

Pelaksanaan Asuhan

| No | Kegiatan | Tahun 2019 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|--------------------------|------------|---|---|---|----------|---|---|---|-------|---|---|---|-------|---|---|---|-----|---|---|---|------|---|---|---|------|---|---|---|---------|---|---|-----------|---|---|--|--|--|--|--|
| | | Januari | | | | Pebruari | | | | Maret | | | | April | | | | Mei | | | | Juni | | | | Juli | | | | Agustus | | | September | | | | | | | |
| | | 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 | 1 | 2 | 3 | | | | | |
| I | Perencanaan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. | Konsultasi Masalah | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | Konsultasi Judul | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Konsultasi proposal | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Pengetikan Proposal | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Persiapan Ujian Proposal | | | | | | x | x | x | x | x | x | x | x | x | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | Ujian Proposal | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| II | Pelaksanaan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Pengurusan Izin | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Pengumpulan Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Analisa Data | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Penatalaksanaan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| III | Pelaporan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Penyusunan Laporan | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | 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

Nomor : 449 / UN48.12 / KM / 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Singaraja, 06 Mei 2019

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 : Ketut Darmayanti, NIM : 1606091080 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,



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

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Seririt I
2. Arsip



BIDAN PRAKTIK SWASTA

Kadek Krisnasari, A.Md. Keb

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 : Ketut Darmayanti

NIP : 1606091080

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

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :
Calon Responden
Di PMB "KK", Wilayah Kerja Puskesmas
Seririt I

Dengan hormat,

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

Hormat saya,



(Ketut Darmayanti)

NIM. 1606091080

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : MADE DEVI KUSUMAYANI

Umur : 22

Alamat : Br. Dinas Jerban, Desa Patemon

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

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

Buleleng,

Responden


MADE DEVI KUSUMAYANI

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 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 :
 Disminorhea Spoting Menoragia Metrorrhagia Premenstrual Syndrome

5. Riwayat Perkawinan : kawin tidak kawin sah tidak sah kali. Lama kawin.....tahun

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

| No | Tgl/Bln/Thn Partus/umur anak | Tempat / Penolong Partus | UK saat Persalinan | Jenis Persalinan | Kondisi Saat Bersalin | Kondisi Nifas | Keadaan anak/ JK/ BBL/ Keadaan Sekarang | Laktasi |
|----|------------------------------|--------------------------|--------------------|------------------|-----------------------|---------------|---|---------|
| | | | | | | | | |

7. Riwayat Hamil ini :
 Pemeriksaan sebelumnya: ANC kali, di, TT kali,
 Tgl.....
 Keluhan/ Tanda Bahaya:
 TW I mual muntah berlebih perdarahan lain-lain: mual-mual saat

hamil muda

TW II/ pusing sakit kepala perdarahan keluar air pervaginam

pandangan kabur lain-lain.....

Merasakan gerakan janin : belum sudah sejakminggu/bulan yang lalu

Saatini.....

Obat dan suplemen yang pernah diminum :

Perilaku yang membahayakan kehamilan :

Merokok pasif/aktif minum jamu minum-minuman keras kontak dengan binatang arkoba urut dukun

Riwayat pemeriksaan penunjang :

.....

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

Kardiovaskuler Hipertensi Asma Epilepsi Kapan.....

TORCH TBC DM PM Kapar.....

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 Kerap Epilepsi Alergi.....

Menular :

Penyakit hati/ Hepatitis TBC PN/ HIV/AIDS

Lain-lain.....

10. Riwayat Gynekologi

Infertilitas Cervicitis cronis Endometriosis Myoma Polip Servik

Kanker Kandungan Operasi Kandungan 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 : tidak ada keluhan ada keluhan

.....

2) Makan Frekuensix sehari

Jenis : makanan pokok..... Lauk lauk :

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 keharmonisan.....

b. Psikososial

Perasaan sebagai calon orang tua dan suasana hati:

Rasa takut Malu Kecewa Ahagia 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 Menikah

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 lazim dan cara mengatasinya dukungan keluarga deteksi dan pencegahan kelainan konginetal hubungan seksual yang aman

TW II : tanda bahaya dan cara mengatasinya nutrisi istirahat dan aktivitas cara mengatasi keluhan lazim persiapan persalinan personal hygiene pola hidup sehat

TW III tanda bahaya dan cara mengatasinya deteksi tumbuh-tumbuh janin tanda-tanda persalinan teknik mengatasi rasa nyeri persalinan peran pendamping teknik dan posisi meneran IMD

