

Lampiran 1

Jadwal Pelaksanaan Asuhan

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



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
**UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA**  
**JURUSAN ILMU OLAH RAGA DAN KESEHATAN**  
**PRODI D3 KEBIDANAN**

Alamat : Jalan Bisma Barat No 25 A Singaraja  
Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)

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

Yth. Praktek Mandiri Bidan  
Ibu Kadek Krisna Sari, A.Md.Keb.  
Di  
Singaraja

Dalam rangka penyelesaian masa pendidikan pada Program Studi Diploma III Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha, institusi mewajibkan setiap mahasiswa menyusun satu Laporan Tugas Akhir (LTA) yang akan digunakan sebagai materi Ujian Akhir Program. Berkenaan dengan hal tersebut, maka kami mohonkan ijin mahasiswa kami atas Nama : Ni Made Charisma Dwilayanti, NIM : 1606091075 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.



*[Handwritten Signature]*  
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 : Ni Made Charisma Dwilayanti

NIP : 1606091075

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, Ni Made Charisma Dwilayanti, Mahasiswa Jurusan Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di PMB “KK” di Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I”, sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini dibutuhkan partisipasi ibu saat hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB .

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 Made Charisma Dwilayanti)

NIM.1606091075

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

*(Informed Consent)*

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : *Nyoman Sugriani*

Umur : *31 tahun*

Alamat : *Br. Bukit Sahli ,Dk. Lokapakra kec. Seririt*

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul “ Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di PMB ‘KK” di 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.

Singaraja,  
Responden  
  
( *Nyoman Sugriani* )

**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	
<b>A. Data Subyektif</b>		
1. Identitas	Ibu	Suami
Nama	.....	.....
Umur	.....	.....
Suku Bangsa	.....	.....
Agama	.....	.....
Pendidikan	.....	.....
Pekerjaan	.....	.....
Alamat Rumah	.....	.....
No telepon	.....	.....
Alamat Kerja	.....	.....
No Telepon	.....	.....
2. Alasan Memeriksa Diri :		
3. Keluhan Utama :		

4. Riwayat Menstruasi

Umur Menarche : Siklus haid :  
 Jumlah darah : Lama haid : 4 hari  
 HPHT : TP :  
 Keluhan saat haid :  
 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/ III  pusing  sakit kepala  perdarahan  keluar air pervaginam  
 pandangan kabur  lain-lain.....  
 Merasakan gerakan janin :  belum  sudah sejak .....minggu/bulan yang lalu  
 Saat ini.....  
 Obat dan suplemen yang pernah diminum : .....  
 Perilaku yang membahayakan kehamilan :

<input type="checkbox"/> Merokok pasif/aktif <input type="checkbox"/> minum jamu <input type="checkbox"/> minum-minuman keras <input type="checkbox"/> kontak dengan binatang <input type="checkbox"/> narkoba <input type="checkbox"/> diurut dukun Riwayat pemeriksaan penunjang : .....
8. Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh Ibu/ Riwayat Operasi <input type="checkbox"/> Kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Epilepsi   Kapan..... <input type="checkbox"/> TORCH <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> PMS   Kapan..... <input type="checkbox"/> Operasi   Jenis.....   Kapan.....
9. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, Ibu, Adik, Paman, Bibi) yang Pernah Menderita Sakit : Keturunan : <input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Penyakit Jiwa <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Hamil Kembar <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Alergi..... Menular : <input type="checkbox"/> Penyakit hati/ Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> PMS/HIV/AIDS Lain-lain.....
10. Riwayat Gynekologi <input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> Cervicitis cronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Polip Servik <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan
11. Riwayat & Rencana Penggunaan Kontrasepsi : Metode kontrasepsi yang pernah dipakai : .....   Lama: ..... Efek samping/ komplikasi kontrasepsi : ..... Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan : ..... Rencana jumlah anak : ..... Alasan : .....
12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual a. Biologis : 1) Bernafas : <input type="checkbox"/> tidak ada keluhan <input type="checkbox"/> ada keluhan :..... 2) Makan Frekuensi ..... x sehari Jenis : <input type="checkbox"/> makanan pokok..... <input type="checkbox"/> Lauk pauk : ..... <input type="checkbox"/> Sayur :..... <input type="checkbox"/> Buah..... Porsi : <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Besar Perubahan nafsu makan : <input type="checkbox"/> Ada,..... <input type="checkbox"/> Tidak ..... Pantangan makanan : .....tidak ada.....



Minum : Jumlah .....gelas/hari, Jenis : .....  Kopi  Teh

3) Eliminasi

BAK, frekuensi .....x sehari, warna : ....., Keluhan:.....

BAB, frekuensi .....x sehari, Konsistensi:....., Keluhan :.....

4) Istirahat dan Tidur

Siang :  Tidak  Ya, .....jam

Malam .....jam

Keluhan : .....

5) Hubungan Seksual

Perubahan pola :  Tidak  Ya

Dampak perubahan pola :  pada suami.....

pada kehamilan.....

b. Psikososial

Perasaan sebagai calon orang tua dan suasana hati:

Rasa takut  Malu  Kecewa  Bahagia  Siap secara mental

Penerimaan terhadap kehamilan ini:

Direncanakan :  Ya  Tidak Diterima :  Ya  Tidak

Alasan : .....

