencana yang akan digunakan...
- d. Rencana jumlah anak :...anak
8. Data biologis, psikologis, sosial, spiritual
- a. Keluhan bernafas : tidak ada, ada
- b. Nutrisi  
-Makan terakhir pukul..., porsi..., jenis...  
-Minum terakhir pukul..., jumlah...cc, jenis...  
-Nafsu makan: baik, menurun
- c. 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
- c. Eliminasi  
BAB terakhir : pukul.....konsistensi.....  
BAK terakhir : pukul.....jumlah.....  
Keluhan saat BAB/BAK.....
- d. Psikologis  
Siap melahirkan : ya, tidak, alasan.....  
Perasaan ibu saat ini: bahagia dan ccoperatif, kecewa, malu, takut, sedih, cemas, menolak, putus asa
- e. Sosial  
Perkawinan..... kali, status : sah, tidak sah  
Lama perkawinan dengan suami sekarang : .....tahun  
Hubungan dengan suami dan keluarga : harmonis, kurang harmonis  
Pengambilan keputusan : suami&isteri, suami, istri, keluarga besar, lain-lain....  
Persiapan persalinan yang sudah siap : perlengkapan ibu, perlengkapan bayi, biaya, calon donor, pendamping, transportasi
- f. Spiritual dan ritual yang perlu dibantu :.....

9. 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

1. Keadaan umum : ...

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

Kesadaran : kompos mentis, somnia, sopor, sopor somnolens, koma

Keadaan emosi : stabil, tidak stabil

Keadaan psikologi : takut, murung, bingung

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

Tanda vital : TD...mmHg, TD sebelumnya (tgl.....) .....mmHg

2. Pemeriksaan fisik

a. Wajah : tidak ada kelainan, oedema, pucat

b. Mata

Conjunctiva : merah muda, pucat, merah

Sclera : putih, kuning, merah

c. Mulut

Mukosa : lembab, kering

Bibir : segar, pucat, biru

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

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

Payudara : tidak ada kelainan areola hiperpigmentasi kolostrom  
bersih

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

Kebersihan : bersih sedang kotor

f. Abdomen

-pembesaran perut: sesuai UK, tidak sesuai UK,....,arah:  
melebar, memanjang

-bekas luka operasi: tidak ada, ada,....

-palpasi Leopold :

L1 : TFU.... pada fundus terababagian ....

L2 :disebelahkananteraba .... disebelahkiteraba .....

L3 :Bagianbawahteraba ....

bisadigoyangkan, tidak bias digoyangkan

L4 :konvergen .... sejajardivergen

TBJ : ..... perlimaan .....

His : ..... frekuensi :..... Durasi.....

Auskultasi : DJJ .....

g. Genetaliadan Anus :

VT :tanggal ..... jam .....oleh .....

a) Vulva :

- Pengeluaran : tidak, ada, berupa: ....., oedema, sikatrik, varises
- tandainfeksi : merah, bengkak, nyeri(jikaada: pada ....)
- b) Vagina : Skibala, sistokel, rectokel
- Porsio : Konsistensi : lunak, kaku, dilatasi : ....cm, penipisan (effacement): ....., selaputketuban : utuh, tidakutuh
- Persentasi : ....  
Denominator ... posisi...
- Moulage : 0 1 2 3
- Penurunan : Hodge I II III IV
- Bagiankeci : adatidakada
- Talipusat : adatidak ( jikaada: berdenyuttidak )
- Pemeriksaanpanggul ( berasarkanindikasi )  
Promontorium :terabatidak  
Linea anominata kanan/kiri teraba :...../..... bagian  
Dindingpanggul :sejajardivergenkonvergen  
Sacrum :konkafkonfeks  
Spinaischiadika :tumpulmenonjolsangatmenonjol  
Oscoccygeus :dapatdidorong : yatidak  
Arkuspubis :≥90°< 90°  
Kesanpanggul : .....
- Pelvic score ( biladiperlukan ).....
- c) Anus: Haemoroid : ada, tidak

3. PemeriksaanPenunjang :

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

DarahHB :..... gr% Urine protein : ....

Urine reduksi : ....

CTG/NST : .....

USG :.....

Lain –lain :.....

