

3.6 Rencana Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Bulan																											
		Jan '19				Feb '19				Mar '19				Apr '19				Mei '19				Jun '19				Juli-Ags'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				
I	Perencanaan																												
1	Konsultasi masalah dan judul		x																										
2	Konsultasi proposal					x	x	x		x			x																
3	Persiapan Ujian Proposal											x	x																
4	Ujian Proposal														x	x	x												
II	Pelaksanaan																												
1	Pengurusan izin																x												
2	Pengumpulan data															x	x	x	x	x	x	x							
3	Analisa data															x	x	x	x	x	x								
4	Penatalaksanaan															x	x	x	x	x									
III	Pelaporan																												
1	Penyusunan laporan																			x	x	x	x	x	X	X	X	X	
2	Pengetikan Laporan																			x	x	x	x	x	X	X	X	X	
3	Konsultasi Laporan																				x	x	x	X	X	X	X		
4	Penyebaran Studi Kasus																										x	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

Nomor : 524 / UN48.12 / KM / 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Singaraja, 21 Mei 2019

Yth. Praktek Mandiri Bidan
Ibu Ni Ketut Siya Darmini, S.ST.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 Komang Widia Astuti Merta, NIM : 1606091013 agar diperkenankan mengadakan penelitian/ pengumpulan data yang berhubungan dengan judul studi kasusnya pada praktek yang berada di bawah pengawasan Ibu.

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



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

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Sukasada I
2. Arsip

PRAKTEK MANDIRI BIDAN
Ni Ketut Siya Darmini, S.ST, Keb
Desa Panji Anom, Kecamatan Sukasada, Kabupaten Buleleng

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Ketut Siya Darmini, S.ST, Keb
NIP : 19770824 200701 2 023
Alamat : Desa Panji Anom, Kecamatan Sukasada, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Komang Widia Astuti Merta
NIM : 1606091013

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Ni Ketut Siya Darmini, S.ST, Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan Di PMB "SD" Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2019"

Singaraja, 21 Mei 2019

Mengetahui,
Praktek Mandiri Bidan



Ni Ketut Siya Darmini, S.ST, Keb
NIP. 19770824 200701 2 023

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(*Informed Consent*)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Elysa

Umur : 23 Tahun

Alamat : Dusun Bukit Sari, Desa Tegallinggah, Kec Sukasada, Kab Buleleng

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul “ Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di PMB “SD” Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada 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

Responden

)
Elysa

UNDIKSHA

FORMAT PENGKAJIAN 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							
A. Data Subyektif								
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"/> Spoting <input type="checkbox"/> Menoragia <input type="checkbox"/> Metrorrhagia <input type="checkbox"/> Premenstrual Syndrome								
5. Riwayat Perkawinan : <input type="checkbox"/> kawin tid <input type="checkbox"/> kawin sah <input type="checkbox"/> tidak sah <input type="checkbox"/>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/	Laktasi

							Keadaan Sekarang	
<p>7. Riwayat Hamil ini :</p> <p>Pemeriksaan sebelumnya: ANC kali, di, TT kali, Tgl..... Keluhan/ Tanda Bahaya: TW I <input type="checkbox"/> mual muntah berlebih <input type="checkbox"/> perdarahan <input type="checkbox"/> lain-lain: mual-mual saat hamil muda TW II/ III <input type="checkbox"/> pusing <input type="checkbox"/> sakit kepala <input type="checkbox"/> perdarahan <input type="checkbox"/> keluar air pervaginam <input type="checkbox"/> pandangan kabur <input type="checkbox"/> lain-lain..... Merasakan gerakan janin : <input type="checkbox"/> belum <input type="checkbox"/> sudah sejak .....minggu/bulan yang lalu Saat ini..... Obat dan suplemen yang pernah diminum : Perilaku yang membahayakan kehamilan : <input type="checkbox"/> Merokok pasif/aktif <input type="checkbox"/> minum jamu <input type="checkbox"/> minum-minuman keras <input type="checkbox"/> kontak dengan binatang <input type="checkbox"/> narkoba <input type="checkbox"/> diurut dukun Riwayat pemeriksaan penunjang :</p>								
<p>8. Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh Ibu/ Riwayat Operasi</p> <input type="checkbox"/> Kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Epilepsi Kapan..... <input type="checkbox"/> TORCH <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> PMS Kapan..... <input type="checkbox"/> Operasi Jenis..... Kapan.....								
<p>9. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, Ibu, Adik, Paman, Bibi) yang Pernah Menderita Sakit :</p> <p>Keturunan :</p> <input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Penyakit Jiwa <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Hamil Kembar <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Alergi..... Menular : <input type="checkbox"/> Penyakit hati/ Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> PMS/HIV/AIDS Lain-lain.....								
<p>10. Riwayat Gynekologi</p> <input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> Cervicitis cronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Polip Servik <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan								
<p>11. Riwayat & Rencana Penggunaan Kontrasepsi :</p> <p>Metode kontrasepsi yang pernah dipakai: Lama:</p>								

Efek samping/ komplikasi kontrasepsi :

Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan :

Rencana jumlah anak :

Alasan :

12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual

a. Biologis :

1) Bernafas : tidak ada keluhan ada keluhan :

2) Makan Frekuensix sehari
 Jenis : makanan pokok..... Lauk pauk :

Sayur :..... Buah.....

Porsi : Kecil Sedang Besar

Perubahan nafsu makan : Ada,..... Tidak

Pantangan makanan :.....tidak ada.....

Minum : Jumlahgelas/hari, Jenis : Kopi 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.....

pada kehamilan.....

b. 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

Alasan :

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:

13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan

TW I : tanda bahaya dan cara mengatasinya keluhan zim dan cara mengatasinya

dukungan keluarga deteksi dan pencegahan kelainan konginetal hubungan seksual yang aman

TW II : tanda bahaya dan cara mengatasinya nutrisi 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 tum-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
B. Data Obyektif <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1. Pemeriksaan Umum Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> lemah <input type="checkbox"/> jelek 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 GCS : E.....V.....M..... Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/> nang <input type="checkbox"/> ge'сах <input type="checkbox"/> takut <input type="checkbox"/> murun <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
2. Pemeriksaan Fisik a. Wajah : <input type="checkbox"/> tidak kelainan <input type="checkbox"/> oedema <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..... d. Leher: <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> pembengkakan kelenjar limfe <input type="checkbox"/> bendungan vena jugularis <input type="checkbox"/> pembesaran kelenjar tyroid <input type="checkbox"/> Lain-lain..... e. Dada Kelainan : <input type="checkbox"/> dyspneu <input type="checkbox"/> orthopneu <input type="checkbox"/> thacypneu <input type="checkbox"/> wheezing Payudara : <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Areola hiperpigmentasi <input type="checkbox"/> kolostrum <input type="checkbox"/> bersih Kelainan : <input type="checkbox"/> asimetris, Puting: <input type="checkbox"/> datar <input type="checkbox"/> masuk <input type="checkbox"/> dimpling <input type="checkbox"/> retraksi Kebersihan: <input type="checkbox"/> bersih <input type="checkbox"/> kotor f. Tangan dan Kaki: 1) Tangan : <input type="checkbox"/> oedema warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda 2) Kaki : <input type="checkbox"/> oedema..... <input type="checkbox"/> varises..... warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda Reflek patella :/.....
3. Pemeriksaan Khusus Obstetri a. Abdomen : Pembesaran perut..... Inspeksi: arah pembesaran <input type="checkbox"/> memanjang <input type="checkbox"/> melebar <input type="checkbox"/> Linea alba <input type="checkbox"/> Linea nigra <input type="checkbox"/> Striae Livide <input type="checkbox"/> Striae Albicans <input type="checkbox"/> 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 : DJJx/menit Teratur Tidak Teratur

b. Anogenital

Inspeksi : pengeluaran pervaginam darah lender 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	II	III	IV				
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 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,	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	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					

Berdasarkan penentuan skor tersebut, kehamilan dikelompokkan kedalam kelompok kehamilan resiko rendah, kehamilan resiko tinggi, dan kehamilan resiko sangat tinggi.

(1) Kelompok kehamilan beresiko

Ibu hamil dikatakan memiliki resiko jika ibu hamil tersebut tidak memiliki penyakit penyerta yang dapat mempengaruhi kesehatan ibu dan bayi. Jumlah skor untuk ibu hamil beresiko yaitu 2

(2) Kelompok resiko tinggi

Kehamilan dengan satu atau lebih faktor risiko, baik dari pihak ibu maupun janinya yang member dampak kurang menguntungkan baik bagi ibu maupun janinnya, memiliki resiko kegawatan tetapi tidak darurat. Menurut Poedji Rochyati ibu hamil termasuk kelompok resiko tinggi jika ibu hamil memiliki skor 6-10

(3) Kelompok resiko sangat tinggi

Ibu hamil dengan faktor risiko dua atau lebih, tingkat risiko kegawatannya meningkat, yang membutuhkan pertolongan persalinan di rumah sakit oleh dokter spesialis. Menurut Poedji Rochyati dikatakan kelompok resiko sangat tinggi jika ibu hamil memiliki skor lebih atau sama dengan 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 :
 - Golda :
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/te mpat	Bayi		Komplikasi ibu dan bayi	Laktasi	Ket.
					BB/P B	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
- Siklus menstruasi : teratur, tidak....hari
 - Lama haid :hari
 - Kontrasepsi yang pernah dipakai :...lama...,rencana yang akan digunakan...
 - Rencana jumlah anak :...anak
8. 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 ccoperatif, 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&isteri, suami, istri, keluarga besar, lain-lain....
 - Persiapan persalinan yang sudah siap : perlengkapan ibu, perlengkapan bayi, biaya, calon donor, pendamping, transportasi
 - 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, somnolen, sopor, sopor somatisis, 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 lainlain.....

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

Payudara : tidak ada kelainan areola hiperpigmentasi kolostrum 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 Leopod :

L1 : TFU.... pada fundus terababagian

L2 :disebelahkananteraba disebelahkiriteraba

L3 :Bagianbawahteraba

bisadigoyangkan, tidak bias

digoyangkan L4 :konvergen

sejajardivergen TBJ : perlimaan

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

Auskultasi : DJJ

g. Genetaliadan Anus :

VT :tanggal jamoleh

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 :≥90⁰ < 90⁰
Kesanpanggul :

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
			

60 LANGKAH APN

Menurut APN (2017) penatalaksanaan dalam proses persalinan normal yaitu :

1) 60 Langkah dalam APN

(1) **Melihat tanda dan gejala persalinan kala dua :**

- a) Ibu merasa ada dorongan kuat meneran.
- b) Ibu merasa tekanan yang semakin kuat pada rektum dan vagina.
- c) Perineum menonjol.
- d) Vulva dan *sfincter ani* membuka.

(2) **Menyiapkan pertolongan persalinan :**

Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.

(3) Memakai alat pelindung diri secara lengkap.

(4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang digunakan dan mencuci tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir, kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.

(5) Memakai sarung tangan DTT atau steril pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.

(6) Memasukkan oksitosin ke dalam tabung suntik dengan menggunakan tangan yang memakai sarung tangan dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik, (pinggirkan setengah kocher bila selaput ketuban belum pecah/utuh).

(7) **Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin**

Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan kebelakang dengan menggunakan kapas DTT

- a) Jika introitus vagina dan perineum serta anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama.
- b) Buang kapas yang telah terkontaminasi pada wadah yang tersedia.
- c) Jika sarung tangan terkontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan dalam larutan klorin 0,5 %, pakai kembali sarung tangan DTT/steril.

(8) Melakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap Jika selaput ketuban belum pecah/utuh saat pembukaan lengkap maka lakukan amniotomi.

(9) Dekontaminasi sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%. Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan.

(10) Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) Setelah kontraksi uterus mereda/saat relaksasi uterus untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (120 - 160 x/menit).

- a) Lakukan tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

- (11) **Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran**
Memberitahukan pasien dan keluarga bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik
- Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran
 - Jelaskan pada keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
- (12) Meminta keluarga untuk membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi kuat. Pada kondisi itu ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan.
- (13) Membimbing pasien untuk meneran saat ada dorongan meneran atau kontraksi kuat :
- Bimbing pasien meneran secara benar dan efektif
 - Berikan dukungan dan semangat saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila ibu salah dalam meneran
 - Anjurkan untuk beristirahat diantara kontraksi
 - Berikan cukup asupan cairan per-oral
 - Menilai DJJ setiap kontraksi selesai
 - Segera rujuk jika bayi belum atau tidak lahir setelah 2 jam meneran (pada primigravida) dan 1 jam (pada multigravida)
- (14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang nyaman jika ibu belum ada dorongan untuk meneran dalam 60 menit.
- (15) **Persiapan untuk melahirkan bayi :**
Meletakkan handuk bersih diatas perut jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
- (16) Meletakkan kain bersih/underpad dibawah bokong ibu.
- (17) Membuka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
- (18) Memakai sarung tangan steril/DTT pada kedua tangan.
- (19) **Pertolongan untuk melahirkan bayi**
Lahirnya kepala
Saat kepala bayi tampak dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering, sementara tangan lain menahan belakang kepala bayi untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala.
- Anjurkan ibu untuk meneran efektif atau bernafas cepat dan dangkal
- (20) Periksa kemungkinan adanya belitan tali pusat, segera lanjutkan proses kelahiran bayi :
- Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi
 - Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat diantara dua klem tersebut.
- (21) Setelah kepala lahir, menunggu kepala bayi melakukan putar paksi luar secara spontan.

- (22) Lahirnya bahu
Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal, dengan lembut gerakkan kepala bayi kearah bawah hingga bahu depan muncul dibawah arcus pubis dan kemudian gerakkan kearah atas untuk melahirkan bahu belakang.
- (23) **Lahirnya badan dan tungkai**
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 kepongung, bokong, tungkai dan kaki, pegang kedua mata kaki bayi.
- (25) **Asuhan bayi baru lahir** Melakukan penilaian bayi :
Apakah bayi cukup bulan ? Apakah bayi menangis kuat atau bernafas tanpa kesulitan ? Apakah bayi bergerak dengan aktif ?
- Bila salah satu jawaban adalah TIDAK , lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia.
 - Bila semua jawaban YA, lanjut ke langkah berikutnya
- (26) Membersihkan tubuh bayi (bersihkan mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya kecuali tangan), tanpa membersihkan verniks. Mengganti handuk basah dengan handuk/kain yang kering.
- (27) Memeriksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir dan bukan kehamilan ganda.
- (28) Memberitahu ibu bahwa akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi kuat
- (29) Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 IU secara IM pada 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin)
- (30) Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 3 cm dari umbilicus, gunakan jari-jari tangan untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit kembali tali pusat 2 cm dari klem yang pertama.
- (31) Memotong tali pusat dan mengikat tali pusat
Dengan satu tangan pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) lalu gunting tali pusat diantara 2 klem tersebut
- Jika menggunakan benang tali pusat, ikat tali pusat dengan benang DTT lalu lepaskan klem pertama
- (32) Meletakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu bayi, luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi lebih rendah dari puting susu ibu.
- Selimuti ibu bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi
 - Biarkan bayi melakukan kontak kulit dengan ibu minimal selama 1 jam

- c) Sebagian besar bayi akan berhasil menyusu dalam waktu 30-60 menit, bayi akan menyusu pertama sekitar 10-15 menit dan bayi cukup menyusu dari satu payudara.
- (33) **Manajemen Aktif Kala III Persalinan**
Memindahkan klem pada tali pusat dengan jarak 5-10 cm dari vulva.
- (34) Meletakkan satu tangan diatas kain pada perut ibu (diatas symphysis) untuk mendeteksi kontraksi dan tangan yang lain memegang klem tali pusat untuk menegangkan tali pusat.
- (35) Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (*dorsokranial*) secara hati-hati (untuk mencegah inversion uteri)
- a) Jika plasenta tidak lahir setelah 30-40 detik, hentikan PTT dan tunggu timbul kontraksi berikutnya dan ulangi kembali prosedur diatas
- b) Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami/keluarga untuk melakukan stimulasi puting susu.
- (36) Bila pada penekanan bagian bawah dinding depan uterus kearah dorsal diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutkan dorongan kearah cranial hingga plasenta dapat dilahirkan.
- a) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak 5-10 cm dari vulva
- b) Ibu boleh meneran tetapi tali pusat ditegangkan sesuai dengan sumbu jalan lahir (bawah-sejajar-atas)
- c) Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat :
- (a) Ulangi pemberian oksitosin 10 IU secara IM
- (b) Lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh
- (c) Minta keluarga menyiapkan rujukan
- (d) Ulangi tekanan dorso-kraniol penegangan tali pusat 15 menit berikutnya
- (e) Jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir dan terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan manual plasenta
- (37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudia lahirkan plasenta
- a) Jika selaput ketuban robek pakai sarung tangan steril untuk melakukan eksplorasi selaput ketuban kemudian gunakan jari-jari tangan untuk mengeluarkannya
- (38) Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan massase uterus (letakkan tangan di fundus dan lakukan massase dengan gerakan melingkar dan lembut selama 15 detik)
- a) Jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah massase tatalaksana sebagai atonia uteri
- (39) **Menilai Perdarahan**
Memeriksa kedua sisi plasenta dan pastikan plasenta serta selaput ketuban lengkap. Memasukkan plasenta kedalam wadag/tempat yang disediakan.

- (40) Mengevaluasi kemungkinan laserasi pada vagina dan perineum. Apabila ada laserasi dan perdarahan aktif segera lakukan heacting.
- (41) **Asuhan Pasca Persalinan**
Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh lalu bilas dengan air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan handuk yang bersih/tissue
- (42) Pastikan berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
- (43) Pastikan kandung kemih kosong, jika penuh lakukan kateterisasi
- (44) **Evaluasi**
Ajarkan ibu dan keluarga cara melakukan massase uterus dan menilai kontaksi
- (45) Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik
- (46) Evaluasi dan estimasi jmlah kehilangan darah
- (47) Pantau keadaan bayi dan pastikan bayi benafas dengan baik (40-60 kali/menit)
- (48) **Kebersihan dan Keamanan**
Membersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cain ketuban, lendir dan darah di ranjang atau disekitar ibu berbaring menggunakan larutan klorin 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 memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
- (50) Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi selama 10 menit. Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
- (51) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai
- (52) Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
- (53) Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% dan lepaskan sarung tangan dengan posisi terbalik dan rendam selama 10 menit
- (54) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk kering
- (55) Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk melakukan pemeriksaan fisik lanjutan bayi baru lahir, pastikan kondisi bayi baik (pernapasan 40-60 kali/menit, temperature 36,5-37,5°C) diperiksa setiap 15 menit
- (56) Memberikan salep mata profilaksis infeksi, vitamin K1 (1 mg) IM di paha kiri bawah lateral
- (57) Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B dipaha kanan bawah lateral, letakkan bayi dekat dengan ibu agar sewaktu-waktu bisa disusukan
- (58) Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik lalu rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit

(59) Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue/handuk pribadi yang kering dan bersih

(60) Melengkapi partograf (halaman depan dan belakang)

a) Mencatat kemajuan persalinan.

b) Mencatat kondisi ibu dan janin.

c) Mencatat asuhan yang diberikan selama persalinan dan kelahiran.

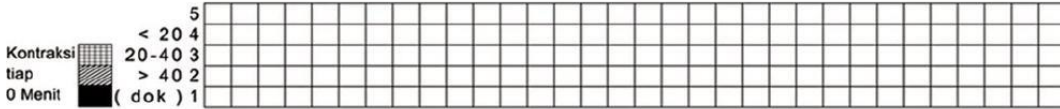
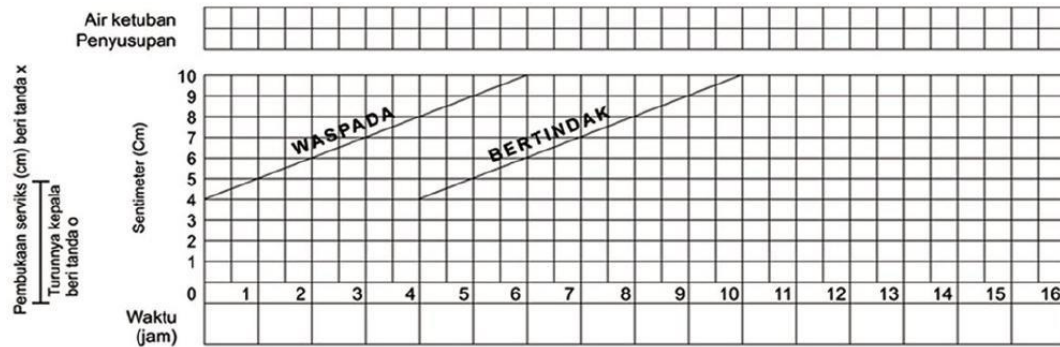
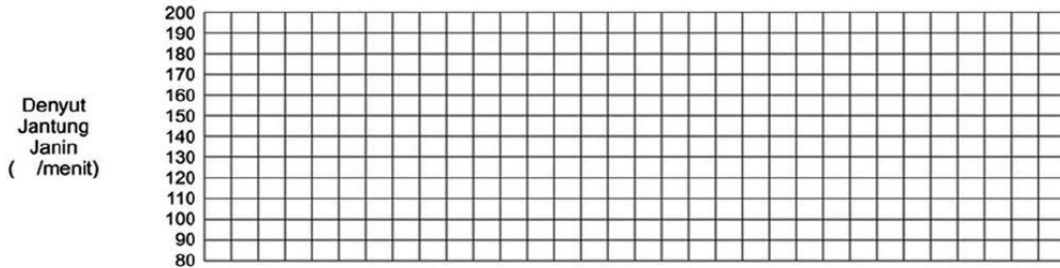
d) Menggunakan informasi yang tercatat untuk identifikasi dini penyulit persalinan.

Menggunakan informasi yang tersedia untuk membuat keputusan klinik yang sesuai dan tepat waktu



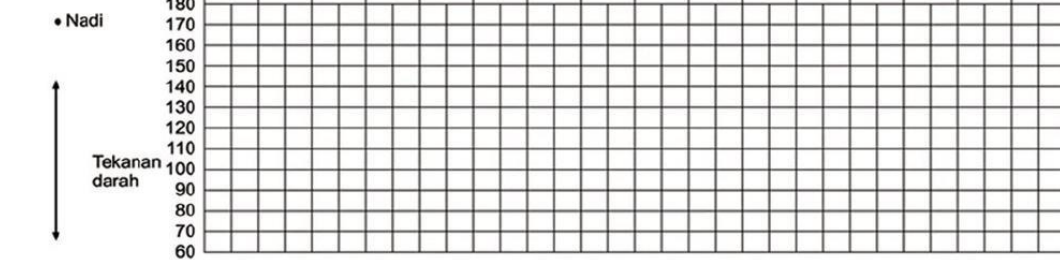
PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin { Protein
Aseton
Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
a.
b.
c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
a.
b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
a.
b.
c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
a.
b.
c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
40. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
41. Masalah lain,sebutkan :
42. Hasilnya :

**FORMAT PENGKAJIAN DATA
ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

Nama Rumah Sakit/RB/BPS :.....		Nomor RM :.....	
		Tanggal masuk dirawat :.....	
Dokter yang merawat :..... Bidan :.....		Tanggal pengkajian :..... Jam :.....	
I. DATA 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 tempat kerja	:.....	:.....	
B. Alasan dirawat :			
.....			
.....			
C. Keluhan utama :			
.....			
.....			
D. 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 : TT₁ tgl..... TT₂ 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

<p>Keadaan tali pusat: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> layu <input type="checkbox"/> simpul</p> <p>Jenis persalinan : </p> <p>Indikasi.....</p>
<p>F. Faktor resiko infeksi</p> <p>Mayor : <input type="checkbox"/> suhu ibu >38° C <input type="checkbox"/> KPD >24 jam <input type="checkbox"/> ketuban hijau <input type="checkbox"/> korioamniotis <input type="checkbox"/> fetal distress</p> <p>Minor : <input type="checkbox"/> KPD >12 jam <input type="checkbox"/> asfiksia <input type="checkbox"/> BBLR <input type="checkbox"/> ISK <input type="checkbox"/> UK<37 minggu</p> <p><input type="checkbox"/> gemeli</p> <p><input type="checkbox"/> keputihan <input type="checkbox"/> suhu ibu >37°C</p>
<p>G. Riwayat postnatal :</p> <p>APGAR Skor :.....</p> <p>Inisiasi menyusui dini : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>.....</p> <p>Skor Bounding :.....</p> <p>Rooming-in : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>.....</p> <p>Kondisi </p>
<p>H. Riwayat masa neonatus :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>I. Riwayat imunisasi</p> <p><input type="checkbox"/> BCG Tgl..... <input type="checkbox"/> Polio₁ Tgl..... <input type="checkbox"/> Hb₁ Tgl.....</p> <p>Komplikasi.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> tidak imunisasi, alasan.....</p>
<p>J. Bio-psiko-sosial-spiritual</p>
<p>1. Biologis</p> <p>a. Pernafasan : <input type="checkbox"/> ada gangguan <input type="checkbox"/> tidak ada gangguan</p> <p>b. Nutrisi</p> <p>Jenis :.....</p> <p>Frekuensi :.....</p> <p>Porsi :.....</p> <p>Keluhan/kendala : </p> <p>.....</p> <p>c. Eleminasi</p> <p>BAK; frekuensi :....., warna :....., bau :.....</p>

<p>BAB; frekuensi :....., warna :....., konsistensi :..... ..</p> <p>d. Istirahat :.....</p> <p>e. Aktivitas :.....</p>
<p>2. Psikososial</p> <p>Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak : </p> <p>Dukungan keluarga :..... </p>
<p>3. Sosial</p> <p>Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :..... </p> <p>Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak :..... </p> <p>Pola Asuh Anak :..... </p>
<p>4. Spiritual</p> <p>Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak : </p>
<p>K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan</p> <p><input type="checkbox"/> Tanda-tanda bahaya pada bayi : </p> <p><input type="checkbox"/> Pemberian ASI : </p> <p><input type="checkbox"/> Perawatan bayi sehari-hari : </p>

.....

 Imunisasi :

 Pemberian MP-ASI :

 lain-lain

II. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan fisik

Keadaan 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 sukseanium
 macrocephali
 microcephali rambut

UUB : menutup belum menutup datar cembung cekung
 UUK : menutup belum menutup Sutura

lain-lain.....

Wajah :
 simetris asimetris pucat oedema

Mata :
 simetris asimetris gerakan bola mata: simetris asimetris
 warna konjungtiva: merah muda pucat merah ikterus
 warna sclera: putih merah ikterus
 pengeluaran.....
 lain-lain.....

Hidung :
 NCH
 Pengeluaran.....

lain-lain.....

Mulut & bibir :

mukosa : kering lembab warna bibir : merah muda pucat
palatum : utuh palato schizis labiopalato schizis labiogenatopalato schizis

lidah

lain-lain.....

Telinga :

simetris asimetris pengeluaran.....
kelainan.....

Leher :

Pembengkakan kelenjar limfe Pembengkakan kelenjar tiroid Bendungan vena jugularis
pergerakan.....

lain-lain.....

Dada :

simetris asimetris retraksi
 dyspneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

Keadaan payudara :

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

Abdomen :

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

Punggung :

bentuk..... spina bifida gibus

Genitalia :

Perempuan : labia....., lubang uretra.....
lubang vagina.....pengeluaran.....
kelainan.....

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

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

Ekstremitas :

Tangan : simetris asimetris jumlah jari.....

Kaki : simetris asimetris jumlah jari.....
kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabela reflex Rooting reflex Sucking reflex Swallowing
refleks

Tonick neck reflex Morro reflex Graps reflex Babinsky reflex

B. Skor Bounding
C. Pemeriksaan penunjang
III. ANALISA
IV. PENATALAKSANAAN

CATATAN PERKEMBANGAN

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

--	--	--

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

(5 W, 1H)

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

1. Biodata

Identitas	Ibu	Suami
Nama	:	
Umur	:	
Agama	:	
Suku Bangsa	:	
Pendidikan	:	
Pekerjaan	:	
Alamat rumah	:	
Telepon/HP	:	

2. Alasan Datang /Keluhan Utama :

3. Riwayat Menstruasi

Menarche :
 Siklus :
 Lama :
 Konsistensi :
 Volume :
 Keluhan :

4. Riwayat Pernikahan

5. Riwayat Kesehatan

6. Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

7. Riwayat Kehamilan sekarang

8. Persalinan

- a. Kala I
- b. Kala II
- c. Kala III
- d. Kala IV

9. Nifas sekarang

- a. Ibu
- b. Bayi

10. Riwayat Laktasi Sekarang

11. Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual

a. Biologis

- 1) Bernafas
- 2) Nutrisi
- 3) Eliminasi
- 4) Istirahat Tidur
- 5) Aktivitas
- 6) Personal Hygiene
- 7) Perilaku Seksual

b. Psikologis

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

c. Sosial

- 1) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan

d. Budaya

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

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 ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU “.....”

AKSEPTOR KB BARU/LAMA.....

Tempat Pelayanan	Nomor RM:
	Tanggal diberikan pelayanan: Tanggal jam pengkajian:

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

5. Riwayat Perkawinan:

Pernikahanke :.....

Lama :.....

Status :.....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

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

7. Riwayat Laktasi

a. Pengalaman menyusui : ada tidak

b. Anak ke :

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

d. Lama menyusui :

e. Kendala :

8. Riwayat KB

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

b. Lama :

c. Keluhan/efek samping :

d. Kapan berhenti:.....

e. Alasan berhenti:.....

f. Mulai penggunaan KB:.....

9. Riwayat Ginekologi

Infertil Kanker Kandungan: vagina serviks

Cervicitis Kronis corpus uteri tuba fallopi

Endometriosis ovarium

Myoma Tumorkandung: vulva vagina

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

b) Jenis aktivitas :.....

6. Personal Hygiene

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

b) Vulva hygiene

Waktu :.....

Kebiasaan :.....

Pemakaian pakaian dalam :.....

c) Ganti pakaian/pakaian dalam:.....x/hari

7. Prilaku Seksual

a) Cara :.....

b) Frekuensi :.....

c) Keluhan :.....

b. Psikososial

a) Persepsi tentang KB :

.....
.....

b) Kesiapan ber-KB: siap tidak

c) Perasaan saat ini: cemas sedih takut malu menolak

d) Dukungan:

1. Suami : mendukung tidak

2. Keluarga : mendukung tidak

e) Harapan :

.....
.....

c. kepercayaan / kebiasaan terkait dengan penggunaa alat kontrasepsi

.....
.....

d. Spiritual:

<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>13. Pengetahuan</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>14. Konseling pra penggunaan</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>B. DATA OBJEKTIF</p>
<p>1. Pemeriksaan Fisik</p> <p>a. Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> lemah <input type="checkbox"/> jelek</p> <p>b. Tanda – tanda vital:</p> <p>1) Tekanan darah :.....mmHg</p> <p>2) Nadi :.....x/mnt</p> <p>3) Suhu :.....°C</p> <p>4) Respirasi :.....x/mnt</p> <p>c. Antropometri:</p> <p>1. Berat badan sekarang :.....kg</p> <p>2. Berat badan sebelumnya:.....kg (tanggal:.....)</p> <p>3. Tinggi badan :.....cm</p>
<p>2. Pemeriksaan Sistematis</p> <p>a. Kepala</p> <p>1. Wajah</p> <p>Oedema : <input type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Pucat : <input type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak ada</p> <p>Cloasma : <input type="checkbox"/>Ada <input type="checkbox"/>Tidak ada</p>

2. Mata

Konjungtiva : merah mudapucat merah

Sklera : putihkuning merah

3. Mulut dan gigi

Bibir : pucat kemerahan dan lembab kering

Caries pada gigi : ada tidak ada

b. Leher

1. Kelenjar limfe : ada pembengkakan tidak ada

2. Kelenjar tiroid : ada pembengkakan tidak ada

3. Vena jugularis : ada pelebaran tidak ada

c. Dada

1. Nyeri tekan : ada tidak

2. Payudara dan aksila :

Bentuk : simetrisasimetris

Puting susu : menonjolmasuk datar

Kelainan : ada tidak

Kebersihan : bersih tidak

Aksila : pembengkakan tidak ada pembengkakan

d. Abdomen

Bekas luka operasi : ada tidak

e. Anogenital

Pengeluaran cairan : ada, jenis.....

Jumlah..... tidak

Tanda – tanda infeksi : Pembengkakan: ada tidak

Luka : ada tidak

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

Kelainan : ada tidak

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

Anus haemmoroid : ada tidak

f. Khusus Akseptor IUD

1. Inspikulo Vagina

Portio : lunak erosi kaku

Kelainan : ada tidak

Ukuran kelainan :cm

2. Bimanual

Nyeri goyang portio : ada tidak

Massa : ada tidak

Lain-lain :

3. Kontrol

Benang IUD : teraba tidak

g. Tangan dan Kaki

1. Tangan

Oedema : ada tidak

Keadaan kuku : bersih tidak

2. Kaki

Edema : ada tidak

Varises : ada tidak

Keadaan kuku : ada tidak

3. Pemeriksaan Penunjang

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

C. ANALISA :.....
.....
.....

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



CATATAN PERKEMBANGAN

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

TANGGAL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA
		



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

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

Pada hari ini ..Selasa.. Tanggal.....16..... Bulan...April.....
 Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di Ruang Kelas Lantai 4 Kampus Prodi Kebidanan
 telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII
 Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Ni Komang Widia Astuti Merta
 NIM : 1606091013
 Pembimbing I : Luh Mertasari, S.ST, M.Pd
 Pembimbing II : Pia Tri Harini Dwi Rusliwati, S.ST, M.Pd
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan Di R
Puskesmas Banjarangtan II, Klungbung Tahun 2018

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Karena sangat banyak banyak, untuk data wawancara dan tempat yang baru,
2. pada laporan kali agar dituliskan dan penulisan & bahasa & struktur dan
3. struktur, sumber App pada 2019, kunjungan NIPK & prosedur prosedur
4. penelitian insidensi peridanan, pose, pose, pphsuu watev& keol<sup>11</sup> dan
5. penelitian labasa, pph<sup>11</sup> diperbaiki
6.
7.
8.
9.
10.

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

Singaraja, 16 April 2019.....

Dewan Penguji:

1. Luh Mertasari, S.ST, M.Pd
2. Pia Tri Harini Dwi Rusliwati, S.ST, M.Pd
3. Melany Sutrisna, S.ST, M.Pd
4.

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

LEMBAR PERSETUJUAN
PROPOSAL STUDI KASUS
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI PMB "SD" WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKASADA I
TAHUN 2019

Diajukan oleh:

NI KOMANG WIDIA ASTUTI MERTA
NIM. 1606091013

Telah disetujui oleh:

PEMBIMBING I

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

PEMBIMBING II

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


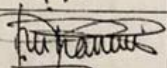

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI
PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI PMB "SD" WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKASADA I
TAHUN 2019

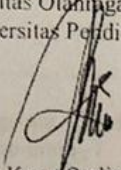
NAMA : NI KOMANG WIDIA ASTUTI MERTA
NIM : 1606091013

Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir Program
Studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha
Pada Tanggal 16 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.	Ni Komang Sulyastini, S.ST., M.Pd	19790802 2006042 008	

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


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



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

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ni Komang Widia Astuti Merta
NIM : 1606091013
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan Di PMB "SD" Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2019

Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 04 Februari 2019	Tata penulisan proposal	- Perbaikan tata penulisan pada BAB I - Perbaikan tata penulisan pada cover	
Jumat, 01 Maret 2019	Tata penulisan proposal	- Perbaikan tata penulisan pada BAB I sampai BAB III - Perbaikan tata penulisan pada pengaturan spasi	
Jumat, 22 Maret 2019	Tata penulisan proposal	- Perbaikan tata penulisan pada penomoran - Perbaikan spasi pada BAB I	
Selasa, 09 April 2019	Tata penulisan proposal	- Perbaikan tata penulisan pada daftar isi - Perbaikan tata penulisan pada BAB III	
Kamis, 11 April 2019	ACC		

Singaraja, April 2019
Pembimbing I

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

LAMPIRAN DOKUMENTASI

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

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Elia
 Tempat/Tgl. Lahir : 23
 Kehamilan ke : 11 Anak terakhir umur : 2 tahun
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi
 Golongan Darah :
 Pekerjaan :
 No. IKN :

Nama Suami : Muchlis
 Tempat/Tgl. Lahir : 3D
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi
 Golongan Darah : B
 Pekerjaan : Buruh Tani

Alamat Rumah : Di. Bumi Sari Tegallingsih
 Kecamatan : Supaiada
 Kabupaten/Kota : Buleleng
 No. Telp./yang bisa dihubungi :

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

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal : 25-8-2018
 Hari Takiran Persalinan (HTP), tanggal : 01-09-2019
 Lingkai Lengan Atas : 24 cm KEK () Non KEK () Tinggi Badan : 158 cm
 Golongan Darah :
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini : Sumbu 3 bulan
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu : Tidak Terdeteksi
 Riwayat Aleri :

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Sa/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
3/8	Mual	120/80	56 kg	10 mg	-	-	-
3/18	tda	110/90	60	16-17	1/2 mm pucat	-	148 x/mnt
7/2	tda	110/80	60	22-23	seputah	-	148 x/mnt
4/19	tda	110/80	62	27-28	24 cm	-	140 x/mnt
6/15	tda	120/80	64	31-32	28 cm	kep U	140 x/mnt
7/1	tda	110/80	65	34-35	30 cm	kep U	150 x/mnt
8/15	tda	110/80	67	36-37	30 cm	kep U	148 x/mnt
8/15	mulas muntah dan sering tawar	100/80	69 kg	37-38	32 cm	kep U	140

I / Atern / Bidan / Ipt - / 3100 gr / 45 / 0

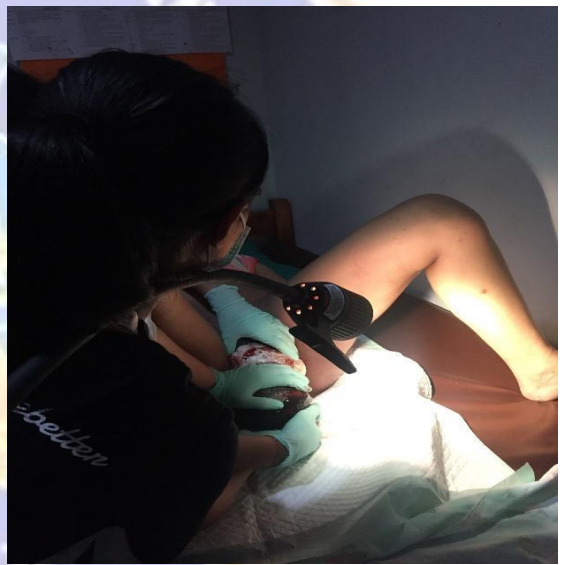
CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

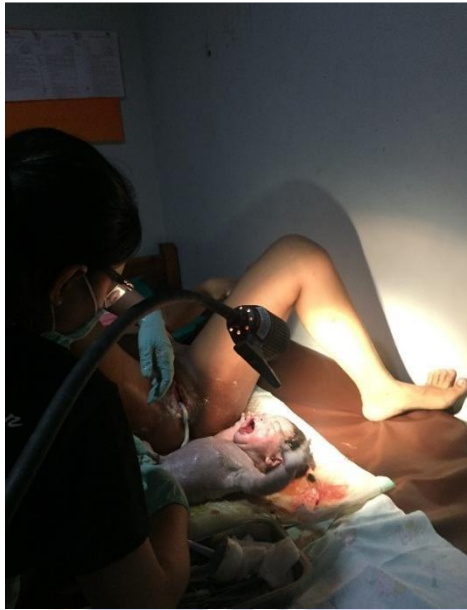
Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke : 11 Jumlah persalinan : 11 Jumlah keguguran : 0-0-2-P-L-A-0
 Jumlah anak hidup : 1 Jumlah lahir mati :
 Jumlah anak lahir kurang bulan : anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir : 2 th
 Status imunisasi TT terakhir : 15 (bulan/tahun)
 Penolong persalinan terakhir : Bidan
 Cara persalinan terakhir : H Spontan/Normal () Tindakan

Kali Bergak	Rasi Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemeriksaan TT, H, Urup, rujukan, upaya bahu)	Hasil yang disampaikan	Keterangan (Tempat Pelayanan Nona Pemeriksa Parali)	Kapan Harus Kembali
0/+	Hb 12.2 Ht 38 Ht 38	uji BK uji Hb	tidak ada	baik	1 bl
0/+	Ht 38 Ht 38	uji BK uji Hb	tidak ada	baik	1 bl
0/+	Ht 38 Ht 38	uji BK uji Hb	tidak ada	baik	1 bl
0/+	-	uji BK uji Hb	tidak ada	baik	1 bl
0/+	-	uji BK uji Hb	tidak ada	baik	1 bl
0/+	-	uji BK uji Hb	tidak ada	baik	1 bl
0/+	-	uji BK uji Hb	tidak ada	baik	1 bl
0/+	-	uji BK uji Hb	tidak ada	baik	1 bl
-/+	-	-	-	-	-
-/+	-	-	-	-	-











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

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ni Komang Widia Astuti Merta
NIM : 1606091013
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "E" Di PMB "SD" Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada 1 Tahun 2019

Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Rabu, 03 Juli 2019	- BAB 4	- Revisi kasus BAB 4 dan penambahan kasus pada bayi - Perbarui sumber	af
Senin, 14 Juli 2019	- BAB 4 - BAB 5	- Perbaiki pada data obyektif pemeriksaan antropometri dan TTV dipindahkan di data subyektif - Perbaiki pada penatalaksanaan KB	af
Rabu, 25 Juli 2019	- BAB 4 - BAB 5	- Perbaiki data obyektif pada bayi - Perbaiki analisa - Perbaiki pada kesimpulan	af
Selasa, 06 Agustus 2019	- BAB 1-5	- Perbaiki pada pembahasan persalinan dan KB	af
Kamis, 08 Agustus 2019	- Keseluruhan LTA	ACC	af

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

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ni Komang Widia Astuti Merta
NIM : 1606091013
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "E" Di PMB "SD" Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada 1 Tahun 2019

Hari/Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin 05 Agustus 2019	BAB 4 BAB 5	- Perbaiki tata penulisan pada cover - Perbaiki pada data subyektif, obyektif dan pembahasan	
Rabu, 07 Agustus 2019	BAB 4 BAB 5	- Perbaiki pada penatalaksanaan bayi - Perbaiki pada pembahasan bayi	
Kamis, 08 Agustus 2019	- Cover luar - Cover dalam - Daftar isi - Daftar tabel - Daftar singkatan - BAB 1 - BAB 2 - BAB 3 - BAB 4 - BAB 5 - Daftar pustaka - Lampiran	- ACC	



BERITA ACARA
 No.

Pada hari ini: Selasa tanggal 20 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 : Ni Komang Widia Astuti Merta
 NIM : 1606091013
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan
 Judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "E" Di PMB "SO" Di Wilayah Kerja Kerja Puskesmas Sukacada I Tahun 2019

Pembimbing I : Luh Mertasari, S.ST., M.Pd.
 Pembimbing II : Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST., M.Pd.

dengan hasil: ujian lulus tanpa revisi / ujian lulus dengan revisi / ujian diulang*
 selama 1 bulan terhitung dari tanggal 20/8/19 sampai dengan 28/8/19

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>1980.1115.200609.2011</u>	
2.	<u>Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST., M.Pd.</u>	<u>1968.02.25.199103.2011</u>	
3.	<u>Luh Ari Arini, S.ST., M.Bio., Med.</u>	<u>19910828.201803.2001</u>	

Singaraja, 20 Agustus 2019

Mengetahui,
 Ketua Jurusan

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

Ketua Penilai

Luh Mertasari, S.ST., M.Pd.
 NIP. 1980.1115.200609.2.015