

3.6 Rencana Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Tahun 2019																															
		Januari				Pebruari				Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
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	x																					
5.	Persiapan Ujian Proposal						x	x	x	x	x	x	x	x																			
6.	Ujian Proposal													x	x																		
II	Pelaksanaan																																
1	Pengurusan Izin															x	x																
2	Pengumpulan Data																	x	x	x	x	x	x	x	X								
3	Analisa Data																	x	X	x	x	x	x	X									
4	Penatalaksanaan																	X	x	x	x	x	x	x									
III	Pelaporan																																
1	Penyusunan Laporan																				X	x	x	x	x	X	x	X	X	x			
2	Konsultasi Laporan																				x	x	x	x	x	x	X	X	x	X	X		
4	Penyebaran Studi Kasus																														x	x	
5	Ujian Studi Kasus																															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 : 464 / UN48.12 / KM / 2019 Singaraja, 06 Mei 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Yth. Praktek Mandiri Bidan
Ibu Ni Nyoman Parniti, A.Md.Keb.
Di
Singaraja

Dalam rangka penyelesaian masa pendidikan pada Program Studi Diploma III Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha, institusi mewajibkan setiap mahasiswa menyusun satu Laporan Tugas Akhir (LTA) yang akan digunakan sebagai materi Ujian Akhir Program. Berkenaan dengan hal tersebut, maka kami mohonkan ijin mahasiswa kami atas Nama : Ni Luh Sandra Dewi, NIM : 1606091006 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 Sawan I
2. Arsip



BIDAN PRAKTIK SWASTA

Ni Nyoman Parniti, A.Md.,Keb

Br. Dinas Dangin Yeh, Desa Giri Emas. Kec. Sawan, Kab. Buleleng

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Nyoman Parniti, A.Md.,Keb.

NIP : 19720307 199203 2 006

Alamat : Br. Dinas Dangin Yeh, Desa Giri Emas. Kec. Sawan, Kab. Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Luh Sandra Dewi

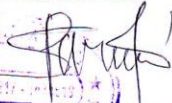

Nim : 160609106

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di BPM Ni Nyoman Parniti, A.Md.,Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan"LT" Di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I Tahun 2019

Singaraja , 6 Mei 2019

Mengetahui,

Bidan Praktik Swasta



Ni Nyoman Parniti, A.Md.,Keb
NIP. 19720307 199203 2 006

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden

Di PMB "NP" Wilayah Kerja

Puskesmas Sawan I

Dengan hormat,

Saya, Ni Luh Sandra Dewi, Mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "KS" di PMB "NP" Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I " untuk memenuhi salah satu syarat tugas akhir dalam menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada Program Studi D3 Kebidanan Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini dibutuhkan partisipasi perempuan di PMB "NP" Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I.

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

Hormat saya,



(Ni Luh Sandra Dewi)

NIM. 1606091006

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Kadek Sukerti

Umur : 26 Tahun

Alamat : Banjar Dinas Kajanan, Desa Bengkala

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "KS" di PMB "NP" Wilayah Kerja Puskesmas Sawan 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, 12 Juni 2019

Responden


(Kadek Sukerti)

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 :
 Disminorhea Spoting Menoragia Metrorrhagia Premenstrual Syndrome

5. Riwayat Perkawinan : kawin tidak kawin 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/ III pusing sakit kepala perdarahan keluar air pervaginam pandangan kabur lain-lain.....
 Merasakan gerakan janin : belum sudah sejakminggu/bulan yang lalu
 Saat ini.....
 Obat dan suplemen yang pernah diminum :