III. Analisa

IV. Penatalaksanaan



CATATAN PERKEMBANGAN

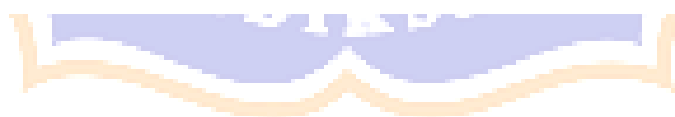
NAMA :		NO. RM :	RUANG :
UMUR :		TANGGAL :	KELAS :
TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)		PARAF & NAMA
			







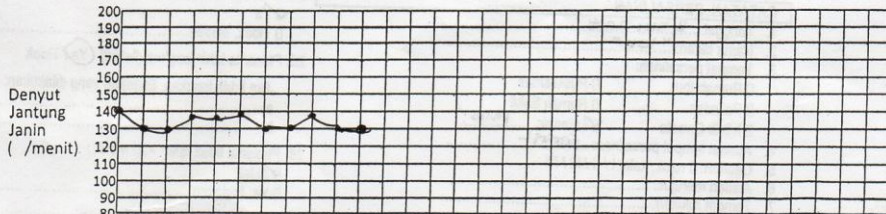
--	--	--



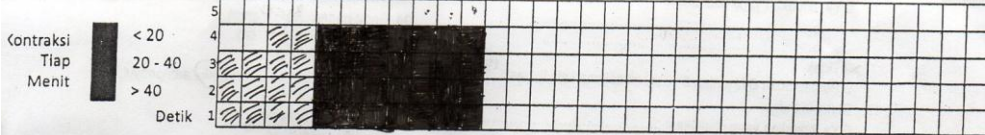
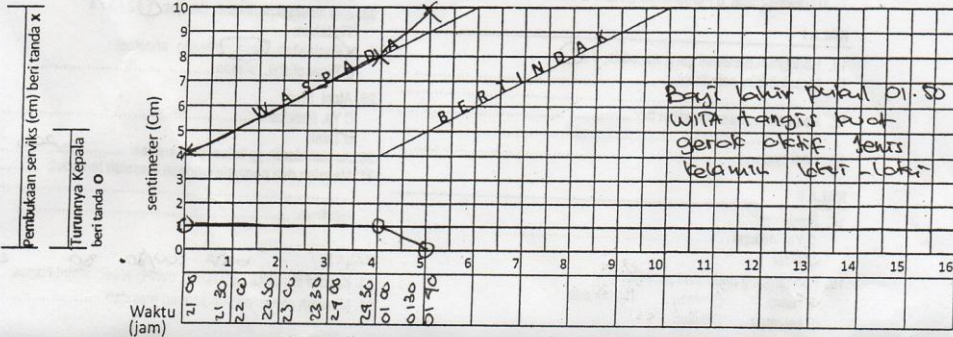
Lampiran 13

# PARTOGRAF

No. Register  Nama Ibu: "NM" Umur: 31 th G: 2 P: 1 A: 0  
 No. Puskesmas  Tanggal: 8 Mei 2019 Jam: 21.00 WITA  
 Ketuban Pecah sejak jam \_\_\_\_\_ Mules sejak jam 18.00 WITA

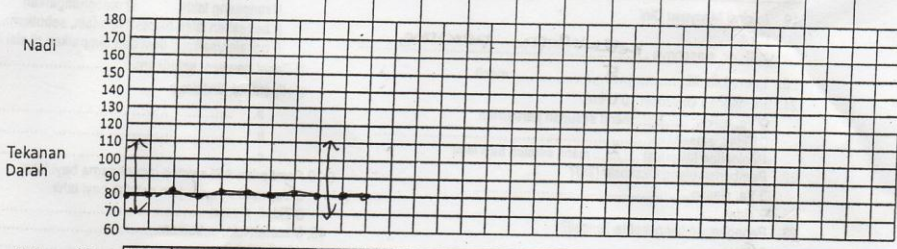


Air ketuban penyusupan	U	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



Oksitosin U/L tetes/menit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Obat dan Cairan IV	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
--------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



Suhu °C	36.5	36.5	36.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---------	------	------	------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Urin	Protein	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Aseton	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Volume	100								100									

Hidrasi	150	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---------	-----	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal: 8 Mei 2019
- Nama bidan: "KE"
- Tempat persalinan:
  - Rumah Ibu
  - Puskesmas
  - Polindes
  - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta
  - Lainnya: PMB
- Alamat tempat persalinan: Serant
- Catatan:  rujuk, kala: 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
  - GDK
  - Infeksi
  - PMTCT

**KALA I**

- Partogram melewati garis waspada:  T
- Masalah lain, sebutkan: .....
- Penatalaksanaan masalah tsb: .....
- Hasilnya: .....