Hubungan dengan keluarga  Baik  Renggang  Tidak baik

Pengambilan Keputusan :  Suami  Sendiri  Orang tua  Mertua

Keluarga lain.....

Persiapan persalinan:  Tempat .....  Penolong .....  Pelengkapan

Ibu dan bayi  Donor.....  Transportasi.....  Pendamping

Pengasuh anak di rumah .....

Social Support :  Suami  Orang tua  Mertua  Keluarga lain.....

Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....

c. Spiritual: .....

13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan

TW I :  tanda bahaya dan cara mengatasinya  keluhan lazim dan cara mengatasinya  dukungan keluarga  deteksi dan pencegahan kelainan konginetal hubungan seksual yang aman

TW II :  tanda bahaya dan cara mengatasinya  nutrisi gerakan dan aktivitas

cara mengatasi keluhan lazim  persiapan persalinan  personal hygiene  pola

hidup sehat

TW III :  tanda bahaya dan cara mengatasinya  deteksi tum-bang 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  somnolen  stupor  comatose

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

Keadaan Psikologi :  tenang  gelisah  takut  murung  bingung  
 kecewa

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

Tanda-tanda Vital : tekanan darah:..... mmHg, tekanan darah sebelumnya (tgl.....).....mmHg, Nadi:..... x/menit, Suhu :..... °C,  
Respirasi: ..... x/menit

### 2. Pemeriksaan Fisik

a. Wajah :  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 : DJJ .....x/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 $\geq 4$ 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	4					
		b. Malaria	4					
		c. TBC Paru	4					
		d. Payah Jantung	4					
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4					
	f. Penyakit Menular Seksual	4						
	12		Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13		Hamil kembar	4				
	14		Hydramion	4				
15		Bayi mati dalam kandunga	4					
16		Kehamilan lebih bulan	4					
17		Letak sungsang*	8					
18		Letak lintang*	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini*	8					
	20	Preeklamsia/kejang-kejang	8					
		JUMLAH SKOR						

Ket:

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

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

I. 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...,rencana yang akan digunakan...
- d. Rencana jumlah anak..... anak

8. Data biologis, psikologis, sosial, spiritual

- a. Keluhan bernafas : tidak ada, ada
- b. Nutrisi
- Makan terakhir pukul..., porsi..., jenis...
  - Minum terakhir pukul..., jumlah...cc, jenis...
  - Nafsu makan: baik, menurun

- c. Istirahat

-Tidur malam :..jam, keluhan...

- Istirahat siang:..jam,

Keluhan.....



-Kondisi saat ini

- Bisa istirahat diluar kontraksi : ya, tidak, alasan.....
- Kondisi fisik : kuat, lemah, terasa mau pingsan

c. Eliminasi

BAB terakhir : pukul.....konsistensi.....

BAK terakhir : pukul.....jumlah.....

Keluhan saat BAB/BAK.....

d. Psikologis

Siap melahirkan : ya, tidak, alasan.....

Perasaan ibu saat ini: bahagia dan ccoperatif, kecewa, malu, takut, sedih, cemas, menolak, putus asa

e. Sosial

Perkawinan.....kali, status : sah, tidak sah

Lama perkawinan dengan suami sekarang.....tahun

Hubungan dengan suami dan keluarga : harmonis, kurang harmonis

Pengambilan keputusan : suami&isteri, suami, istri, keluarga besar, lain-lain....

Persiapan persalinan yang sudah siap : perlengkapan ibu, perlengkapan bayi, biaya, calon donor, pendamping, transportasi

f. Spiritual dan ritual yang perlu dibantu :.....

9. Pengetahuan ibu dan pendamping yang dibutuhkan : tanda dan gejala persalinan, teknik mengatasi rasa nyeri, mobilisasi dan posisi persalinan, teknik meneran, teknik inisiasi menyusui dini (IMD), peran pendamping, proses persalinan

II. Data obyektif

1. Keadaan umum : ...

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

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

Keadaan emosi : stabil, tidak stabil

Keadaan psikologi : takut, murung, bingung

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

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

## 2. Pemeriksaan fisik

a. Wajah : tidak ada kelainan, oedema, pucat

b. Mata

Conjunctiva : merah muda, pucat, merah

Sclera : putih, kuning, merah

c. Mulut

Mukosa : lembab, kering

Bibir : segar, pucat, biru

d. Leher : tidak ada kelainan pembengkakan kelenjar limfe

bendungan vena jugularis pembesaran kelenjar tiroid lain-lain.....

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

Payudara : tidak ada kelainan areola hiperpigmentasi  
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 Leopold :