<p>Perilaku yang membahayakan kehamilan :</p> <p><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</p> <p>Riwayat pemeriksaan penunjang :</p> <p>.....</p>
<p>8. Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh Ibu/ Riwayat Operasi</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Epilepsi Kapan.....</p> <p><input type="checkbox"/> TORCH <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> PMS Kapan.....</p> <p><input type="checkbox"/> Operasi Jenis..... Kapan.....</p>
<p>9. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, Ibu, Adik, Paman, Bibi) yang Pernah Menderita Sakit :</p> <p>Keturunan :</p> <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 Hamil <input type="checkbox"/> Ketuban <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Alergi.....</p> <p>Menular :</p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit hati/ Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> PMS/HIV/AIDS</p> <p>Lain-lain.....</p>
<p>10. Riwayat Gynekologi</p> <p><input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> Cervicitis cronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Polip Servik</p> <p><input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan</p>
<p>11. Riwayat & Rencana Penggunaan Kontrasepsi :</p> <p>Metode kontrasepsi yang pernah dipakai: Lama:</p> <p>Efek samping/ komplikasi kontrasepsi :</p> <p>Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan :</p> <p>Rencana jumlah anak :</p> <p>Alasan :</p>
<p>12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual</p> <p>a. Biologis :</p>

- 1) Bernafas : tidak ada keluhan ada keluhan :.....
- 2) Makan Frekuensix sehari
- 3) 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
- 4) Eliminasi
BAK, frekuensi.....x sehari, warna :, Keluhan:.....
BAB, frekuensi.....x sehari, Konsistensi:....., Keluhan :
- 5) Istirahat dan Tidur
Siang : Tidak Ya,.....jam
Malam :jam
Keluhan :
- 6) 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.....

<p>Persiapan persalinan: <input type="checkbox"/>Tempat <input type="checkbox"/>Penolong <input type="checkbox"/>Pelengkapan Ibu dan bayi <input type="checkbox"/>Donor.....<input type="checkbox"/>Transportasi..... <input type="checkbox"/> Pendamping <input type="checkbox"/> Pengasuh anak di rumah</p> <p>Social Support : <input type="checkbox"/>Suami <input type="checkbox"/>Orang tua <input type="checkbox"/>Mertua <input type="checkbox"/>Keluarga lain.....</p> <p>Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....</p> <p>c. Spiritual:.....</p>
<p>13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan</p> <p>TW I : <input type="checkbox"/>tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/>keluhan lazim dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/>dukungan keluarga <input type="checkbox"/>deteksi dan pencegahan kelainan konginetal <input type="checkbox"/>hubungan seksual yang aman</p> <p>TW II : <input type="checkbox"/>tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/>nutrisi <input type="checkbox"/>gerakan dan aktivitas <input type="checkbox"/>cara mengatasi keluhan lazim <input type="checkbox"/>persiapan persalinan <input type="checkbox"/>personal hygiene <input type="checkbox"/>pola hidup sehat</p> <p>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</p>
<p>B. Data Obyektif</p>
<p>1. Pemeriksaan Umum</p> <p>Keadaan umum: <input type="checkbox"/>baik <input type="checkbox"/>lemah <input type="checkbox"/>jelek</p> <p>Kesadaran : <input type="checkbox"/>kompos mentis <input type="checkbox"/>apatis <input type="checkbox"/>delirium <input type="checkbox"/>somnia <input type="checkbox"/>stupor <input type="checkbox"/>comatose</p> <p>GCS : E.....V.....M.....</p> <p>Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/>tenang <input type="checkbox"/>gelisah <input type="checkbox"/>takut <input type="checkbox"/>murung <input type="checkbox"/>bingung <input type="checkbox"/>kecewa</p> <p>Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya (tgl.....)..... Kg, TB..... cm</p>

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 kuning 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
 bendungan vena jugularis pembesaran kelenjar tyroid Lain-lain.....
- e. Dada
- Kelainan : 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 muda
- Reflek patella :/.....

3. Pemeriksaan Khusus Obstetri

- a. Abdomen :

Pembesaran

perut.....

Inspeksi: arah pembesaran memanjang melebar

Linea alba Linea nigra Striae Livide Striae Albicans Bekas luka operasi Lain-lain

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

Palpasi Leopold

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

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

L III : bagian bawah teraba

bisa digoyangkan tidak bisa digoyangkan

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 KEL F.R	II NO	III		IV			
		Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	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 ≥ 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. 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					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramion	4				
	15	Bayi mati dalam kandunga	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
17	Letak sungsang*	8					
18	Letak lintang*	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini*	8				
	20	Preeklamsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Ket:

1. Kehamilan resiko rendah : skor 2
2. Kehamilan resiko tinggi : skor 6-10
3. Kehamilan resiko sangat tinggi : skor ≥ 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/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

- 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 kooperatif, 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, somnolen, 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 oprasi: 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

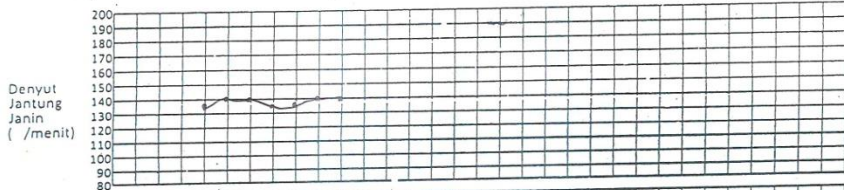
No. Register

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

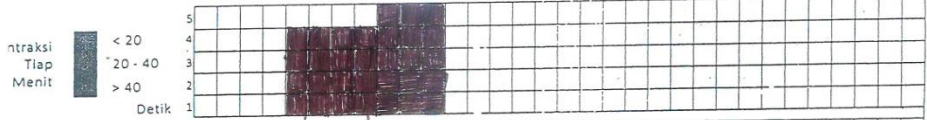
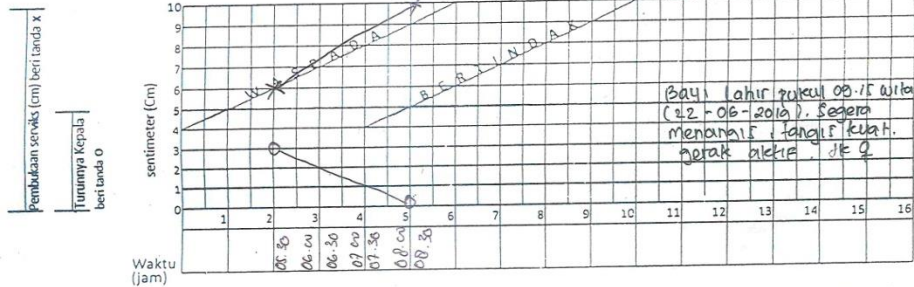
 Nama Ibu: Pr. V. KS Umur: 26th G: 2 P: 1 A: 0
 No. Puskesmas

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Tanggal: 22-06-2019 Jam: 05.30
 Ketuban Pecah sejak jam _____ Mules sejak jam 09.30

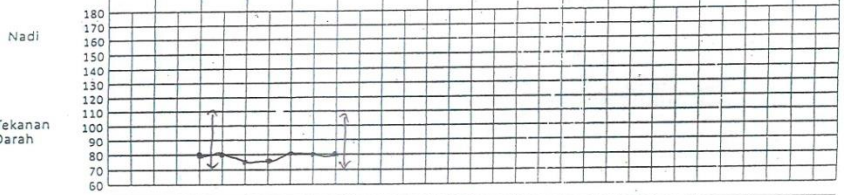


Alir ketuban penyusapan																		
-------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



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

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



Suhu °C																		
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Urin	Protein																	
	Aseton																	
	Volume																	

Hidrasi																		
---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 22-06-2015
- Nama bidan: N.P.
- Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: PMS
- Alamat tempat persalinan: Ps. G. PMS, Sawan
- 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:
 - Gawaldarurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

- KALA I**
- Partogram melewati garis waspada: Y / D
 - Masalah lain, sebutkan: ...
 - Penatalaksanaan masalah tsb: ...
 - Hasilnya: ...

- KALA II**
- Epsiotomi:
 - Ya, indikasi: ...
 - Tidak
 - Pendamping pada saat persalinan:
 - suami
 - teman
 - tidak ada
 - keluarga
 - dukun
 - Gawat janin:
 - Ya, lindakan yang dilakukan:
 -
 -
 - Tidak
 - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
 - Distosia bahu:
 - Ya, lindakan yang dilakukan:
 - Tidak
 - Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