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: baik lemah jelek

Kesadaran : kompos mentis apatis delirium sopor stupor koma komatose

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

Keadaan Psikologi : tenang gelisah takut murung bingung cemas

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 : tidak kelainan oedema pucat
- b. Mata :
 - 1) conjungtiva: merah muda pucat merah
 - 2) Sclera putih kornea merah
- c. Mulut :
 - 1) Mukosa lembab kering
 - 2) Bibir: segar pucat biru
 - 3) Gigi : tidak ada caries ada caries
 - 4) Lain-lain.....
- d. Leher: tidak ada kelainan ada pembengkakan kelenjar limfe
pendungan vena jugularis pembesaran kelenjar tyroid Lain-lain.....
- e. Dada
Kelainan : tidak ada dyspneu orthopneu thacypneu wheezing
Payudara : tidak ada kelainan Areola hiperpigmentasi kolostrum bersih
Kelainan : asimetris, Puting: datar masuk dimpling retraksi
Kebersihan: bersih kotor
- f. Tangan dan Kaki:
 - 1) Tangan : oedema warna kuku: pucat merah muda
 - 2) Kaki : oedema.....
varises.....
warna kuku: pucat merah mudaReflek patella :/.....

3. Pemeriksaan Khusus Obstetri

- a. Abdomen :
Pembesaran
perut.....
Inspeksi: arah pembesaran memanjang melebar
linea alba Linea nigra Striae distende Striae Alcantans 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 diverge

TBJ :

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

jeri tekan

Auskultasi : DJJx/menit atur Teratur

b. Anogenital

Inspeksi : pengeluaran pervaginam arah lenjor air ketuban keputihan

Inspeksi 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 | | | | |
| | | | 2 | | | | 2 | |
| I | 1 | Terlalu muda hamil I \leq 16 Tahun | 4 | | | | | |
| | 2 | Terlalu tua hamil I \geq 35 Tahun | 4 | | | | | |
| | | Terlalu lambat hamil I kawin \geq 4 Tahun | 4 | | | | | |
| | 3 | Terlalu lama hamil lagi \geq 10 Tahun | 4 | | | | | |
| | 4 | Terlalu cepat hamil lagi \leq 2 Tahun | 4 | | | | | |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4 atau lebih | 4 | | | | | |
| | 6 | Terlalu tua umur \geq 35 Tahun | 4 | | | | | |
| | 7 | Terlalu pendek \leq 145 cm | 4 | | | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | | |
| | 9 | | Pernah melahirkan dengan | 4 | | | | |
| a. tarikan tang/vakum | | | 4 | | | | | |
| b. uri dorogoh | | | 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 | 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 | | | | | 2 | |

Ket:

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

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

I. Data Subyektif (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/tempat | 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
- a. Siklus menstruasi : teratur, tidak....hari
- b. Lama haid :hari
- c. Kontrasepsi yang pernah dipakai :...lama...,keluhan selama memakai
alat kontrasepsi... 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, sommolen, sopor, sopor somasitis,
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
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 teraba bagian

L2 : disebelah kanan teraba di sebelah kiri teraba

L3 : Bagian bawah teraba

bisa digoyangkan , tidak bias digoyangkan

L4 : konvergen sejajar divergen

TBJ : perlimaan

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

Auskultasi : DJJ

g. Genetalia dan Anus :

VT : tanggal jam oleh

a) Vulva :

- Pengeluaran : tidak , ada, berupa:, oedema, sikatrik, varises

- tanda infeksi : merah, bengkak, nyeri(jika ada: pada)

b) Vagina : Skibala, sistokel, rectokel

- Porsio : Konsistensi : lunak, kaku, dilatasi :cm, penipisan (effacement):, selaput ketuban : utuh, tidak utuh

- Persentasi :
Denominator ... posisi...

- Moulage : 0 1 2 3

- Penurunan : Hodge I II III IV

- Bagian kecil : ada tidak ada

- Tali pusat : ada tidak (jika ada: berdenyut tidak)

- Pemeriksaan panggul (berdasarkan indikasi)

Promontorium : teraba tidak

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

Dinding panggul : sejajar divergen konvergen

Sacrum : konkaf konfeks

Spina ischiadika : tumpul menonjol sangat menonjol

Os coccygeus : dapat didorong : ya tidak

Arkus pubis : $\geq 90^\circ$ $< 90^\circ$

Kesan panggul :

Pelvic score (bila diperlukan).....

c) Anus: Haemoroid : ada, tidak

3. Pemeriksaan Penunjang :

Tanggal : jam

Darah HB : gr% Urine protein :

Urine reduksi :