**KALA II**

- Episiotomi:
  - Ya, indikasi .....
  - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
  - suami
  - teman
  - tidak ada
  - keluarga
  - dukun
- Gawat janin:
  - Ya, tindakan yang dilakukan:
    - .....
    - .....
  - Tidak
- Distosia bahu
  - Ya, tindakan yang dilakukan: .....
  - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya: .....

**KALA III**

- Inisiasi Menyusu Dini
  - Ya
  - Tidak, alasannya: ketidaksiapan pendang
- Lama kala III: 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im?
  - Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan: .....
- Penjepitan tali pusat: 2 menit setelah bayi lahir
  - Ya, alasan: .....
  - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
  - Ya
  - Tidak, alasan: .....

24. Masase fundus uteri?

- Ya
- Tidak, alasan: .....

25. Plasenta lahir lengkap (intact)  Ya  Tidak

- Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
- .....
  - .....

26. Plasenta tidak lahir >30 menit:

- Tidak
- Ya, tindakan: .....

27. Laserasi:

- Ya, dimana: Mukosa vagina / Komisura
- Tidak

28. Jika laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4

- Tindakan:
- Penjahitan, dengan/ tanpa anestesi
  - Tidak dijahit, alasan: .....

29. Aloni uteri:

- Ya, tindakan: .....
- Tidak

30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 200 ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut: .....
- Hasilnya: .....

**KALA IV**

32. Kondisi ibu: KU: baik 100/80 80 20  
 33. Masalah dan penatalaksanaan masalah: .....

**BAYI BARU LAHIR:**

- Berat badan: 3100 gram
  - Panjang badan: 50 cm
  - Jenis kelamin: L/P
  - Penilaian bayi baru lahir (baik) adapenyulit
  - Bayi lahir:
    - Normal, tindakan:
      - mengeringkan
      - menghangatkan
      - rangsangan taktil
      - memastikan IMD atau naluri menyusui segera
    - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
      - mengeringkan
      - rangsang taktil
      - menghangatkan
      - bebaskan jalan napas
      - bebaskan jalan napas lain-lain, sebutkan: .....
      - pakailah/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - Cacat bawaan, sebutkan: .....
    - Hipotermi, tindakan:
      - .....
      - .....
      - .....
  - Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
    - Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir
    - Tidak, alasan: .....
  - Masalah lain, sebutkan: .....
- Hasilnya: .....

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg kelu
1	02.10	100/80	80	36.5	2 J & pusat	kuat	tidak penuh	tidak aktif
	02.25	100/80	80	36.5	2 J & pusat	kuat	tidak penuh	tidak aktif
	02.40	100/80	80	36.5	2 J & pusat	kuat	tidak penuh	tidak aktif
	02.55	100/80	80	36.5	2 J & pusat	kuat	tidak penuh	tidak aktif
2	03.25	100/80	80	36.5	2 J & pusat	kuat	tidak penuh	tidak aktif
	03.55	100/80	80	36.5	2 J & pusat	kuat	tidak penuh	tidak aktif

## LANGKAH-LANGKAH APN DAN IMD

<p><b>I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala Dua</b></p> <p>1. Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran</li> <li>• Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina</li> <li>• Perineum tampak menonjol</li> <li>• Vulva dan sfinger ani membuka</li> </ul>
<p><b>II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan</b></p> <p>2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir .</p> <p style="padding-left: 40px;">Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi → siapkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat,</li> <li>• 3 handuk/ kain bersih dan kering ( termasuk ganjal bahu bayi),</li> <li>• Alat penghisap lendir,</li> <li>• Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi</li> </ul> <p style="padding-left: 40px;">Untuk ibu :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggelar kain di perut bawah ibu</li> <li>• Menyiapkan oksitosin 10 unit</li> <li>• Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set</li> </ul>
<p>3. Pakian celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan</p>
<p>4. Melepaskan dan 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</p>
<p>5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam</p>
<p>6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik ( gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik )</p>
<p><b>III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin</b></p> <p>7. Membersihkan vulva dan perrineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior ( depan) ke posterior ( belakang) menggunakan kapan atau kasa yang dibasahi air DTT</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang</li> <li>• Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia</li> <li>• 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> </ul>
<p>8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bilaselaputketubanmasih utuh saatpembukaansudahlengkap, maka</li> </ul>