- KALA III**
- Inisiasi Menyusu Dini:
 - Ya
 - Tidak, alasannya: ibu belum siap
 - 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 (intact) Tidak
 - Jika tidak lengkap, lindakan yang dilakukan:
 -
 -
- Plasenta tidak lahir >30 menit:
 - Tidak
 - Ya, lindakan:
- Laserasi:
 - Ya, dimana: Mukosa vagina, komisure posterior, kuli perineum, otot perineum
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan:
 - Penjahitan (dengki) tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:
- Aloni uteri:
 - Ya, lindakan:
 - Tidak
- Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 150 ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
 - Hasilnya:

- KALA IV**
- Kondisi ibu: KU: Baik, 110 mmHg Nadi: 80 /mnt Napas: 20 /mnt
 - Masalah dan penatalaksanaan masalah tsb:

- BAYI BARU LAHIR:**
- Berat badan: 3.100 gram
 - Panjang badan: 50 cm
 - Jenis kelamin: L / D
 - Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
 - Bayi lahir:
 - Normal, lindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - memasikkan IMD atau naluri menyusu segera
 - Asfiksia ringan/putas/biru/lemas, lindakan:
 - mengeringkan
 - bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil
 - menghangatkan
 - bebaskan jalan napas
 - lain-lain, sebutkan:
 - pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan:
 - Hipotermi, lindakan:
 -
 -
 -
 - Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, waktu: 2 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	09.40	110 / 70	80	36,5	2 jari d Pst	kuat	tdk penuh	-
	09.55	110 / 70	80	36,5	2 jari d Pst	kuat	tdk penuh	-
	10.10	110 / 70	80	36,5	2 jari d Pst	kuat	tdk penuh	-
	10.25	110 / 80	80	36,5	2 jari d Pst	kuat	tdk penuh	-
2	10.55	110 / 80	80	36,5	2 jari d Pst	kuat	tdk penuh	150
	11.25	110 / 80	80	36,5	2 jari d Pst	kuat	tdk penuh	150

Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) dan IMD

I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II
1. Mendengar dan melihat tanda Kala Dua persalinan. <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.
II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN
2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir. Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan: <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 Untuk ibu: <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
3. Pakai celemek plastik atau bahan yang tidak tembus cairan.
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.
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi tabung suntik).
III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN
7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior(depan) ke posterior (belakang), menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT. <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. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.

<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.
<p>14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.</p>
<p>V. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</p>

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
25. Lakukan penilaian selintas: <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 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. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara. • Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
<p>VIII. MANAJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)</p>
<p>33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva.</p>
<p>34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.</p>

<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu /suami untuk melakukan stimulasi puting susu.
<p>Mengeluarkan Plasenta</p> <p>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.</p> <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.
<p>37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahirkan dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.</p> <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.
<p>38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi 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>

40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
X. ASUHAN PASCA PERSALINAN
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42. Pastikan kandung kemih kosong, jika penuh lakukan kateterisasi.
Evaluasi
43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan 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.
44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit). <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.
Kebersihan dan Keamanan
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.
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 (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
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	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..... TTtgl.....

Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin :

.....

.....

Riwayat penyakit ibu :

<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> jantung <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> 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 $>38^{\circ}\text{C}$ KPD >24 jam ketuban hijau korioamniotitis fetal
distress

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

gemeli

keputihan suhu ibu $>37^{\circ}\text{C}$

G. Riwayat postnatal :

APGAR Skor :

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

.....

Skor Bounding :

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

.....

Kondisi

.....

.....
H. Riwayat masa neonatus :
I. Riwayat imunisasi <input type="checkbox"/> BCG Tgl..... <input type="checkbox"/> Polio ₁ Tgl..... <input type="checkbox"/> Hb ₁ Tgl..... Komplikasi..... <input type="checkbox"/> tidak imunisasi, alasan.....
J. Bio-psiko-sosial-spiritual
1. Biologis a. Pernafasan : <input type="checkbox"/> ada gangguan <input type="checkbox"/> tidak ada gangguan b. Nutrisi Jenis : Frekuensi : Porsi : Keluhan/kendala : c. Eleminasi

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

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

d. Istirahat :.....

e. Aktivitas :.....

2. Psikososial

Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak :

.....
.....

Dukungan keluarga :.....

.....
.....

3. Sosial

Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :.....

.....
.....

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

.....
.....