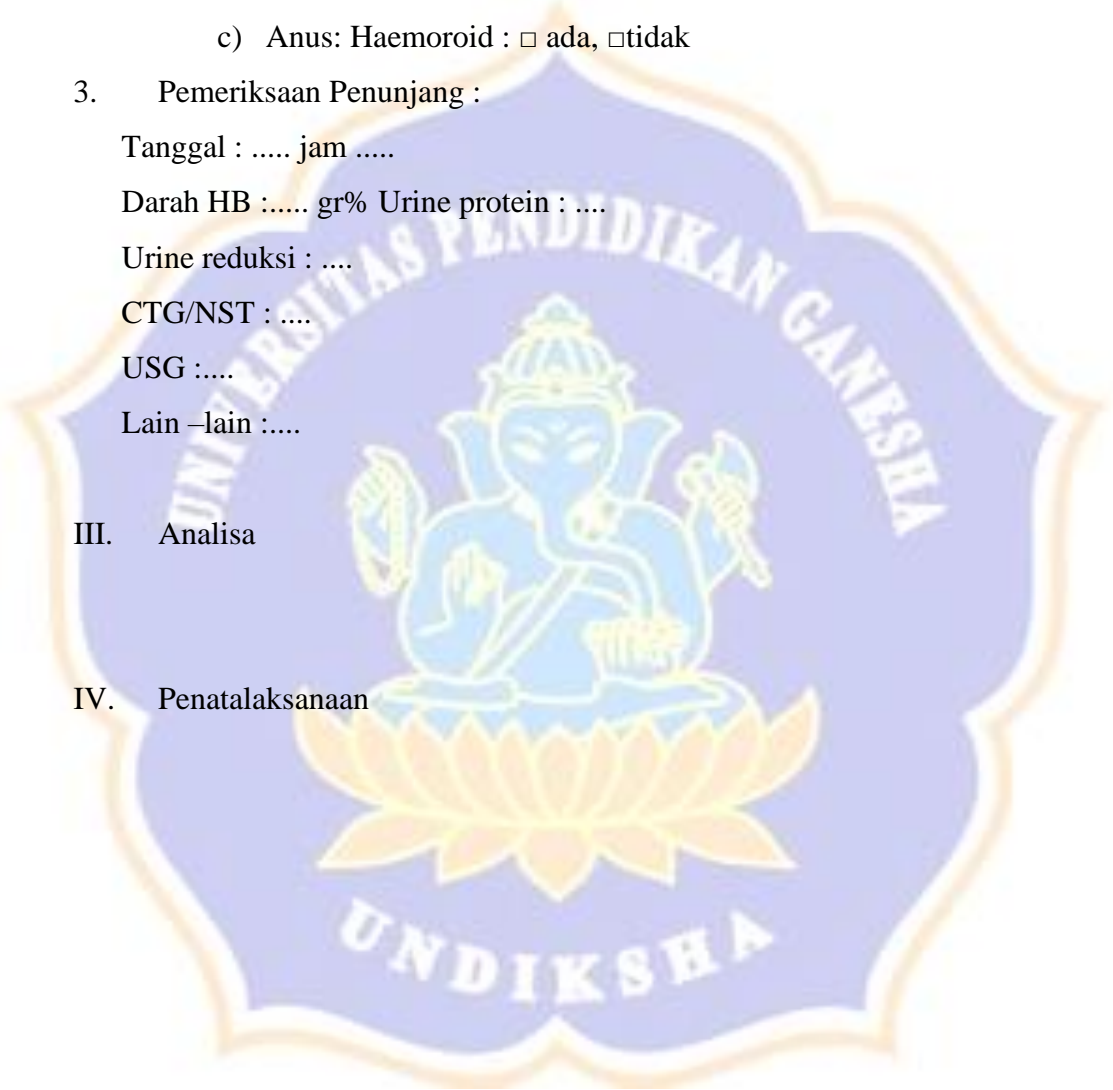
CTG/NST :

USG :

Lain –lain :

III. Analisa

IV. Penatalaksanaan



CATATAN PERKEMBANGAN

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

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: P. MD Umur: 21 thn G: 1 P: 0 A: 0

No. Puskesmas Tanggal: 20-5-2019 Jam: 21.00 wita

Ketuban Pecah sejak jam 02.30 wita Mules sejak jam 17.00 wita

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban penyusupan

| | |
|---|---|
| 0 | 0 |
|---|---|

Pembukaan serviks (cm) bertanda x
Turunya Kepala bertanda o

Bayi lahir Sepontan. Bk
Segera Menangis, Gerak aktif, Jk: 0?
Pukul: 03.00 wita

Waktu (jam)

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 21.00 | 21.30 | 22.00 | 22.30 | 23.00 | 23.30 | 00.00 | 00.30 | 01.00 | 01.30 | 02.00 | 02.30 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|

Kontraksi Tiap Menit

| | | | | | | | | | | | |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| < 20 | | | | | | | | | | | |
| 20 - 40 | | | | | | | | | | | |
| > 40 | | | | | | | | | | | |

Detik

Oksitosin U/L tetes/menit

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan Darah

Suhu °C

| | |
|----|------|
| 36 | 36,5 |
|----|------|

Urin

| | |
|---------|--------------|
| Protein | |
| Aseton | |
| Volume | 150 150 |

Hidrasi

| |
|-----|
| 100 |
|-----|

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal 20-5-2019
- Nama bidan Yanti
- Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: PMB
- Alamat tempat persalinan:
- 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
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Partogram melewati garis waspada: Y
- 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:
 - a.
 - b.
 - Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
 - Distosia bahu
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

