

Jadwal Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Tahun 2019															
		April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Pengumpulan Data				x	x	x	x	x	x	x						
2	Analisa Data				x	x	x	x	x	x	x						
3	Penatalaksanaan Asuhan				x	x	x	x	x	x	x						
4	Penyusunan Laporan				x	x	x	x	x	x	x	x					
5	Konsultasi Laporan												x	x	x	x	
6	Penyebaran Laporan Tugas Akhir														x	x	
7	Ujian Laporan Tugas Akhir															x	x



PRAKTIK MANDIRI BIDAN
Ni Nyoman Parniti, A.Md., Keb
Desa Giri Emas, Singaraja

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Nyoman Parniti, A.Md., Keb.
NIP : 197203071992032006
Alamat : Desa Giri Emas, Singaraja

Dengan ini menerangkan :

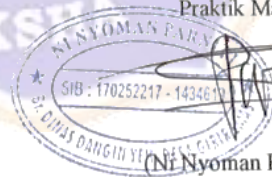
Nama : Putu Kristiani Dewi
Nim : 1706091026

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Ni Nyoman Parniti, A.Md., Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "KA" Di PMB NP Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I Tahun 2020.

Singaraja, Juli 2020

Mengetahui,

Praktik Mandiri Bidan



(Ni Nyoman Parniti, A.Md., Keb)

NIP. 197203071992032006

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Yth. Calon Responden

Di PMB NP Wilayah Kerja
Puskesmas Sawan I

Dengan hormat,

Saya, Putu Kristiani Dewi Mahasiswi Semester VI Prodi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di PMB "NP" Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I Tahun 2020, sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada 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 bersedia menjadi Responden dalam studi kasus ini. Saya menjamin kerahasiaan atau identitas ibu, nama tidak perlu dicantumkan. Partisipasi ibu dalam penelitian ini untuk menjadi responden sangat saya hargai dan atas partisipasinya saya ucapkan terima kasih

Hormat saya,



(Putu Kristiani Dewi)

NIM. 1706091026

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONCENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kadek Apriani
Umur : 33 tahun
Alamat : Banjar Dinas Kauh Luan, Desa Jagaraga

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswi Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprchensif pada Perempuan di PMB NP Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I Tahun 2020"

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

Singaraja, 22 April 2020

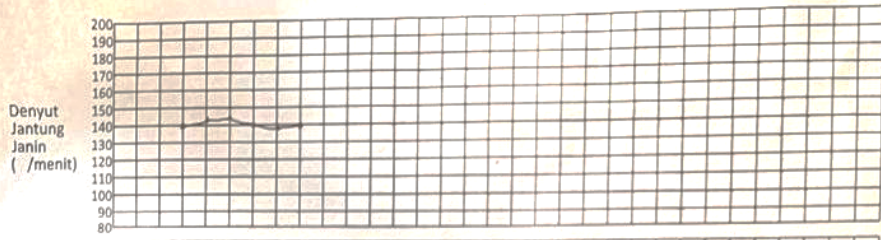
Responden



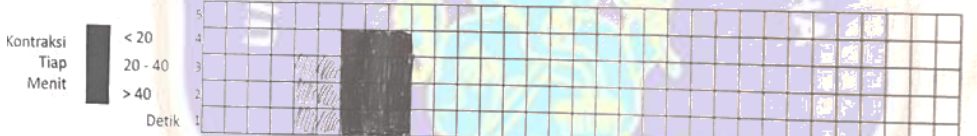
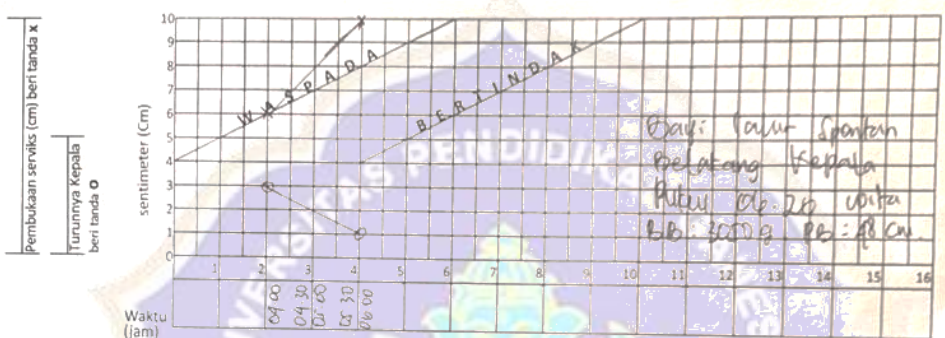
(Kadek Apriani)

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: Ibu 'KA' Umur: 33 tahun G: 3 P: 2 A: 0
 No. Puskesmas Tanggal: 12-05-2020 Jam: 09.00 wita
 Ketuban Pecah sejak jam 06.00 wita Mules sejak jam 02.00 wita



Air ketuban penyusupan																			



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

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



Suhu °C																			

Urin	Protein																		
	Aseton																		
	Volume																		

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

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 12.06.2010
- Nama bidan: N. Nyotien Kiran
- Tempat persalinan:
 - Rumah ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: PAU
- Alamat tempat persalinan:
- Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan menjuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat menjuk:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawat darurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Partogram melewati garis waspada: Y/T
- 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, tindakan yang dilakukan:
 -
 -
 - 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 (intact) Ya Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 -
 -
- Plasenta tidak lahir >30 menit:
 - Tidak
 - Ya, tindakan:
- Laserasi:
 - Ya, dimana:
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4
 - Tindakan:
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:
- Atoni uteri:
 - Ya, tindakan:
 - Tidak
- Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 200 ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

KALA IV

- Kondisi ibu: KU: baik TD: 110/70 Nadi: 90/mnt Napas: 20/mnt
- Masalah dan penatalaksanaan masalah:

BAYI BARU LAHIR:

- Berat badan: 3000 gram
- Panjang badan: 48 cm
- Jenis kelamin: L / P P
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
 - 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, tindakan:
 -
 -
 -
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
- Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	06.45	110/70	80		2 jari buah per	kuat	tidak penuh	tidak aktif
	07.00	110/70	80		2 jari buah per	kuat	tidak penuh	tidak aktif
	07.15	110/70	82		2 jari buah per	kuat	tidak penuh	tidak aktif
	07.30	110/70	80		2 jari buah per	kuat	tidak penuh	tidak aktif
2	08.00	110/70	80	36.8	2 jari buah per	kuat	tidak penuh	tidak aktif
	08.30	110/70	84		2 jari buah per	kuat	tidak penuh	tidak aktif

DOKUMENTASI PELAKSANAAN ASUHAN





Kunjungan Nifas 1
Melakukan pengukuran TTV



Melakukan pengukuran TFU



Kunjungan Neonatal 1
Melakukan Pijat Bayi



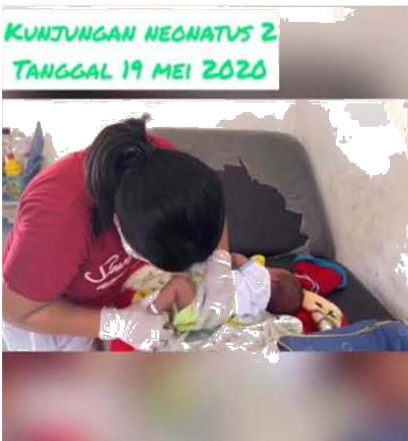
Memandikan Bayi



KUNJUNGAN NIFAS 2
TANGGAL 19 MEI 2020



KUNJUNGAN NIFAS 2
TANGGAL 19 MEI 2020



KUNJUNGAN NEONATVS 2
TANGGAL 19 MEI 2020



KUNJUNGAN NEONATVS 2
TANGGAL 19 MEI 2020



KUNJUNGAN NIFAS 3
(KNS)



DOKUMENTASI BUKU KIA

PERIKSA KE

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

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu: ...
Tempat/Tgl lahir: ...
Kecamatan: ...
Agama: ...
Pendidikan: ...
Golongan Darah: ...
Pekerjaan: ...

Alamat Rumah

No. Telp: ...

Nama Anak

Tempat/Tgl lahir: ...
Anak ke: ... dari ... anak

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

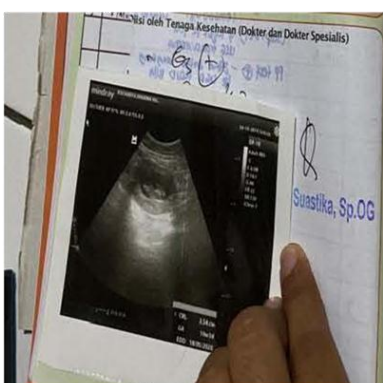
Ditisi oleh petugas kesehatan

No	Kelahiran	Tanggal lahir	Berat lahir (kg)	Tinggi badan (cm)	Umur (bulan)	BB (kg)	TD (mmHg)	BB/BM (kg/m ²)	BB/TA (kg/m)	BB/TA ² (kg/m ²)
1
2

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Ditisi oleh petugas kesehatan

No	Kelahiran	Tanggal lahir	Berat lahir (kg)	Tinggi badan (cm)	Umur (bulan)	BB (kg)	TD (mmHg)	BB/BM (kg/m ²)	BB/TA (kg/m)	BB/TA ² (kg/m ²)
1
2



CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Ditisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

No	Kelahiran	Tanggal lahir	Berat lahir (kg)	Tinggi badan (cm)	Umur (bulan)	BB (kg)	TD (mmHg)	BB/BM (kg/m ²)	BB/TA (kg/m)	BB/TA ² (kg/m ²)
1
2

KETERANGAN LAHIR

No. ...

Yang bertanggung jawab di bawah ini, menerangkan bahwa pada hari ini, tanggal ... pukul ... lahir seorang bayi...

Ditisi nama ...

Dari Orang Tua: ... Umur: ... tahun

Pekerjaan: ...

KTP/NIK No.: ...

Nama Ayah: ... Umur: ... tahun

Pekerjaan: ...

KTP/NIK No.: ...

Alamat: ...

Kecamatan: ...

Kab./Kota: ...

Sinjaya, Tanggal: ...

CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN

IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

ibu Bersalin dan Nifas

Tempat persalinan: ...

Perawatan persalinan: ...

Cara persalinan: ...

Kesulitan ibu: ...

Keterangan tambahan: ...

Bayi Saat Lahir

Anak ke: ...

Berat Lahir: ... gram

Panjang Badan: ... cm

Lingkar Kepala: ... cm

Jenis kelamin: ...

Kondisi bayi saat lahir

[] Segara menangis [] Anggota gerak kelihatan

[] Menangis beberapa saat [] Seluruh tubuh biru

[] Tidak menangis [] Kelaman bawaan

[] Seluruh tubuh kemerahan [] Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir

[] Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi

[] Suntikan Vitamin K1

[] Salep mata antibiotika profilaksis

[] Imunisasi HB0

Keterangan tambahan: ...

CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS

(Ditisi oleh dokter/dokter spesialis)

NO	PELAYANAN	KELOMPOK I	KELOMPOK II	KELOMPOK III
1
2

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

Ditisi oleh tenaga kesehatan

NO	PELAYANAN	KELOMPOK I	KELOMPOK II	KELOMPOK III
1
2

CATATAN IMUNISASI ANAK

IBU: DR. CANDAYANA
 AYAH: DR. CANDAYANA
 NAMA BAYI: ...
 TGL. LAHIR: 12-05-2010

Umur (bulan)	0	1	2	3	4	5
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi					
HB-0 (0-7hari)	12/05					
BCG	31/05					
Polio 1	10/06					
DPT-HB-Hib 1						
*Polio 2						
*DPT-HB-Hib 2						
*Polio 3						
*DPT-HB-Hib 3						
*Polio 4						
*IPV						
Campak						

Umur (bulan)	18	24	30	****36+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi			
***DPT-HB-Hib Lanjutan				
****Campak Lanjutan				

* Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT-HB-Hib minimal 4 minggu (1 bulan)
 Jarak antara pemberian vaksin Polio minimal 4 minggu (1 bulan)
 ** Anak di atas 1 tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap. Sakit ringan seperti batuk, pilek, diare, demam ringan, dan sakit kulit bukan halangan untuk imunisasi.

Tambahan Vaksin Lain	Vaksin	Tanggal Pemberian

38

CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	5	6	7	8	9	10	11	**12+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi							

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu pemberian imunisasi bagi anak diatas 1 tahun yang belum lengkap
- Pemberian imunisasi DPT-HB-Hib lanjutan diberikan minimal 12 bulan setelah pemberian imunisasi DPT-HB-Hib 3 dan dapat diberikan dalam rentang usia 18-36 bulan
- Pemberian imunisasi campak lanjutan diberikan minimal 6 bulan setelah pemberian imunisasi campak terakhir dan dapat diberikan dalam rentang usia 24-36 bulan
- Anak di atas 3 tahun (36 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap

Tambahan Vaksin Lain	Vaksin	Tanggal Pemberian

39





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
 UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
 FAKULTAS OLAAHRAGA DAN KESEHATAN
 JURUSAN ILMU OLAAHRAGA DAN KESEHATAN
 PRODI DIII KEBIDANAN

Alamat : Jl. Bisma Barat No.25.A Tlp.(0362)7001042 , Fax (0362) 2134 Kode Pos 81117

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Putu Kristiani Dewi
 NIM : 1706091026
 Angkatan : XIX
 Judul Laporan TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "KA"
 G3P2A0 UK 37 Minggu 6 Hari Preskep U Puki Janin
 Tunggal Hidup Intra Uteri di PMB NP Wilayah Kerja
 Puskesmas Sawan I Tahun 2020

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Rabu, 01 Juli 2020	BAB 1-5	1. Perbaiki aturan penulisan 2. Perbaiki spasi 3. Tinjauan kasus sesuaikan dengan teori 4. Tinjauan kasus sesuaikan dengan covid-19 dan protokol covid-19	
Minggu, 05 Juli 2020	BAB 1-5	Tambahkan tentang covid-19 di riwayat penyakit	
Senin, 06 Juli 2020	BAB 1-5	ACC	

Singaraja, 06 Juli 2020
 Pembimbing I

Luh Ari Arini, S.ST., M.Biomed
 NIP. 19910828 201803 2 001



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
FAKULTAS OLAHRAGA DAN KESEHATAN
JURUSAN ILMU OLAHRAGA DAN KESEHATAN
PRODI DIII KEBIDANAN

Alamat : Jl. Bisma Barat No.25.A Tlp.(0362)7001042 , Fax (0362) 2134 Kode Pos 81117

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Putu Kristiani Dewi
NIM : 1706091026
Angkatan : XIX
Judul Laporan TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "KA"
G3P2A0 UK 37 Minggu 6 Hari Preskep U Puki Janin
Tunggal Hidup Intra Uteri di PMB NP Wilayah Kerja
Puskesmas Sawan I Tahun 2020

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Rabu, 01 Juli 2020	BAB 1-5	1. Perbaiki BAB 1-5 2. Sesuaikan dengan protokol covid-19 3. Tata tulis dan spasi	
Sabtu, 04 Juli 2020	BAB 1-5	1. Perbaiki BAB 1-5 2. Pada pembahasan sesuaikan dengan tinjauan nkasus 3. Tata tulis	
Senin, 06 Juli 2020	BAB 1-5	ACC	

Singaraja, 06 Juli 2020
Pembimbing II

Wayan Sugandini, S.ST., M.Pd
NIP. 19630303 198307 2 002