Pola Asuh Anak :.....

.....
.....

.....
.....

4. Spiritual

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak :

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

K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan

Tanda-tanda bahaya pada bayi :

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

Pemberian ASI :

.....
.....

Perawatan bayi sehari-hari :

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

Imunisasi :

.....
.....

.....
.....

Pemberian MP-ASI :

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

lain-lain

.....

II. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan fisik

Kedadaan umum :

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

.....

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

Tanda lahir : tidak ada ada

.....

Pengukuran :

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

Kepala :

simetris asimetris cephal hematoma kaput suksedanium

macrocephali

microcephali rambut

UUB : menutup belum menutup datar cembung cekung

UUK : menutup belum menutup Sutura

lain-lain.....

Wajah :

simetris asimetris pucat oedema

Mata :

simetris asimetris gerakan bola mata: simetris asimetris

warna konjungtiva: merah muda pucat merah ikterus

warna sclera: putih merah ikterus

pengeluaran.....

lain-lain.....

Hidung :

NCH

Pengeluaran.....

lain-lain.....

Mulut & bibir :

mukosa : kering lembab warna bibir : merah muda pucat

palatum : utuh palato schizis labiopalato schizis labiogenatopalato schizis

lidah

lain-lain.....

Telinga :

simetris asimetris pengeluaran.....

kelainan.....

Leher :

Pembengkakan kelenjar limfe Pembengkakan kelenjar tiroid Bendungan vena jugularis

pergerakan.....

lain-lain.....

Dada :

simetris asimetris retraksi
 dyspneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

Kadaan payudara :

simetris asimetris putting.....

benjolan.....

pengeluaran.....

Abdomen :

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

lain-lain.....

Punggung :

bentuk..... spina bifida gibus

Genitalia :

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

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

kelainan.....

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

hermaphrodit lain-lain.....

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

Ekstremitas :

Tangan : simetris asimetris jumlah jari.....

Kaki : simetris asimetris jumlah jari.....

kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabella 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
			

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 :

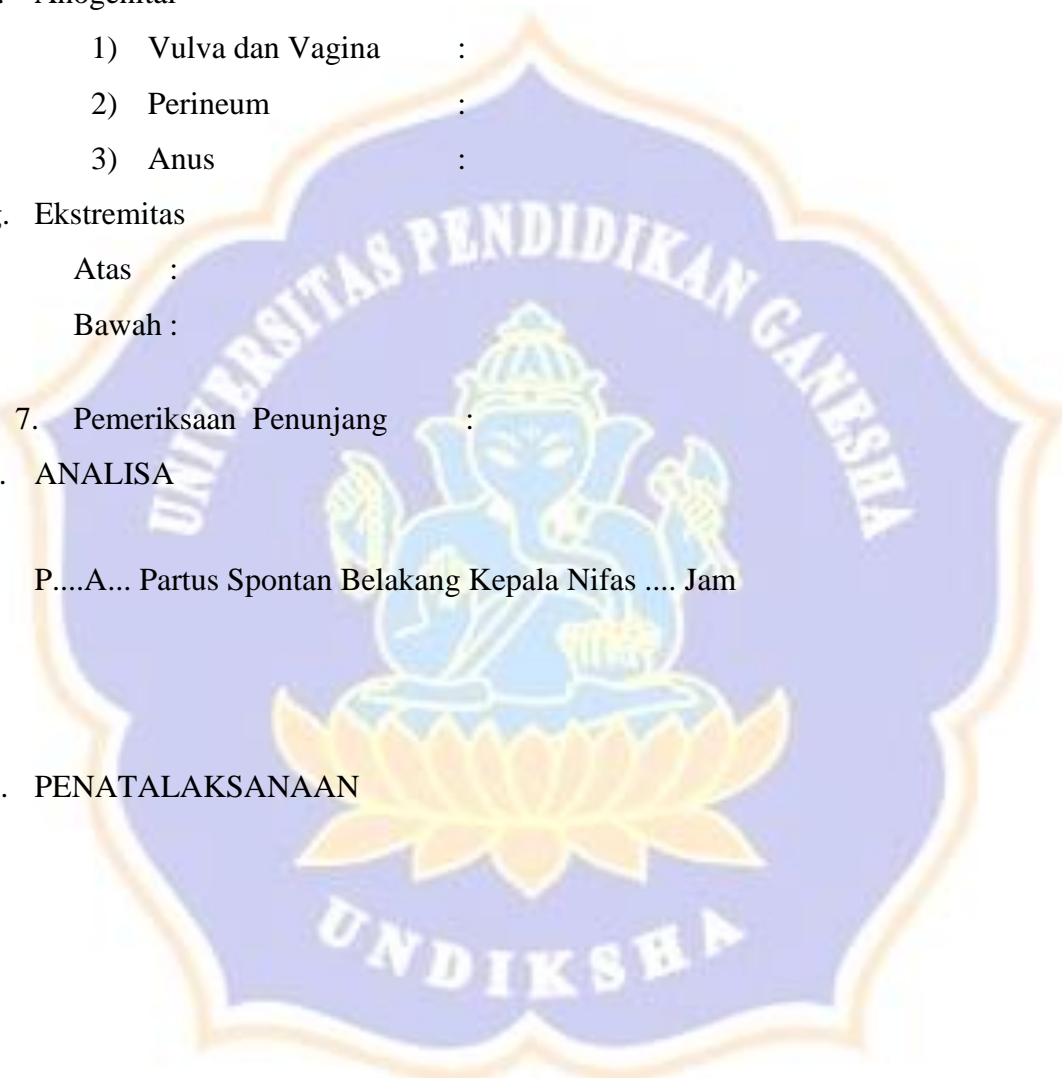
Bawah :