KALA III

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

- Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan:
- Plasenta lahir lengkap (intak) 100 Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
- Plasenta tidak lahir >30 menit
 - Tidak
 - Ya, tindakan:
- Laserasi: Mutosa vagina - otot Perineum
 - Ya, dimana:
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 0
 - Tindakan:
 - Penjahitan (gangan) tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:
- Atoni uteri:
 - Ya, tindakan:
 - Tidak
- Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 100 ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

KALA IV

- Kondisi ibu: KU Baik TD 110/80 RR 24 Suhu 36 Nadi 94 Jmmt Napas 24
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:

BAYI BARU LAHIR

- Berat badan: 3700 gram
- Panjang badan: 50 cm
- Jenis kelamin: P
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - mengangkat
 - rangsangan tuktal
 - memastikan IMD atau tidak menyusui segera
 - Asfiksia ringan/pusat/berat, tindakan:
 - mengeringkan
 - rangsang taktil
 - bebaskan jalan napas
 - pakaikan selimut bayi, dan tempatkan di sisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan:
 - Hipotermi, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
- 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 keluar |
|--------|-------|---------------|---------|--------|---------------------|------------------|---------------|-----------------|
| 1 | 03.25 | 110/80 mmHg | 80x/mnt | 36°C | 2 jr buwh pst | Kuat | tele penuh | tele aktif |
| | 03.40 | 110/80 mmHg | 80x/mnt | 36°C | 2 jr buwh pst | Kuat | tele penuh | tele aktif |
| | 03.55 | 110/80 mmHg | 80x/mnt | 36°C | 2 jr buwh pst | Kuat | tele penuh | tele aktif |
| 2 | 04.10 | 120/70 mmHg | 80x/mnt | 36°C | 2 jr buwh pst | Kuat | tele penuh | tele aktif |
| | 04.40 | 120/70 mmHg | 80x/mnt | 36,5°C | 2 jr buwh pst | Kuat | tele penuh | tele aktif |
| | 04.55 | 110/80 mmHg | 80x/mnt | 36°C | 2 jr buwh pst | Kuat | tele penuh | tele aktif |

Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) dan IMD

| |
|---|
| <p>I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II</p> <p>1. Mendengar dan melihat tanda Kala Dua persalinan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran. • Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. • Perineum tampak menonjol. • Vulva dan sfingter ani membuka. |
| <p>II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</p> <p>2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.</p> <p>Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat • 3 handuk/ kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi) • Alat penghisap lendir • Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi <p>Untuk ibu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggelar kain di perut bawah ibu • Menyiapkan oksitosin 10 unit • Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set |
| <p>3. Pakai celemek plastik atau bahan yang tidak tembus cairan.</p> |
| <p>4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.</p> |
| <p>5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.</p> |
| <p>6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi tabung suntik).</p> |
| <p>III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN</p> |
| <p>7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior(depan) ke posterior (belakang), menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang. • Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia. • Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut tersebut dalam larutan klorin 0,5% : langkah #9. |

| |
|--|
| <p>Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.</p> |
| <p>8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi. |
| <p>9. Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.</p> |
| <p>10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 kali / menit).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. • Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf. |
| <p>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN</p> |
| <p>11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. • Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar. |
| <p>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.</p> |
| <p>13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif • Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. • Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama). • Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi. • Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu. • Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum). • Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai • Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida. |

| |
|--|
| 14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit. |
| V. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI |
| 15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm. |
| 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. |
| VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI |
| Lahirnya Kepala |
| 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 untuk meneran 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. Perhatikan! <ul style="list-style-type: none"> • 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 di antara dua klem tersebut. |
| 21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan. |
| Lahirnya Bahu |
| 22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu 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 melahirkan bahu belakang. |
| Lahirnya Badan dan Tungkai |
| 23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang terbalik. |
| 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). |
| VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR |

| |
|---|
| <p>25. Lakukan penilaian selintas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi cukup bulan? • Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan? • Apakah bayi bergerak dengan aktif? <p>Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke-26.</p> |
| <p>26. Keringkan tubuh bayi</p> <p>Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan handuk/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 bukan kehamilan ganda (gemelli).</p> |
| <p>28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.</p> |
| <p>29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).</p> |
| <p>30. Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah 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"> • Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antar 2 klem tersebut. • Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya. • Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan. |
| <p>32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi. • Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. • Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara. |

| |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu. |
| VIII. MANAJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III) |
| 33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva. |
| 34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat. |
| 35. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur di atas. <ul style="list-style-type: none"> • Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu /suami untuk melakukan stimulasi puting susu. |
| Mengeluarkan Plasenta |
| 36. Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5–10cm dari vulva dan lahirkan plasenta. <ul style="list-style-type: none"> • Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: • Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM. • Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh. • Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan. • Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya. • Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual. |
| 37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. <ul style="list-style-type: none"> • Jika selaput ketuban robek, Pakai sarung tangan DTT atau steril dan melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal. |
| 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 menjadi |