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

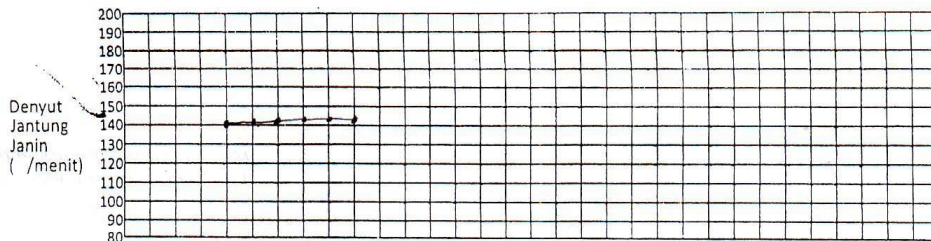


CATATAN PERKEMBANGAN

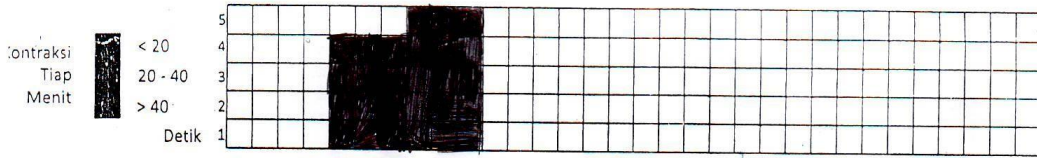
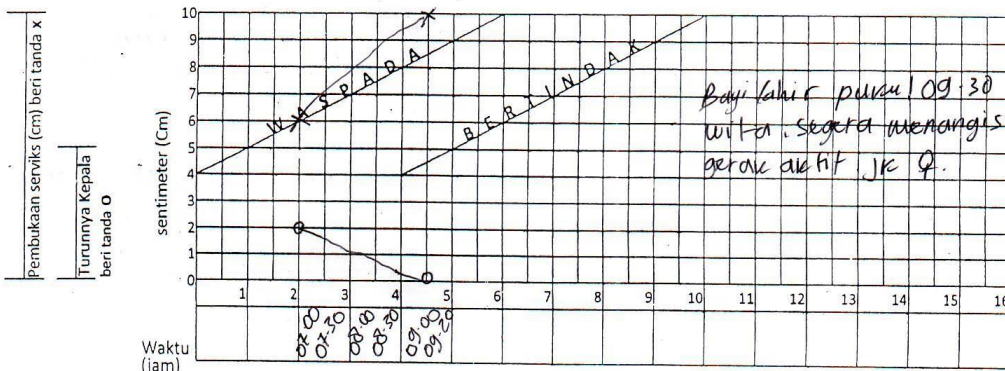
NAMA :		NO. RM :	RUANG :
UMUR :		TANGGAL :	KELAS :
TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)		PARAF & NAMA
			

### PARTOGRAF

No. Register  Nama Ibu: "NS" Umur: 34th G: 3 P: 2 A: 0  
 No. Puskesmas  Tanggal: 31-05-2019 Jam: 0700  
 Ketuban Pecah sejak jam \_\_\_\_\_ Mules sejak jam 05-00 wifa

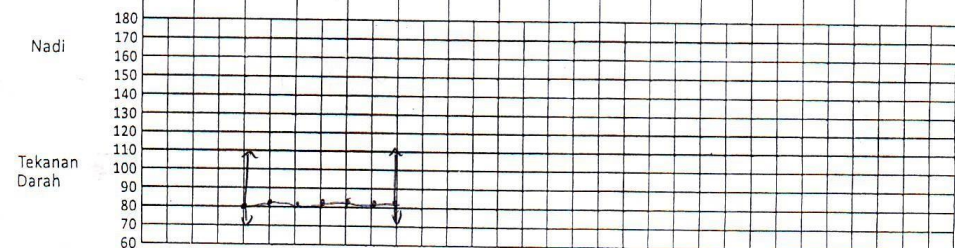


Air ketuban penyusupan	0	0
------------------------	---	---



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

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



Suhu °C	36.5	36.5
---------	------	------

Urin	Protein	
	Aseton	
	Volume	50

Hidrasi	100
---------	-----

**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal: 21-05-2019
- Nama bidan: Bidan Kik
- Tempat persalinan:
  - Rumah lgu.
  - Puskesmas
  - Polindes
  - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta
  - Lainnya: .....
- 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 / 10
- Masalah lain, sebutkan: .....
- Penatalaksanaan masalah tsb: .....
- Hasilnya: .....

**KALA II**

- Episiotomi:
  - Ya, indikasi .....
  - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
  - Suami
  - teman
  - tidak ada
  - keluarga
  - dukun
- Gawat janin:
  - Ya, tindakan yang dilakukan:
    - .....
    - .....
  - Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil: .....
- Distasia bahu
  - Ya, tindakan yang dilakukan: .....
  - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya .....

**KALA III**

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

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	09-50	110 / 70	82	36.8	2 JR ↓ pusat	Kuat	Tdk penuh	Tdk aktif
	10-05	110 / 70	82		2 JR ↓ pusat	Kuat	Tdk penuh	Tdk aktif
	10-20	110 / 70	82		2 JR ↓ pusat	Kuat	Tdk penuh	Tdk aktif
2	10-50	110 / 70	80		2 JR ↓ pusat	Kuat	Tdk penuh	Tdk aktif
	11-05	110 / 70	80	36.8	2 JR ↓ pusat	Kuat	Tdk penuh	Tdk aktif
	11-35	110 / 70	80		2 JR ↓ pusat	Kuat	Tdk penuh	Tdk aktif

- 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: *Musosa Vagina, Komisura posterior*
  - 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: 150 ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut: .....
- Hasilnya: .....

**KALA IV**

- Kondisi ibu: KU: Baik 1280 82 20
- TD: ..... mmHg Nadi: ..... x/mnt Napas: ..... x/mnt
- Masalah dan penatalaksanaan masalah .....