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 :.....

Dismenorea 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			Keadaan sekarang
						BB	PB	JK	

7. Riwayat Laktasi

<p>a. Pengalaman menyusui : <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> tidak</p> <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"/> Tumor kandungan: <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>

Hepatitis PMS HIV/AIDS TBC

11. Riwayat Penyakit Keluarga

DM Asthma Jantung Hipertensi Epilepsi
 Hepatitis PMS HIV/AIDS TBC

12. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

a. Biologis

1. Bernafas: Tidak Ada

Ada : dyspneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

2. Pola Nutrisi

a) Makan: frekuensi:.....x/hari, komposisi:.....,
 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 :.....°C
 4) Respirasi :.....x/mnt

c. Antropometri:

1. Berat badan sekarang :.....kg
 2. Berat badan sebelumnya:.....kg (tanggal:.....)
 3. Tinggi badan :.....cm

2. Pemeriksaan Sistematis

a. Kepala

1. Wajah

Oedema : Ada Tidak ada

Pucat : Ada Tidak ada

Cloasma : Ada Tidak ada

2. Mata

Konjungtiva : merah muda pucat merah

Sklera : putih kuning merah

3. Mulut dan gigi

Bibir : pucat kemerahan dan lembab kering

Caries pada gigi : ada tidak ada

b. Leher

1. Kelenjar limfe : ada pembengkakan tidak ada

2. Kelenjar tiroid : ada pembengkakan tidak ada

3. Vena jugularis : ada pelebaran tidak ada

c. Dada

1. Nyeri tekan : ada tidak

2. Payudara dan aksila :

Bentuk : simetris asimetris

Puting susu : menonjol masuk datar

Kelainan : ada tidak

Kebersihan : bersih tidak

Aksila : pembengkakan tidak ada
pembengkakan

d. Abdomen

Bekas luka operasi : ada tidak

e. Anogenital

Pengeluaran cairan : ada, jenis.....
Jumlah..... tidak

Tanda – tanda infeksi : Pembengkakan: ada tidak

Luka : ada tidak

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

Kelainan : ada tidak

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

Anus haemmoroid : ada tidak

f. Khusus Akseptor IUD

1. Inspikulo Vagina

Portio : lunak erosi kaku

Kelainan : ada tidak

Ukuran kelainan :.....cm

2. Bimanual

Nyeri goyang portio : ada tidak

Massa : ada tidak

Lain-lain :.....