| |
|---|
| <p>keras).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Interna, Kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri). |
| <p>IX. MENILAI PERDARAHAN</p> |
| <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, segeran lakukan penjahitan.</p> |
| <p>40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.</p> |
| <p>X. ASUHAN PASCA PERSALINAN</p> |
| <p>41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.</p> |
| <p>42. Pastikan kandung kemih kosong, jika penuh lakukan kateterisasi.</p> |
| <p>Evaluasi</p> |
| <p>43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam 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"> • Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit. • Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan. • Jika kaki terasa dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut. |
| <p>Kebersihan dan Keamanan</p> |
| <p>48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5%, lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.</p> |
| <p>49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.</p> |
| <p>50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.</p> |

| |
|--|
| 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 tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering. |
| 55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan salep mata profilaksis infeksi, vitamin K (1mg) intramuskuler di paha kiri kanan 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 temperature suhu normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit. |
| 57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan. |
| 58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. |
| 59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering. |
| Dokumentasi |
| 60. Lengkapi partograf (halaman depan belakang). |

(Sumber : Asuhan Persalinan Normal, 2017)

FORMAT PENGKAJIAN DATA
ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

| | | | | |
|---|---|------|-----|------|
| Nama Rumah Sakit/RB/BPS :..... | Nomor RM :..... | | | |
| Dokter yang merawat :..... Bidan :..... | Tanggal masuk dirawat :..... Tanggal pengkajian :..... Jam :..... | | | |
| I. DATA SUBJEKTIF | | | | |
| A. Biodata | | | | |
| 1. Bayi Nama Umur/tgl/jam lahir Jenis kelamin Anak ke- Status anak | :..... :..... :..... :..... :..... | | | |
| 2. Orang tua | <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"></td> <td style="width: 33%; border: none; text-align: center;">Ibu</td> <td style="width: 33%; border: none; text-align: center;">Ayah</td> </tr> </table> | | Ibu | Ayah |
| | 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

Keadaan tali pusat: segar layu simpul

Jenis persalinan :

Indikasi.....

F. Faktor resiko infeksi

Mayor : suhu ibu >38° C KPD >24 jam ketuban hijau korioamniotitis fetal distress

| |
|--|
| <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 <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 menyusu 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>.....</p> <p>.....</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,</p> <p>alasan.....</p> |

J. Bio-psiko-sosial-spiritual

1. Biologis

a. Pernafasan : ada gangguantidak 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 :

.....
.....

Dukungan keluarga :

.....
.....

3. Sosial

Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :

.....
.....

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

Pola Asuh Anak :.....
.....
.....
.....

4. Spiritual

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak :

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

K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan

Tanda-tanda bahaya pada bayi :

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

Pemberian ASI :

.....
.....

Perawatan bayi sehari-hari :

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

.....
.....

Imunisasi :

.....
.....

Pemberian MP-ASI :

.....
.....

lain-lain

.....

II. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan fisik

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 lembabwarna bibir : merah muda pucat

palatum : utuh palato schizis labiopalato schizis labiogenatopalato schizis

lidah

lain-lain.....

Telinga :

simetris asimetrispengeluaran.....

kelainan.....

Leher :

Pembengkakan kelenjar limfe Pembengkakan kelenjar tiroid Bendungan vena jugularis

pergerakan.....

lain-lain.....

Dada :

simetris asimetris retraksi

dyspneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

Kedaaan payudara :

simetris

asimetrisputting.....benjolan.....

.....

pengeluaran.....

Abdomen :

distensi bising usus..... kondisi tali pusat.....

lain-lain.....

Punggung :

bentuk..... spina bifida gibus

Genitalia :

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

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

kelainan.....

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

hermaphrodit lain-lain.....

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

Ekstremitas :

Tangan : simetris asimetris jumlah jari.....

Kaki : simetris asimetris jumlah jari.....


kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabella reflex Rooting reflex Sucking reflex Swallowing refleks

| |
|--|
| <input type="checkbox"/> Tonick neck reflex <input type="checkbox"/> Morro reflex <input type="checkbox"/> Graps reflex <input type="checkbox"/> Babinsky reflex |
| <p>B. Skor Bounding</p> |
| <p>C. Pemeriksaan penunjang</p> |
| <p>III. ANALISA</p> |
| <p>IV. PENATALAKSANAAN</p> |

CATATAN PERKEMBANGAN

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



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 |
| |  | | |



ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU “.....”

AKSEPTOR KB BARU/LAMA.....

| | | |
|----------------------------|--|-------|
| Tempat Pelayanan | Nomor RM: | |
| | Tanggal diberikan pelayanan: | |
| | Tanggal jam prngkajian: | |
| Dokter yang merawat: | Cara masuk: | |
| Bidan: | <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi <input type="checkbox"/> Rujukan..... <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin | |
| A. Data Subjektif | | |
| I. Identitas | Ibu | Suami |
| Nama | ..... | ..... |
| Umur | ..... | ..... |
| 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 :.....