lakukanamniotomi.
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.
10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal ( 120 – 160 kali / menit ). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</li> <li>• Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.</li> </ul>
<b>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN</b>
11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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>• Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.</li> </ul>
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: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif</li> <li>• Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.</li> <li>• Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).</li> <li>• Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.</li> <li>• Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.</li> <li>• Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).</li> <li>• Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai</li> <li>• 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> </ul>
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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.</i></li> <li>• <i>Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.</i></li> </ul>
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>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bayi cukup bulan?</li> <li>• Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas tanpa kesulitan?</li> <li>• Apakah bayi bergerak dengan aktif ?</li> </ul> <p>Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi pada bayi asfiksia.</p> <p>Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke -26</p>
<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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan penggungtingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.</li> <li>• 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.</li> <li>• Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.</li> </ul>
<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 berdpda diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau areola mammae ibu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.</li> <li>• Biarkan bayi melakukan kontak kulit-ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.</li> <li>• Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini</li> </ul>

<p>dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.</li> </ul>
<p><b>VIII. MANEJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)</b></p>
<p>33. Pindahkan klem tali pusat singga berjarak 5-10 cm dari vulva.</p>
<p>34. Letakkan satu tangan diatas kain, pada perut bawah ibu(diatas simpisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.</p>
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi puting susu.</li> </ul>
<p><b>Mengeluarkan plasenta</b></p>
<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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).</li> <li>• Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahiran plasenta</li> <li>• Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menengangkan tali pusat : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM</li> <li>2. Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh</li> <li>3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan</li> <li>4. Ulangi tekanan dorso-cranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya</li> <li>5. Jika plasenta lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.</li> </ol> </li> </ul>
<p>37. 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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>

<b>Rangsangan Taktil (Masase) Uterus</b>
<p>38. 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 terba keras)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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)</li> </ul>
<b>IX. MENILAI PERDARAHAN</b>
<p>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.</p>
<p>40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.</p>
<b>X. ASUHAN PASCA PERSALINAN</b>
<p>41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam</p>
<p>42. Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.</p>
<b>Evaluasi</b>
<p>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.</p>
<p>44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.</p>
<p>45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.</p>
<p>46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.</p>
<p>47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit</li> <li>• Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit Rujukan</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.</li> </ul>
<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 <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
<b>Dokumentasi</b>
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

**FORMAT PENGKAJIAN**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR**

**I. DATA SUBYEKTIF (hari....., tanggal....., pukul.....)**

1. Identitas

a. Bayi

Nama :

Umur/tgl/jam lahir :

Jenis kelamin :

Anak ke- :

Status anak :

b. Orang Tua

Ibu Ayah

Nama :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Suku bangsa :

Status perkawinan :

Alamat rumah :

No. Telepon :

Alamat tempat kerja :

2. Alasan Dirawat dan Keluhan Utama .....

.....

3. Riwayat Prenatal

GPA:.....

Masa gestasi:.....

Penerimaan kehamilan:

- a. Direncanakan dan diterima
- b. Tidak direncanakan tapi diterima
- c. Tidak direncanakan dan tidak diterima

Riwayat ANC:.....  
 .....  
 .....

Penyulit selama prenatal:.....  
 .....

Riwayat imunisasi prenatal: Imunisasi TT

- TT<sub>1</sub> tgl.....  TT<sub>2</sub> tgl.....
- TT..... tgl.....

Perilaku atau kebiasaan yang buruk selama prenatal:.....  
 .....  
 .....

Riwayat penyakit ibu:

- DM,  hepatitis B  B24  asthma  Hipertensi  PMS
- jantung  TBC  alergi
- lain-lain.....

4. Riwayat Intranatal
- Tempat kelahiran....., penolong .....,  
 tanggal.....  
 Kala I: lama.....jam, penyulit.....  
 tindakan.....  
 Kala II: lama.....jam/menit, penyulit.....  
 tindakan.....

5. Faktor Resiko Infeksi
- a. Mayor
    - suhu ibu >38° C  KPD >24 jam  ketuban hijau
    - korioamniotis  fetal distress
  - b. Minor
    - KPD >12 jam  asfiksia  BBLR  ISK  UK<37
    - minggu  gemeli  keputihan  suhu ibu >37°C

**II. DATA OBJEKTIF (hari....., tanggal....., pukul.....)**



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

Keadaan saat lahir: tangis....., gerak.....,  
warna kulit.....