3. Kontrol

Benang IUD	:	<input type="checkbox"/> teraba	<input type="checkbox"/> tidak
g. Tangan dan Kaki			
1. Tangan			
Oedema	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
Keadaan kuku	:	<input type="checkbox"/> bersih	<input type="checkbox"/> tidak
2. Kaki			
Edema	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
Varises	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
Keadaan kuku	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
3. Pemeriksaan Penunjang			
<input type="checkbox"/> Pap Smear	,	hasil.....	
<input type="checkbox"/> IVA	,	hasil.....	
<input type="checkbox"/> Lain-lain	:	....., hasil.....	
C. ANALISA :			
.....			
.....			
D. PENATALAKSANAAN			
:			
.....			
.....			
.....			

CATATAN PERKEMBANGAN

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

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ni Luh Sandra Dewi
NIM : 1606091006
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "LT" di BPM
"NP" Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Kamis, 31 Januari 2019	BAB 1	Perbaiki BAB 1	f.
Selasa, 19 Februari 2019	Perbaikan BAB 1	- Perbaiki BAB 1 - Lanjutkan Ke BAB 2 dan BAB 3	f.
Kamis, 28 Februari 2019	- Perbaikan BAB 1 - BAB 2 dan BAB 3	Perbaiki BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	f.
Senin, 1 April 2019	Lengkap	Perbaiki cover luar, cover dalam, daftar isi, BAB 1, BAB 2, BAB 3 dan daftar pustaka	f.
Senin, 8 April 2019	Perbaikan Lengkap	ACC	f.

Singaraja,
Pembimbing I

(Ketut Espana Giri., S.ST.M.Kes)
NIP. 19820629 200604 2016



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

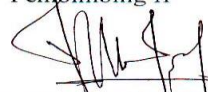
Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja-Bali
Telepon (0362) 22570 Fax. (0362) 25735 Kode Pos 81116
Laman : www.undiksha.ac.id

LEMBAR KONSULTASI PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ni Luh Sandra Dewi
NIM : 1606091006
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "LT" di BPM
"NP" Wilayah Kerja Puskesmas Bangli Utara

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 19 Februari 2019	BAB 1	Perbaiki tata tulis	
Kamis, 14 Maret 2019	BAB 2	Perbaiki tata tulis	
Senin, 1 April 2019	BAB 3	Perbaiki tata tulis	
Jumat 12 April 2019	Lengkap	ACC	

Singaraja,
Pembimbing II



(Wigutomo Gozali, M.Kes)
NIP. 19631213198310102

LEMBAR PERSETUJUAN
PROPOSAL TUGAS AKHIR
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI BPM WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAWAN I
TAHUN 2019

Diajukan oleh:

NI LUH SANDRA DEWI
NIM. 1606091006

Telah disetujui oleh:

Pembimbing I



Ketut Espana Giri.,S.ST.M.Kes.
NIP. 19820629 200604 2 016

Pembimbing II



Wigutomo Gozali, M.Kes
NIP. 196312131983101002



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 ~~Kamis~~..... Tanggal..... 18..... Bulan... April.....
Tahun dua ribu ~~delapan~~ ^{enitan} belas, bertempat di... Ruang Kelas Lantai 2 kampus Prodi kebidanan
telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII
Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Ni Luh Sandra Dewi
NIM : 1606031006
Pembimbing I : Ketut Espana Giri, S.ST, M.kes
Pembimbing II : Wigutomo Gozali, M.kes
Judul Proposal : Aruhan kebidanan komprehensif pada perempuan "Nv" Di BPM
"NK" wilayah kerja rustemas Bangli utara Tahun 2019

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Tata tulis, sumber, penomoran
2. latar belakang & rumaitan dan paparkan lebih detail
3. perencanaan penelitian lebih rinci
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

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

Singaraja, 18 April 2019.....

Dewan Penguji:

1. Ketut Espana Giri, S.ST, M.kes 1.
2. Wigutomo Gozali, M.kes 2.
3. Ni Wyn Dewi Tarini, S.kep, Ns, M.kes 3.
4. 4.



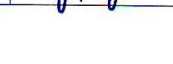
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI
PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI BPM WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAWAN 1
TAHUN 2019

NAMA : NI LUH SANDRA DEWI
NIM : 1606091006


Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir Program
Studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha
Pada Tanggal 18 April 2019

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1.	Ketut Espana Giri, S.ST.,M.Kes	19820629 200604 2 016	
2.	Wigutomo Gozali, M.Kes	19631213 198310 1 002	
3.	Ni Wayan Dewi Tarini, S.Kep.,Ns. M.Kes	19751208 199803 2 008	

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 KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ni Luh Sandra Dewi
NIM : 1606091006
Angkatan : XVII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di
PMB "NP" di Wilayah Kerja Puskesmas Sawan 1

Hari/tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 6 Agustus 2019	Cover BAB 1 BAB 2 BAB 3 BAB 4 BAB 5	Perbaiki BAB 1 Perbaiki BAB 2 Perbaiki BAB 3 Perbaiki BAB 4 Perbaiki BAB 5	
Kamis, 8 Agustus 2019	Cover BAB 1 BAB 2 BAB 3 BAB 4 BAB 5	Perbaiki BAB 1 Perbaiki BAB 2 Perbaiki BAB 3 Perbaiki BAB 4 Perbaiki BAB 5	
Senin, 12 Agustus 2019	Cover BAB 1 BAB 2 BAB 3 BAB 4 BAB 5	Perbaiki BAB 5	
Selasa, 13 Agustus 2019	Lengkap	ACC	

Singaraja,
Pembimbing I

(Ketut Espana Giri, S.ST., M.Kes)
NIP. 19820629 200604 2 016

lxxviii



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 KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ni Luh Sandra Dewi
NIM : 1606091006
Angkatan : XVII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di
PMB "NP" di Wilayah Kerja Puskesmas Sawan 1

Hari/tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Rabu, 7 Agustus 2019	Cover BAB 1 BAB 2 BAB 3 BAB 4 BAB 5	Perbaiki BAB 1 Perbaiki BAB 2 Perbaiki BAB 3 Perbaiki BAB 4 Perbaiki BAB 5	
Jumat, 9 Agustus 2019	Cover BAB 1 BAB 2 BAB 3 BAB 4 BAB 5	Perbaiki BAB 1 Perbaiki BAB 2 Perbaiki BAB 3 Perbaiki BAB 4 Perbaiki BAB 5	
Selasa, 13 Agustus 2019	Lengkap	ACC	

Singaraja,
Pembimbing II

(Wigutomo Gozali, M.Kes)
NIP. 196312131983101002

DOKUMENTASI ASUHAN







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

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

BERITA ACARA

No.

Pada hari ini: Kamis, tanggal 29 Agustus 2019, jam 09.00 s.d. 10.00 Wita, bertempat di Ruang Kelak lantai 2, Prdi D3 Kbidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir yang diajukan oleh:

Nama : Ni Luh Sandra Dewi.....
 NIM : 1606091006.....
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan
 Judul TA : Acuan kebidanan komprehensif Pada Perempuan "kr"
 GRLAo UK 38 Minggu 4 Hari Preke p. U. Puka
 Janin Cuneal. Ketup. Intra Uteri di RMB "NP"
 Milayan Kerja Purkermar Javan I.....
 Pembimbing I : Ketut Espany Giri, S.S.T., M.Kes.....
 Pembimbing II : Wigutomo Gozali, M.Kes.....

dengan hasil: ~~ujian lulus tanpa revisi~~ / ujian lulus dengan revisi / ~~ujian diulang*~~
 selama 1 ~~minggu~~ ^{minggu} terhitung dari tanggal 30 Agustus..... sampai
 dengan 8 Sept 2019.....

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	Ketut Espany Giri, S.S.T., M.Kes.....	198206292006042016	
2.	Wigutomo Gozali, M.Kes.....	196212131985101002	
3.	Ni Wayan Dewi Tarmi, S.Kep., Ns., M.Kes.....	197512081998032008	

Mengetahui,
 Ketua Jurusan

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

Singaraja, 29 Agustus 2019

Ketua Penilai

Ketut Espany Giri, S.S.T., M.Kes.
 NIP. 19820629.2006.04.2.016