Dismenorrhea Spoting Menoragia Metrorrhagia

Premenstruasi Syndrome

Lain – lain:.....

5. Riwayat Perkawinan:

Pernikahan ke :.....
 Lama :.....
 Status :.....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

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

7. Riwayat Laktasi

a. Pengalaman menyusui : ada tidak

| |
|---|
| <p>b. Anak ke :</p> <p>c. Pemberian ASI Eksklusif : <input type="checkbox"/> ya <input type="checkbox"/> tidak, alasan.....</p> <p>d. Lama menyusui :</p> <p>e. Kendala :</p> |
| <p>8. Riwayat KB</p> <p>a. Jenis KB yang sedang/pernah digunakan: <input type="checkbox"/> PIL <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Suntik</p> <p>b. Lama :</p> <p>c. Keluhan/efek samping :</p> <p>d. Kapan berhenti:.....</p> <p>e. Alasan berhenti:.....</p> <p>f. Mulai penggunaan KB:.....</p> |
| <p>9. Riwayat Ginekologi</p> <p><input type="checkbox"/> Infertil <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan: <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> serviks</p> <p><input type="checkbox"/> Cervicitis Kronis <input type="checkbox"/> corpus uteri <input type="checkbox"/> tuba fallopi</p> <p><input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> ovarium</p> <p><input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Tumorkandung: <input type="checkbox"/> vulva <input type="checkbox"/> vagina</p> <p><input type="checkbox"/> cerviks <input type="checkbox"/> Perkosaan <input type="checkbox"/> corpus uteri <input type="checkbox"/> ovarium</p> <p><input type="checkbox"/> Polip Cervik Jenis: <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/> ganas</p> <p><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</p> <p>Kapan :</p> |
| <p>10. Riwayat Penyakit Ibu</p> <p><input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC</p> |

11. Riwayat Penyakit Keluarga

- DM Asthma Jantung Hipertensi Epilepsi
 Hepatitis PMS HIV/AIDS TBC

12. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

a. Biologis

1. Bernafas: Tidak Ada

- Ada : dyspneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

2. Pola Nutrisi

- a) Makan: frekuensi:.....x/hari, komposisi:.....,
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:

.....
.....

13. Pengetahuan

.....

.....
14. Konseling pra penggunaan
.....
.....
.....

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum: baik lemah jelek

b. Tanda – tanda vital:

1) Tekanan darah :.....mmHg

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

3) Suhu :.....⁰C

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

c. Antropometri:

1. Berat badan sekarang :.....kg

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

3. Tinggi badan :.....cm

2. Pemeriksaan Sistematis

a. Kepala

1. Wajah

Oedema : Ada Tidak ada

Pucat : Ada Tidak ada

Cloasma : Ada Tidak ada

2. Mata

Konjungtiva : merah muda pucat merah

Sklera : putih kuning merah

3. Mulut dan gigi

Bibir : pucat kemerahan dan lembab
kering

Caries pada gigi : ada tidak ada

b. Leher

1. Kelenjar limfe : ada pembengkakan tidak ada

2. Kelenjar tiroid : ada pembengkakan tidak ada

3. Vena jugularis : ada pelebaran tidak ada

c. Dada

1. Nyeri tekan : ada tidak

2. Payudara dan aksila :

Bentuk : simetris asimetris

Putting susu : menonjol masuk datar

Kelainan : ada tidak

Kebersihan : bersih tidak

Aksila pembengkakan : pembengkakan tidak ada

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

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

LEMBAR PERSETUJUAN

PROPOSAL TUGAS AKHIR

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF
PADA PEREMPUAN DI PMB "PA"
KABUPATEN BULELENG
TAHUN 2019**

Diajukan oleh :

KETUT DARMAYANTI
NIM.1606091080

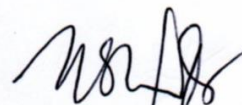
Telah disetujui oleh:

PEMBIMBING 1



Luh Mertasari S,ST.,M.Pd
Nip: 19801115 2006 04 2 015

PEMBIMBING 2



Wayan Sugandini S,ST.,M.Pd
Nip:19630303 1983 07 2 002



PRODI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS OLAHRAGA DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