Data lain.....

**III. ANALISA**

Neonatus.....Bulan Lahir..... Segera  
Setelah Lahir dengan Vigerous Baby/.....

Masalah:.....

**IV. PENATALAKSANAAN(hari....., tanggal....., pukul.....)**



**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 :		
<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> 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.....

---

**F. 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 .....

.....

---

H. Riwayat masa neonatus :

.....

.....

.....

---

I. Riwayat imunisasi

BCG Tgl.....  Polio<sub>1</sub> Tgl.....  Hb<sub>1</sub> Tgl.....

Komplikasi.....

.....

tidak imunisasi,  
alasan.....

---

J. Bio-psiko-sosial-spiritual

1. Biologis

a. Pernafasan :  ada gangguan  tidak ada gangguan

b. Nutrisi

Jenis : .....

Frekuensi : .....

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 :

.....

.....

<p>Dukungan keluarga : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3. Sosial</p> <p>Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Pola Asuh Anak : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Spiritual</p> <p>Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan</p> <p><input type="checkbox"/> Tanda-tanda bahaya pada bayi :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Pemberian ASI :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Perawatan bayi sehari-hari :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Imunisasi :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

.....

Pemberian MP-ASI :  
 .....  
 .....

lain-lain .....

**II. DATA OBJEKTIF**

**A. Pemeriksaan fisik**

Kadaan 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 :



<input type="checkbox"/> distensi      bising usus.....      kondisi tali pusat..... lain-lain..... <u>Punggung :</u> bentuk..... <input type="checkbox"/> spina bifida <input type="checkbox"/> gibus <u>Genitalia :</u> Perempuan : labia....., lubang uretra..... lubang vagina.....pengeluaran..... kelainan..... Laki-laki : testis....., lubang penis..... <input type="checkbox"/> hermaphrodit      lain-lain..... Anus : lubang.....kelainan..... <u>Ekstremitas :</u> Tangan : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris      jumlah jari..... Kaki : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris      jumlah jari..... kelainan..... <u>Refleks-Refleks :</u> <input type="checkbox"/> Glabella reflex <input type="checkbox"/> Rooting reflex <input type="checkbox"/> Sucking reflex <input type="checkbox"/> Swallowing refleks <input type="checkbox"/> Tonic neck reflex <input type="checkbox"/> Moro reflex <input type="checkbox"/> Grasp reflex <input type="checkbox"/> 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

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
- j. Pengetahuan
- k. 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

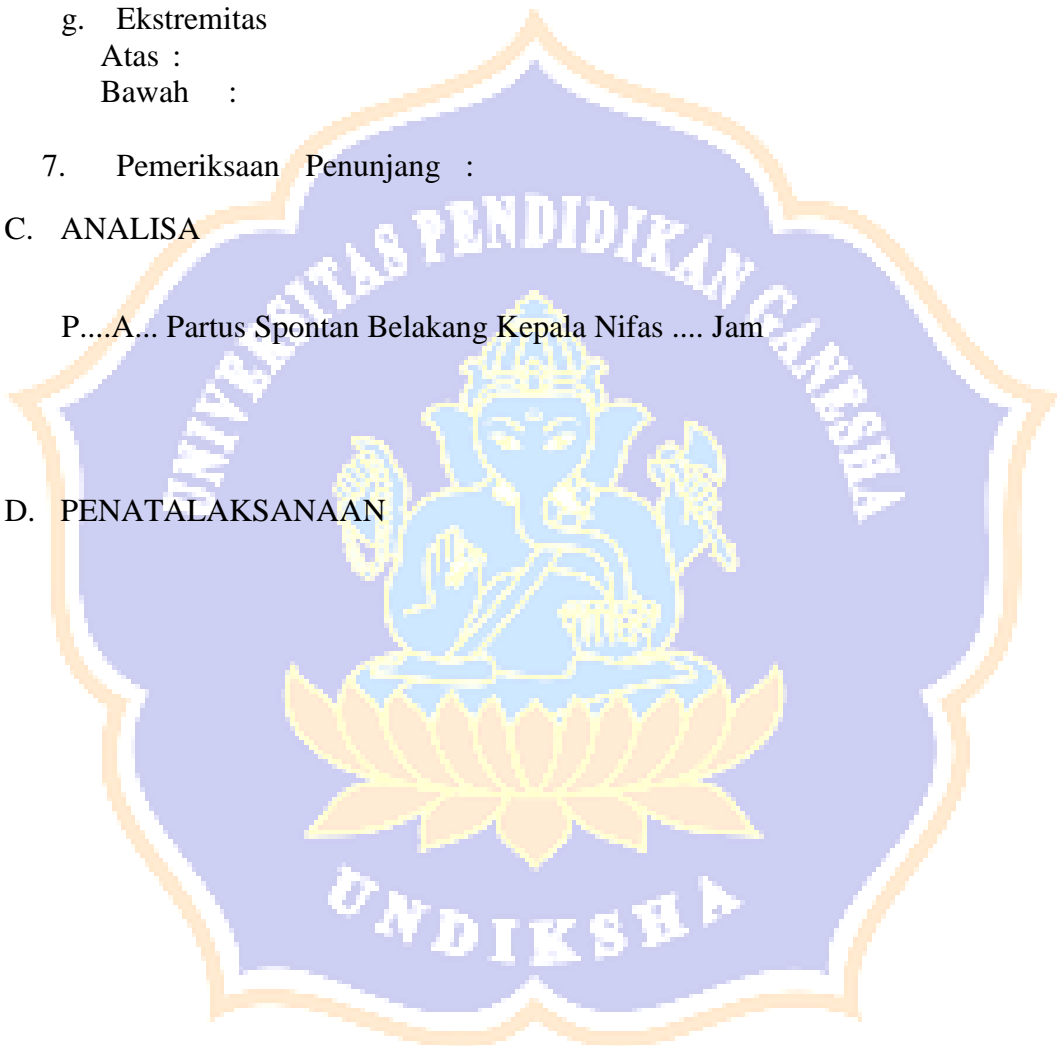
- 1) Dinding abdomen :
- 2) Kandung Kemih :
- 3) Uterus :
- 4) Diastasis recti :
- 5) CVAT :
- f. Anogenital
  - 1) Vulva dan Vagina :
  - 2) Perineum :
  - 3) Anus :
- g. Ekstremitas
  - Atas :
  - Bawah :

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 PENGKAJIAN  
ASUHAN KEBIDANAN AKSEPTOR BARU/LAMA KB .....**

**I. DATA SUBYEKTIF (Hari....., tanggal....., pukul .....**)

1. Identitas                      Ibu                                      Suami
  - Nama                      :
  - Umur                                      :
  - Suku/Bangsa                      :
  - Agama                                      :
  - Pendidikan                                      :
  - Pekerjaan                                      :
  - AlamatRumah                                      :
  - No Telepon                                      :
2. AlasanDatang.
3. KeluhanUtama
4. RiwayatMenstruasi
  - Umur menarche :..... Lama haid :.....
  - Siklus haid :..... Volume :.....
  - Keluhan saat haid :.....
  - Dismenorhea  Spoting  Menoragia  Metrorrhagia
  - Premenstruasi Syndrome  Lain – lain:.....
5. RiwayatPerkawinan
  - Pernikahanke : .....
  - Lama : .....
  - Status : .....
6. RiwayatGyneкологи
7.  Infertil  Cervicitis Kronis  Endometriosis  Myoma  Polip Cervik  Kanker Kandungan:  vagina  serviks  corpus uteri  tuba fallopi  ovarium
  - Tumorkandungan:  vulva  vagina  cerviks  copus uteri  ovarium
  - Jenis:  jinak  ganas  Perkosaan
  - Operasi Kandungan :  uterus  tuba fallopi  ovarium  serviks  vagina
  - Kapan :.....
8. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh ibu
  - DM  Asthma  Jantung  Hipertensi  Epilepsi
  - Hepatitis  PMS  HIV/AIDS  TBC
9. Riwayat Penyakit Keluarga
  - DM  Asthma  Jantung  Hipertensi  Epilepsi
  - Hepatitis  PMS  HIV/AIDS  TBC



10. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

No	Tgl lahir/ umur anak	UK	Jenis persalinan	Penolong / tempat	Kondisi saat Bersalin	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ BBL/ Keadaan Sekarang	JK/	Laktasi

11. Riwayat KB

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

Lama : .....

Keluhan/efek : ..... samping

Kapan berhenti : .....

Alasan berhenti : .....

Mulai : ..... penggunaan KB

12. Keadaan Bio-Psiko-Sosial- Spiritual

a. Biologis

a) Bernapas

Tidak Ada

Ada :  dyspneu  orthopneu  thacypneu  wheezing  ronchi

b) Nutrisi

Makan: frekuensi: ..... x/hari, komposisi: ....., porsi: .....

Minum: ..... gelas/hari, jenis: .....

Keluhan : .....

Pantangan/alergi: .....

c) Eliminasi

BAK: ..... x/hari, warna ....., bau .....

BAB: ..... x/hari, konsistensi ....., warna .....

Keluhan: .....

d) Istirahat dan tidur

Tidur malam : .....jam

Tidur siang : .....jam

Keluhan : .....

e) Aktivitas

Lama aktivitas : .....jam

Jenis : ..... aktivitas

: .....

f) Perilaku Seksual  
 Cara : .....  
 Frekuensi : .....  
 Keluhan : .....

g) Personal Hygiene  
 Mandi : .....x/hari  
 Keramas : .....x/hari  
 Gosok gigi : .....x/hari  
 Vulva hygiene  
 Waktu : .....  
 Kebiasaan : .....  
 Pemakaian pakaian dalam : .....  
 Ganti pakaian/pakaian dalam : .....x/hari

b. Psikologis  
 a) Persepsi ..... tentang  
 KB: .....

b) Kesiapan ber-KB:  siap  tidak  
 Perasaan saat ini:  cemas  sedih  takut  malu  
 menolak

c) Dukungan:  
 Suami :  mendukung  tidak  
 Keluarga :  mendukung  tidak

d) Harapan: .....

c. Sosial  
 Pengambilan ..... keputusan  
 : .....

Kebiasaan terkait dengan penggunaan alat kontrasepsi : .....

d. Spiritual  
 : .....  
 : .....

13. Pengetahuan

**II. DATA OBYEKTIF**

1. Pemeriksaan Umum

- a. Keadaan umum :  baik  lemah  jelek
- b. Kesadaran :
- c. Keadaan emosi :

2. Tanda-tanda vital

- a. TD : .....mmHg
- b. Nadi : .....x/menit

- c. Respirasi : .....x/menit
- d. Suhu : .....<sup>0</sup>C
3. Antropometri
- a. BB : .....kg
- b. BB sebelumnya:.....kg (tanggal:.....)
- c. TB : .....cm
4. Pemeriksaan Fisik
- a. Wajah :
- Oedema :  Ada  Tidak ada
- Pucat :  Ada  Tidak ada
- Cloasma :  Ada  Tidak ada
- b. Mata :
- Konjungtiva :  merah muda  pucat  merah
- Sklera :  putih  kuning  merah
- c. Mulut dan gigi:
- Bibir :  pucat  kemerahan dan  lembab  kering
- Caries pada gigi :  ada  tidak ada
- d. Leher :
- Kelenjar limfe :  ada pembengkakan  tidak ada
- Kelenjar tiroid :  ada pembengkakan  tidak ada
- Vena jugularis :  ada pelebaran  tidak ada
- e. Dada :
- Nyeri tekan :  ada  tidak
- Retraksi :  ada  tidak
- f. Payudara dan aksila:
- Bentuk :  simetris  asimetris
- Puting susu :  menonjol  masuk
- datar
- Kelainan :  ada  tidak
- Kebersihan :  bersih  tidak
- Aksila :  pembengkakan  tidak ada
- pembengkakan
- g. Abdomen:
- Bekas luka operasi :  ada  tidak
- Nyeri tekan :  ada  tidak
- h. Anogenital:
- Pengeluaran cairan :  ada  tidak
- jenis....., jumlah.....
- 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
- Khusus Akseptor IUD
- a) Inspeksi Vagina
- Portio :  lunak  erosi  
 kaku
- Kelainan :  ada  tidak
- Ukuran kelainan : .....cm
- b) Bimanual
- Nyeri goyang portio :  ada  tidak
- Massa :  ada
- tidak
- Lain-lain : .....
- c) Kontrol
- Benang IUD :  teraba  tidak
- i. Ekstremitas
- Tangan : Oedema :  ada  tidak  
Keadaan kuku :  bersih  tidak
- Kaki : Edema :  ada  tidak  
Varises :  ada  tidak  
Keadaan kuku :  bersih  tidak
5. Pemeriksaan Penunjang
- Pap Smear , hasil.....
- IVA ,  
hasil.....
- Lain-lain : ....., hasil.....

**III. ANALISA**

Masalah:

.....

.....

.....

**IV. PENATALAKSANAAN**



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 : Gusti Agung Ayu Putu Anggie larasati  
NIM : 1606091074  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "NM" G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> UK 37 Minggu 4 Hari Preskep & Puki Janin Tunggal Hidup Intra Uteri di PMB "KK" Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I Kabupaten Buleleng Tahun 2019.

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 3 Juni 2019	BAB 4 – BAB 5	- Perbaiki data obyektif, penatalaksanaan pada BAB 4, tambahkan KIPI pada imunisasi. - Sesuaikan pembahasan dengan kasus berdasarkan pada teori, tambahkan pembahasan 10 T pada BAB 4.	
Kamis, 1 Agustus 2019	BAB 4 – BAB 5	- Perbaiki penatalaksanaan dan sesuai kan pembahasan.	
Selasa, 6 Agustus 2019	BAB 1 - BAB 5	- ACC	

Singaraja, Agustus 2019  
Pembimbing I

**Luh Mertasari, S.ST, M.Pd**  
NIP. 19801115 200604 2 015



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

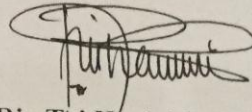
Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja-Bali  
Telepon(0362) 22570 Fax. (0362) 25735 Kode Pos 81116  
Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)

**LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Gusti Agung Ayu Putu Anggie Iarasati  
NIM : 1606091074  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "NM" G<sub>2</sub>P<sub>1</sub>A<sub>0</sub> UK 37 Minggu 4 Hari Preskep & Puki Janin Tunggal Hidup Intra Uteri di PMB "KK" Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I Kabupaten Buleleng Tahun 2019.

Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 6 Agustus 2019	BAB 4 – BAB 5	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaikan pada data subjektif, objektif dan simpulan.</li><li>- Perbaikan pada table dan tata tulis</li></ul>	
Rabu, 7 Agustus 2019	BAB 4 – BAB 5	<ul style="list-style-type: none"><li>- Perbaikan pada analisa (masalah dan kebutuhan)</li></ul>	
Kamis, 8 Agustus 2019	<ul style="list-style-type: none"><li>- Cover luar</li><li>- Cover dalam</li><li>- Prakata</li><li>- Daftar isi</li><li>- Daftar tabel</li><li>- Daftar singkatan</li><li>- BAB 1</li><li>- BAB 2</li><li>- BAB 3</li><li>- BAB 4</li><li>- BAB 5</li><li>- BAftar pustaka</li><li>- Lampiran</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- ACC</li></ul>	

Singaraja, Agustus 2019  
Pembimbing II



(Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST., M.Pd)  
NIP. 19680225 199103 2 011

Dokumentasi







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: Selasa tanggal 13 Agustus 2019 jam 10.00 s/d 11.00 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 : Gusk Agung Ayu Rini Anggie Larasati  
 NIM : 1606091074  
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan  
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan  
 Judul TA : Asuhan kebidanan komperhensif Pada  
Perempuan "Nm" di PMB "KK" Wilaga  
Kardus Purkesmas Sevit 1,  
 Pembimbing I : Luh Mertasari, S.ST.M.Pd  
 Pembimbing II : Ria Tri Hartini Dwi Rustawati, S.ST.M.Pd

dengan hasil: ujian lulus tanpa revisi / ujian lulus dengan revisi / ujian diulang\*  
 selama 1 bulan terhitung dari tanggal 13/8/19 sampai  
 dengan 20/8/19.

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Luh Mertasari, S.ST.M.Pd</u>	<u>19801115 200604 2015</u>	
2.	<u>Ria Tri Hartini Dwi Rustawati S.ST.M.Pd</u>	<u>19660225 199103 2011</u>	
3.	<u>Wigantomo Gozalr, M. Kes</u>	<u>19631231 198310 1001</u>	

Mengetahui,  
 Ketua Jurusan

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

Singaraja, 13 Agustus 2019.

Ketua Penilai

Luh Mertasari S.ST., M.Pd  
 NIP. 19801115 200604 2015