**BAYI BARU LAHIR:**

- Berat badan: 2.400 gram
- Panjang badan: 50 cm
- Jenis kelamin: L /  P
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
  - Normal, tindakan:
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsang taktil
    - memastikan IMD atau naturi menyusui segera
  - Asfiksia ringan/puca/biruli/lemas, tindakan:
    - mengeringkan
    - bebaskan jalan napas
    - rangsang taktil
    - menghangatkan
    - bebaskan jalan napas D 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: .....

## 60 Langkah APN+IMD

<b>I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II</b>
<p>1. Mendengar dan melihat tanda Kala Dua persalinan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran.</li> <li>• Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.</li> <li>• Perineum tampak menonjol.</li> <li>• Vulva dan sfingter ani membuka.</li> </ul>
<b>II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</b>
<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"> <li>• Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat</li> <li>• 3 handuk/ kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi)</li> <li>• Alat penghisap lendir</li> <li>• Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi</li> </ul> <p>Untuk ibu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Menggelar kain di perut bawah ibu</li> <li>• Menyiapkan oksitosin 10 unit</li> <li>• Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set</li> </ul>
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).
<b>III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN</b>
<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"> <li>• Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang.</li> <li>• Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia.</li> <li>• Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut tersebut dalam larutan klorin 0,5% : langkah #9. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.</li> </ul>
8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.



<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.</li> </ul>
<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"> <li>• Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</li> <li>• Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.</li> </ul>
<p><b>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN</b></p>
<p>11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.</li> <li>• Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.</li> </ul>
<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"> <li>• Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif</li> <li>• Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.</li> <li>• Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).</li> <li>• Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.</li> <li>• Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.</li> <li>• Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum).</li> <li>• Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai</li> <li>• Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran <math>\geq 120</math> menit (2 jam) pada primigravida atau <math>\geq 60</math> menit (1 jam) pada multigravida.</li> </ul>
<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><b>V. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b></p>
<p>15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm.</p>

16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
<b>VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>
<b>Lahirnya Kepala</b>
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu 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"> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.</li> <li>• Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.</li> </ul>
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
<b>Lahirnya Bahu</b>
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara 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.
<b>Lahirnya Badan dan Tungkai</b>
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).
<b>VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR</b>
<b>25. Lakukan penilaian selintas:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bayi cukup bulan?</li> <li>• Apakah bayi menangis kuat dan/atau bernapas tanpa kesulitan?</li> <li>• Apakah bayi bergerak dengan aktif?</li> </ul> <p>Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia. Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke-26.</p>
<b>26. Keringkan tubuh bayi</b> 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.
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli).
28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 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.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi), dan lakukan pengguntingan tali pusat di antar 2 klem tersebut.</li> <li>• 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.</li> <li>• Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.</li> </ul>
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. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.</li> <li>• Biarkan bayi melakukan kontak kulit ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.</li> <li>• Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusui untuk pertama kali akan berlangsung sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara.</li> <li>• Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.</li> </ul>
<b>VIII. MANAJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)</b>
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"> <li>• Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu /suami untuk melakukan stimulasi puting susu.</li> </ul>
<b>Mengeluarkan Plasenta</b>

<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.</p> <p>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).</p> <p>Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5–10cm dari vulva dan lahirkan plasenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat:</li> <li>• Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM.</li> <li>• Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh.</li> <li>• Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan.</li> <li>• Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya.</li> <li>• Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.</li> </ul>
<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"> <li>• Jika selaput ketuban robek, Pakai sarung tangan DTT atau steril dan melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.</li> </ul>
<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"> <li>• 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).</li> </ul>
<p><b>IX. MENILAI PERDARAHAN</b></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 kantong plastik atau tempat khusus.</p>
<p><b>X. ASUHAN PASCA PERSALINAN</b></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><b>Evaluasi</b></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>

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"> <li>• Jika bayi sulit bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit.</li> <li>• Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan.</li> <li>• Jika kaki terasa dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.</li> </ul>
<b>Kebersihan dan Keamanan</b>
48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau 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.
<b>Dokumentasi</b>
60. Lengkapi partograf (halaman depan belakang).

**FORMAT PENGKAJIAN DATA  
ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

Nama Rumah Sakit/RB/BPS : .....		Nomor RM : .....	
.....		Tanggal masuk dirawat : .....	
Dokter yang merawat : .....		Tanggal pengkajian : .....	
Bidan : .....		Jam : .....	
<b>I. DATA SUBJEKTIF</b>			
<b>A. Biodata</b>			
<b>1. Bayi</b>			
Nama	:	.....	
Umur/tgl/jam lahir	:	.....	
Jenis kelamin	:	.....	
Anak ke-	:	.....	
Status anak	:	.....	
<b>2. Orang tua</b>		<b>Ibu</b>	<b>Ayah</b>
Nama	:	.....	.....
Umur	:	.....	.....
Pendidikan	:	.....	.....
Pekerjaan	:	.....	.....
Agama	:	.....	.....
Suku bangsa	:	.....	.....
Status perkawinan	:	.....	.....
Alamat rumah	:	.....	.....
No. telp	:	.....	.....
Alamat tempat	:	.....	.....

kerja		
<p>B. Alasan dirawat :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>C. Keluhan utama :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>D. Riwayat prenatal :</p> <p>GAPAH :</p> <p>.....</p> <p>Masa gestasi :</p> <p>.....</p> <p>Riwayat ANC :</p> <p>.....</p> <p>Penerimaan Kehamilan : <input type="checkbox"/> direncanakan <input type="checkbox"/> tidak direncanakan, <input type="checkbox"/> diterima <input type="checkbox"/> tidak diterima</p> <p>Penyulit selama masa prenatal :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Konsumsi obat dan suplemen :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Imunisasi TT : <input type="checkbox"/> TT<sub>1</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT<sub>2</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT ..... tgl.....</p> <p>Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Riwayat penyakit ibu :</p>		

<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 ..... .....
<b>E. Riwayat intranatal :</b> 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 : <input type="checkbox"/> lengkap <input type="checkbox"/> tidak lengkap <input type="checkbox"/> kalsifikasi Keadaan tali pusat: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> layu <input type="checkbox"/> simpul Jenis persalinan : ..... ..... Indikasi.....
<b>F. Faktor resiko infeksi</b> Mayor : <input type="checkbox"/> suhu ibu >38° C <input type="checkbox"/> KPD >24 jam <input type="checkbox"/> ketuban hijau <input type="checkbox"/> korioamniotis <input type="checkbox"/> fetal distress  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



- gemeli
- keputihan     suhu ibu >37°C

**G. Riwayat postnatal :**

APGAR Skor :.....

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

Skor Bounding :.....

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

Kondisi

**H. Riwayat masa neonatus :**

**I. Riwayat imunisasi**

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

Komplikasi.....

tidak imunisasi,  
alasan.....

**J. Bio-psiko-sosial-spiritual**

**1. Biologis**

a. Pernafasan :  ada gangguan     tidak ada gangguan

b. Nutrisi

Jenis :.....

Frekuensi :.....

Porsi :.....

Keluhan/kendala :

.....

.....

c. Eleminasi

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

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

d. Istirahat :.....

e. Aktivitas :.....

---

2. Psikososial

Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak :

.....

.....

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

Keadaan umum :

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

.....

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

Tanda lahir :  tidak ada  ada

.....

Pengukuran :

BB..... PB..... LK..... LD.....lingkar

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 pengeluan.....  
kelainan.....

Leher :

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

Dada :

simetris       asimetris       retraksi  
 dyspneu       orthopneu     thacypneu       wheezing       ronchi

Keadaan payudara :

simetris     asimetris    puting.....  
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.....

<input type="checkbox"/> hermaprodit    lain-lain..... Anus : lubang.....kelainan..... <u>Ekstremitas :</u> Tangan : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris    jumlah jari..... Kaki : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris    jumlah jari..... kelainan..... <u>Refleks-Refleks :</u> <input type="checkbox"/> Glabela reflex <input type="checkbox"/> Rooting reflex <input type="checkbox"/> Sucking reflex <input type="checkbox"/> Swallowing refleks <input type="checkbox"/> Tonick neck reflex <input type="checkbox"/> Morro reflex <input type="checkbox"/> Graps reflex <input type="checkbox"/> Babinsky reflex
B. Skor Bounding
C. Pemeriksaan penunjang
III. ANALISA
IV. PENATALAKSANAAN

CATATAN PERKEMBANGAN

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





- b. Kala II
- c. Kala III
- d. Kala IV
- 9. Nifas sekarang
  - a. Ibu
  - b. Bayi
- 10. Riwayat Laktasi Sekarang
- 11. Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual
  - a. Biologis
    - 1) Bernafas
    - 2) Nutrisi
    - 3) Eliminasi
    - 4) Istirahat Tidur
    - 5) Aktivitas
    - 6) Personal Hygiene
    - 7) Perilaku Seksual
  - b. Psikologis
    - 1) Perasaan ibu saat ini
    - 2) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini
  - c. Sosial
    - 1) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan
  - d. Budaya
    - 1) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi
- j. Pengetahuan
- k. Perencanaan KB:
  - 1) Sudah
  - 2) Belum
  - 3) Rencana

**B. Obyektif**

- 1. Keadaan umum :
- 2. Kesadaran :

3. Keadaan emosi :
4. Tanda-tanda Vital
  - TD :
  - Nadi :
  - Pernapasan :
  - Suhu :
5. Antropometri
  - BB sekarang :
  - BB tgl :
  - TB :
6. Pemeriksaan Fisik
  - a. Kepala :
    - 1) Rambut :
    - 2) Telinga :
    - 3) Mata :
    - 4) Hidung :
    - 5) Bibir :
    - 6) Mulut dan gigi :
  - b. Leher :
  - c. Dada :
  - d. Payudara
    - 1) Bra :
    - 2) Payudara :
  - e. Abdomen
    - 1) Dinding abdomen :
    - 2) Kandung Kemih :
    - 3) Uterus :
    - 4) Diastasis recti :
    - 5) CVAT :
  - f. Anogenital
    - 1) Vulva dan Vagina :

2) Perineum :

3) Anus :

g. Ekstremitas

Atas :

Bawah :

7. Pemeriksaan Penunjang :

C. ANALISA

P....A... Partus Spontan Belakang Kepala Nifas ..... Jam

D. PENATALAKSANAAN



CATATAN PERKEMBANGAN

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

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU “....”  
 AKSEPTOR KB BARU/LAMA.....

Tempat Pelayanan	Nomor RM:	
	Tanggal diberikan pelayanan:	
	Tanggal jam 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	Tmp. penolong partus	UK saat Persalinan	Jenis persalinan	Kondisi saat bersalin	Keadaan anak			Keadaan sekarang
						BB	PB	JK	

**7. Riwayat Laktasi**

a. Pengalaman menyusui :  ada     tidak

b. Anak ke : .....

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

d. Lama menyusui	:	.....
e. Kendala	:	.....
<b>8. Riwayat KB</b>		
a. Jenis KB yang sedang/pernah digunakan	:	<input type="checkbox"/> PIL <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Suntik
b. Lama	:	.....
c. Keluhan/efek samping	:	.....
d. Kapan berhenti	:	.....
e. Alasan berhenti	:	.....
f. Mulai penggunaan KB	:	.....
<b>9. Riwayat Ginekologi</b>		
<input type="checkbox"/> Infertil	<input type="checkbox"/> Kanker Kandungan:	<input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> serviks
<input type="checkbox"/> Cervicitis Kronis	<input type="checkbox"/> corpus uteri	<input type="checkbox"/> tuba fallopi
<input type="checkbox"/> Endometriosis	<input type="checkbox"/> ovarium	
<input type="checkbox"/> Myoma	<input type="checkbox"/> Tumor kandungan:	<input type="checkbox"/> vulva <input type="checkbox"/> vagina
<input type="checkbox"/> cerviks	<input type="checkbox"/> Perkosaan	<input type="checkbox"/> corpus uteri <input type="checkbox"/> ovarium
<input type="checkbox"/> Polip Cervik	Jenis: <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/> ganas	
<input type="checkbox"/> Operasi Kandungan :	<input type="checkbox"/> uterus <input type="checkbox"/> tuba fallopi <input type="checkbox"/> ovarium <input type="checkbox"/> serviks <input type="checkbox"/> vagina	
Kapan	:	.....
<b>10. Riwayat Penyakit Ibu</b>		
<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> PMS	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC
<b>11. Riwayat Penyakit Keluarga</b>		
<input type="checkbox"/> DM	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi
<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> PMS	<input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC

## 12. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

### a. Biologis

1. Bernafas:  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 :  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

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

TANGGAL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

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

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

Pada hari ini Kamis Tanggal Empat Bulan April

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

Nama Mahasiswa : Ni made Charisma Dewiyanti  
NIM : 1606091075  
Pembimbing I : Luh NIK Armini, S.ST., M.Keb  
Pembimbing II : Ria Tri Harini, S.ST., M.Pd  
Judul Proposal : .....




Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Latar belakang di singkat, sebab Abibat di kembalikan
2. Penulisan sumber di cantumkan id latar belakang
3. Dampak yang belum di kembalikan pada daftar pustaka
4. Penulisan keakatan diganti dengan faktor risiko.
5. Pemilihan tempat penelitian disesuaikan dengan kondisi
6. Penulisan sumber dan daftar pustaka.
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

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

Singaraja, 4-4-2019

Dewan Penguji:

1. Luh NIK Armini, S.ST., M.Keb 1. 
2. Ria Tri Harini Dewi Ariyanti, S.ST., M.Pd 2. 
3. Ni Wayan Dewi Tarini, S.kep. Ns. M.Keb 3. 
4. .... 4. ....



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

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

**LEMBAR KONSUL PROPOSAL**

Nama Mahasisiwa : Ni Made Charisma Dwilayanti  
NIM : 1606091075  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan

Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 25 Januari 2019	BAB 1 - 3	- Perbaikan latar belakang dan Manfaat (BAB 1) - Perbaikan BAB 2 - Perbaikan BAB 3	<i>Ar</i>
Rabu, 30 Januari 2019	BAB 1 - 3	- Perbaikan latar belakang (BAB 1) - Perbaikan BAB 2 - Perbaikan BAB 3	<i>Ar</i>
Senin, 25 Februari 2019	BAB 1 - 3	- Perbaikan latar belakang (BAB 1) - Perbaikan BAB 3	<i>Ar</i>
Kamis, 21 Maret 2019	BAB 1 - 3	ACC	<i>Ar</i>

Singaraja, 21 Maret 2019

Pembimbing I

*Ar*

**Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb**  
NIP. 19830716 200604 2 009





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

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

**LEMBAR KONSUL PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Ni Made Charisma Dwilayanti  
NIM : 1606091075  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan

Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 15 Januari 2019	BAB 1,-3	Perbaiki tata tulis	
Rabu, 30 Januari 2019	BAB 1 - 3	Perbaiki tata tulis	
Senin, 4 Maret 2019	BAB 1 - 3	Perbaiki tata tulis	
Senin, 11 Maret 2019	BAB 1 - 3	ACC	

Singaraja, 21 Maret 2019  
Pembimbing II

**Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST.,M.Pd**  
**NIP.19680225199103 2 011**




LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI  
PROPOSAL TUGAS AKHIR

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


NAMA : NI MADE CHARISMA DWILAYANTI  
NIM : 1606091075

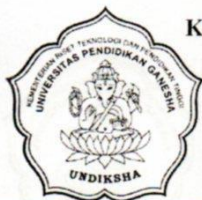
Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir Program  
Studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha  
Pada Tanggal 04 April 2019

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1.	Luh Nik Armuni, S.ST.,M.Keb	19830716 200604 2 009	
2.	Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST.,M.Pd	19680225 199103 2 011	
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 Suidiana, 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](http://www.undiksha.ac.id)

**LEMBAR KONSUL PROPOSAL**

Nama Mahasiswa : Ni Made Charisma Dwilayanti  
NIM : 1606091075  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "NS" Di PMB "KK" Di Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I Tahun 2019

Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 02 Juli 2019	BAB 4-5	- Perbaikan pada tinjauan kasus ibu dan bayi - Perbaikan pada pembahasan ibu dan bayi - Perbaikan tata tulis sesuaikan pedoman LTA	
Rabu, 10 Juli 2019	BAB 1-5	- Perbaikan latar belakang (BAB 1) - Perbaikan pada tinjauan kasus ibu dan bayi - Perbaikan pada pembahasan ibu dan bayi	
Jumat, 09 Agustus 2019	BAB 1-5	- Perbaikan tata tulis daftar isi sesuaikan dengan pedoman LTA - Perbaikan pembahasan tinjauan kasus ibu	
Senin, 12 Agustus 2019	BAB 1-5	ACC	

Singaraja, 12 Agustus 2019  
Pembimbing I

**Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb**  
NIP. 19830716 200604 2 009



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

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

**LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Mahasisiwa : Ni Made Charisma Dwilayanti  
NIM : 1606091075  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "NS" Di PMB "KK" Di Wilayah Kerja Puskesmas Seririt I Tahun 2019

Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 05 Agustus 2019	BAB 4-5	- Perbaiki tata tulis sesuai dengan pedoman LTA yang diberikan - Perbaiki data subyektif, obyektif dan catatan perkembangan	
Rabu, 07 Agustus 2019	BAB 4-5	- Perbaiki pada pembahasan	
Kamis, 08 Agustus 2019	- Cover luar - Cover dalam - Daftar isi - Daftar singkatan - BAB 1 - BAB 2 - BAB 3 - BAB 4 - BAB 5 - Daftar pustaka - Lampiran	ACC	

Singaraja, 08 Agustus 2019  
Pembimbing II

**Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST.,M.Pd**  
**NIP.19680225199103 2 011**

BUKU KIA

Nomor Registrasi Ibu .....  
 Nomor Urut di Kohort Ibu .....  
 Tanggal menerima buku KIA .....  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: Madek Kusnataji A. Mardiana  
 081 936 449 482

**IDENTITAS KELUARGA**

Nama Ibu : Nyoman Sugriani  
 Tempat/Tgl. Lahir : 20 Tabua  
 Kehamilan ke : 3 Anak terakhir umur : 3 tahun  
 Agama : Hindu  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Golongan Darah : .....  
 Pekerjaan : IRT  
 No. JKN : .....

Nama Suami : Budi Sudadnyana  
 Tempat/Tgl. Lahir : .....  
 Agama : Hindu  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Golongan Darah : .....  
 Pekerjaan : Kontraktor

Alamat Rumah : Lotapaksa  
 Kecamatan : Berastu  
 Kabupaten/Kota : Bekalong  
 No. Telp. yang bisa dihubungi : 081 236 910 949

Nama Anak : ..... L/P\*  
 Tempat/Tgl. Lahir : .....  
 Anak Ke : ..... dari ..... anak  
 No. Akte Kelahiran : .....

\*Lingkari yang sesuai

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**  
 Diisi oleh petugas kesehatan

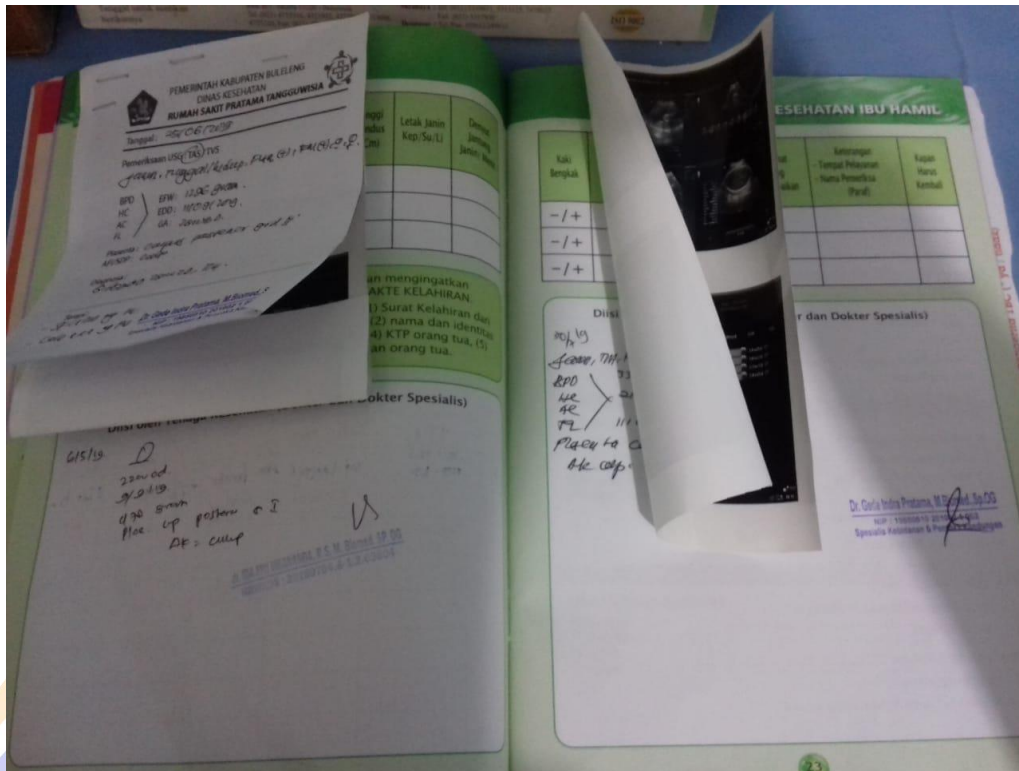
Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal : 29-8-2018  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 6-8-2019  
 Lingkar Lengan Atas : ..... cm, KEK ( ) Non KEK ( ) Tinggi Badan : ..... cm  
 Golongan Darah : .....  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini : sunat s. baliu  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu : ta  
 Riwayat Alergi : ta

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Sa/Li	Denyut Jantung Janin/Meati
	tak	110/80	56	5-6mg	18	Belum kraba	
17/10	tak	120/80	60	7-8 mg	20	Belum kraba	
17/10	tak	120/80	60	11-16mg	24	Terbentang	
17/10	tak	110/80	60	21-22mg	28	Belum kraba	
10/11	tak	110/80	60	21-22mg	30	Belum kraba	
22/11	tak	110/80	60	29-30mg	34	Belum kraba	
25/11	tak	110/80	60	34-35mg	38	Belum kraba	

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**  
 Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 3 Jumlah persalinan 2 Jumlah keguguran 0 G. 3. P. 2. A. 2.  
 Jumlah anak hidup 2 Jumlah lahir mati .....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan ..... anak  
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir 3 th  
 Status imunisasi TT terakhir 1 B. (bulan/tahun)  
 Penolong persalinan terakhir bidan  
 Cara persalinan terakhir Spontan/Normal ( ) Tindakan

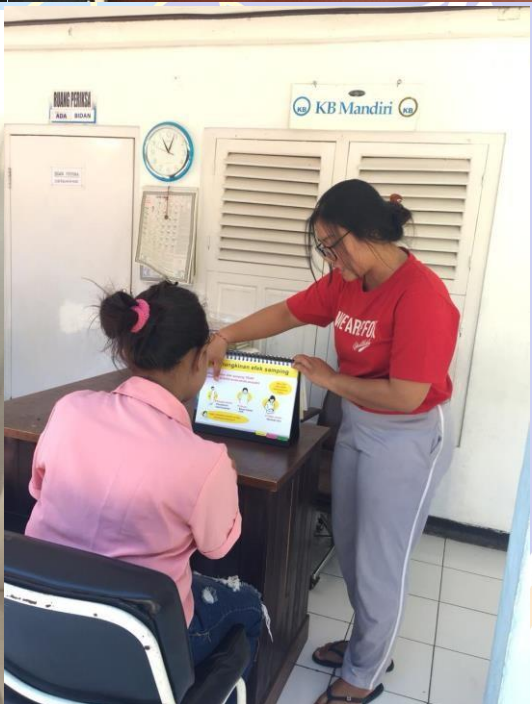
Kali Berkunjung	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemeriksaan TT, Fe, Hb, rujuk, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
0/1+		H/U normal F	Saran USG	Krisna	Mula-mula
0/1+		H/U normal F		Krisna	Mula-mula
0/1+		H/U normal Gali		Krisna	Mula-mula
0/1+		H/U normal Gali	Saran ke Puskesmas PPIB	Krisna	Mula-mula
0/1+		H/U normal Gali		Krisna	Mula-mula
0/1+		H/U normal F Gali		Krisna	Mula-mula
0/1+		H/U normal F Gali	Kte Persiapan persalinan	Krisna	Mula-mula
-/1+					
-/1+					
-/1+					
-/1+					



ANC



NEONATUS dan KB









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: Rabu tanggal 21 Agustus 2019 jam 09.00 s/d 10.00 Wita,  
 bertempat di Ruang Lab 2, Prodi D3 Kbidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan  
 Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir  
 yang diajukan oleh:

Nama : Ni Mule Chariswara Dwi Layanti  
 NIM : 1606091075  
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan  
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan  
 Judul TA : Acuan Kehidupan Komprehensif pada  
perempuan "NS" Di PMB "KK" Di Wilayah  
Kerja Puskesmas serini F I Tahun 2019  
 Pembimbing I : Luh Nik Armini S.ST., M.Keb  
 Pembimbing II : Ris Tri Harini Dwi Rusiawati S.ST., M.Pd

dengan hasil: ujian lulus tanpa revisi / ujian lulus dengan revisi / ujian diulang\*  
 selama ..... bulan terhitung dari tanggal ..... sampai  
 dengan .....

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb</u>		
2.	<u>Ris Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST., M.Pd</u>		
3.	<u>Ni Wayan Dwi Terini, S. Kes, M.Kes</u>		

Mengetahui  
 Ketua Jurusan

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

Singaraja, 19-8-2019

Ketua Penilai

Luh Nik Armini S.ST., M.Kes.  
 NIP. 19830716200609...2009