Jl. Bisma Barat No. 25A Tlp.(0362)70001042, Fax (0362)21340
 Kode Pos 81117

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ketut Darmayanti
 NIM : 1606091080
 Angkatan : XVIII
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Perempuan Di PMB "PA"
 Di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II

| Hari/Tanggal | Materi Konsultasi | Hasil Konsultasi | Paraf pembimbing |
|----------------------------|-------------------|---|------------------|
| Senin, 4 Februari 2019 | BAB 1 | 1. Diringkas isi latar belakang 2. Cari data yang tahun terbaru 3. Edit tujuan sesuai pedoman | uf |
| Senin, 11 Februari 2019 | Revisi BAB I | 1. Lebih di sederhanakan lagi Pada intoduksi masalah. 2. Pada Justifikasi ditambahkan presentase KI dan K4 | M |

| | | | |
|----------------------------|--|--|-----|
| Kamis, 14 Februari 2019 | Revisi BAB 1, BAB 2, BAB 3 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Diringkas kembali isi BAB 2 agar sesuai dengan pedoman 2. Kajian Teori Keluarga Berencana di tempatkan dalam kajian teori Nifas 3. Edit pada kajian teori Manajemen Varney agar sesuai dengan konsep dan pedoman yang ada | u/r |
| Jumat, 1 Maret 2019 | Revisi BAB 1, BAB 2, BAB 3, daftar pustaka, daftar singkatan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Pada BAB 3 ditambahkan alat yang akan digunakan pada saat melakukan pemeriksaan 2. Tambahkan daftar pustaka sesuai sumber yang digunakan 3. Sertakan lampiran dalam proposal | m |

| | | | |
|-------------------------|---|--|----|
| Kamis, 21 Maret 2019 | Revisi BAB 1, BAB 2, BAB 3, daftar sngkatan, daftar pustaka, dan daftar lampiran | <ol style="list-style-type: none"> 1. .Lampirkan Partograf sesuai dengan APN 2. Pada BAB 1 di introduksi masalah dibuat lebih spesifik lagi dari yang umum ke khusus | uf |
| Kamis, 4 April 2019 | Konsul keseluruhan hasil Revisi | ACC | mf |

Singaraja, 4 April 2019
Pembimbing I



Luh Mertasari S, ST., M.Pd
Nip: 19801115 2006 04 2 015










PRODI DIII KEBIDANAN
FAKULTAS OLAHRAGA DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

Jl. Bisma Barat No. 25A Tlp.(0362)70001042, Fax (0362)21340
 Kode Pos 81117

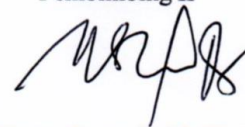
LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ketut Darmayanti
 NIM : 1606091080
 Angkatan : XVIII
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Perempuan Di PMB "PA"
 Di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng II

| Hari/Tanggal | MateriKonsultasi | HasilKonsultasi | Parafpemi mbing |
|---------------------------|--|---|---|
| Rabu, 27 Februari 2019 | Cover, BAB 1, BAB 2, BAB 3 | 1. Perbaiki Tata Tulis Judul cover 2. Perbaiki tata tulis, penomoran dan pengisian sumber |  |
| Selasa, 19 Maret 2019 | Konsul hasil revisian dan BAB 2, BAB 3, daftar pustaka | 1. Perbaiki tata tulis dan penomoran sesuaikan dengan pedoman 2. Perbaiki cara penulisan daftar pustaka |  |
| Kamis, 21 Maret 2019 | Konsul Keseluruhan, cover, Kata Pengantar, Daftar Isi, Lampiran, Daftar pustaka, BAB 1, BAB 2, BAB 3 | 1. Atur Kembali marginnya sesuaikan dengan pedoman yang ada 2. Perhatikan spasi |  |

| | | | |
|------------------------|--------------------------------------|--|---|
| | | dan atur spasi sesuaikan dengan pedoman yang ada. |  |
| Jumat, 4 April 2019 | Konsul Keseluruhan Hasil Revisian | ACC |  |

Singaraja, 4 April 2019
Pembimbing II



Wayan Sugandini S,ST., M.Pd
Nip:19630303 1983 07 2 002




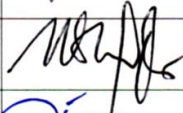

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJUI

PROPOSAL TUGAS AKHIR

Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan
Di PMB "KK" Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I Tahun 2019
Nama : Ketut Darmayanti
Nim : 1606091080

Telah diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir
Program Studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha
Pada Tanggal : 04 April 2019

Tim Penguji

| No | Nama Penguji | Nip | Tanda Tangan |
|----|-------------------------------|------------------------|---|
| 1 | Luh Mertasari S.ST.,M.Pd | 19801115 2006 04 2 015 |  |
| 2 | Wayan Sugandini S.ST.,M.pd | 19630303 1983 07 2 002 |  |
| 3 | Ketut Espana Giri S.ST.,M.Kes | 19820629 2006 04 2016 |  |

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

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

Pada hari ini AKUMIS Tanggal 11 Bulan April

Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di....., telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Kebdt Damayanti
 NIM : 1606001080
 Pembimbing I : Hulu Meotasan, SST, M.Pd.
 Pembimbing II : Wayan Sugandini, SST, M.Pd.
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan komprehensif pada persumpuan di PWB PA Kabupaten Buleleng 2019

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Pada justifikasi, judul benar dan tidak sesuai dan paragraf masalah pada kronologi belum lengkap dan mekanisme komplikasi & terjadi.
2. pada konsep manajemen asuhan lebih diuraikan lagi substitusi asuhan
3. Tata NIS, cantumkan alasan memilih di PWB PA
5.
6.
7.
8.
9.
10.

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

Singaraja, 11 April 2019

Dewan Penguji:

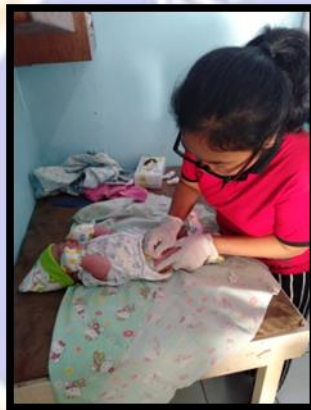
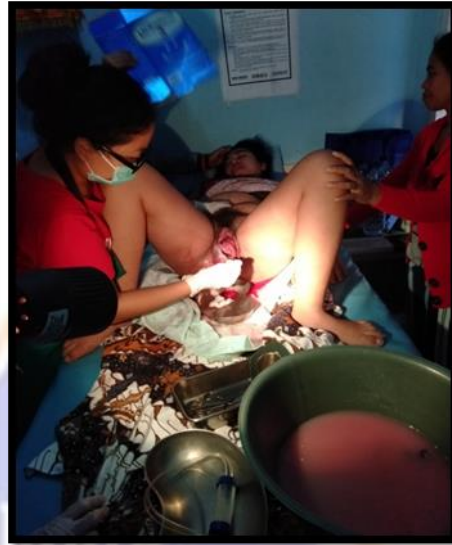
1. Hulu Meotasan, SST, M.Pd.
2. Wayan Sugandini, SST, M.Pd.
3. Kebdt Rospina Giri, SST, M.Pd.
4.

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

Dokumentasi Asuhan







CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL
Diisi oleh petugas kesehatan

Mari Periksa Hasil Tes/teliti (SPT), tanggal: 31-8-2019
 Hari Laburan Perawatan (SPT), tanggal: 26-8-2019
 Lingkar Lengan Atas: 25 cm, KKA: 1, Non KKA: 1, Tinggi Badan: 160 cm
 Golongan Darah: D
 Pengukuran ketegangan sebelum kelahiran dan
 Rangsang Persalinan yang diterima ibu: Sektar D

Rangsang: tidak ada

| Tgl | Keluhan Sekarang | Tekanan Darah (mmHg) | Berat Badan (kg) | Uterus Kembali Menutup | Tinggi Fundus (cm) | Letak Janin (Kep/SeU) | Denyut Jantung Janin (bpm) | Nilai |
|------|------------------|----------------------|------------------|------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|-------|
| 31/8 | Mual, Nyeri D | 100/70 | 50 | 7-8 | - | - | - | 0+ |
| 31/8 | Mual | 100/70 | 52 | 8-12 | - | - | - | 0+ |
| 31/8 | P.O.B | 90/70 | 52 | 15-18 | ft 2 pri T. 100/100 | 0 | - | 0+ |
| 31/8 | Ngapuk (D) | 100/70 | 50 | 19-18 | - | - | - | 0+ |
| 31/8 | Sakit pinggang | 90 | 53 | 19-20 | Ball (D) ch. 0 | 140/100 | - | 0+ |
| 31/8 | Kep. 10/10/10 | 100/70 | 54 | 20-23 | 140/100 | 140/100 | - | 0+ |
| 31/8 | P.O.B | 100/70 | 55 | 25 | - | - | - | 0+ |
| 31/8 | P.O.B | 100/70 | 60 | 28-30 | Ball (D) ch. 0 | 140/100 | - | 0+ |
| 31/8 | Sakit pinggang | 100/70 | 65 | 32-33 | Kep 12/100 | 140/100 | - | 0+ |
| 31/8 | Eng | 100/70 | 68 | 34-35 | Kep 12/100 | 140/100 | - | 0+ |

Nomor Registrasi: 3-2-2019
 Nomor Urut: Rpm sd ketahanan, And. 100
 Tanggal menemu buku KIA: 14/08/2019
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: 085 958 132 764

IDENTITAS KELUARGA
 No. Rm. Rujukan: 21/0

Nama Ibu: 21/0
 Tempat/Tgl lahir: 3 Anak Terakhir umur: tahun
 Kehamilan ke: 1
 Agama: Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi
 Pendidikan: Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi
 Golongan Darah: Seseati
 Pekerjaan: Seseati
 No. JKN:

Nama Suami: S. Gethi Egoes Lomora Dupa
 Tempat/Tgl lahir: 23/5
 Agama: Berudu
 Pendidikan: Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi
 Golongan Darah: Seseati
 Pekerjaan:

Alamat Rumah: PM. Jerdan
 Kecamatan: Sontia
 Kabupaten/Kota: BELITANG
 No. Telp. yang bisa dihubungi:

Nama Anak: L.P
 Tempat/Tgl Lahir: L.P
 Anak Ke: