

Rencana Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Tahun 2018-2019																											
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli							
		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	x																											
1	Konsultasi Masalah		x	x																									
2	Konsultasi Judul		x	x																									
3	Konsultasi Proposal	x	x	x	x																								
4	Pengetikan Proposal	x	x	x	x																								
5	Persiapan Ujian Proposal				x																								
6	Ujian Proposal				X	x																							
II	Pelaksanaan																												
1	Pengurusan Ijin																												
2	Pengumpulan Data																												
3	Analisa Data																												
4	Penatalaksanaan Asuhan																												



Bidan Delima  
PELAYANAN BERKUALITAS

## PRAKTIK MANDIRI BIDAN

Putu Putrini, A.Md.Keb

Banyuning Tengah, Kecamatan Buleleng, Kabupaten Buleleng

### SURAT KETERANGAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Putu Putrini, A.Md.Keb  
NIP : 197410112000122006  
Alamat : Banyuning Tengah, Kecamatan Buleleng, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan:

Nama : Ni Wayan Sophie Santika Putri  
NIM : 1706091034

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Putu Putrini, A.Md.Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komperhensif Pada Perempuan "PD" di PMB "PP" Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng III Tahun 2020".

Singaraja Mei 2020

Mengetahui

Bidan Praktik Mandiri,



Putu Putrini, A.Md.Keb  
NIP. 197410112000122006

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada :

Calon Responden

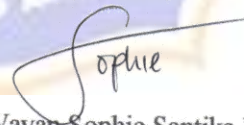
Di PMB Putu Putrini,A.Md.Keb di  
Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng  
III

Dengan hormat,

Saya, Ni Wayan Sophie Santika Putri, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan “PD” di PMB Putu Putrini,A.Md.Keb di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng III”, 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 Wayan Sophie Santika Putri)

NIM. 1706091034

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

*(Informed Consent)*

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Ni Luh Made Purnama Dewi

Umur : 32 Tahun

Alamat : Jl. Setiabudi Ketewel, Penarukan, Buleleng

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

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, 13 Mei 2020



Responden

(Ni Luh Made Purnama Dewi)

**FORMAT PENGKAJIAN**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS**

**I. DATA SUBYEKTIF ( Tgl.....jam.....)**

- |   |     |       |
|---|-----|-------|
| 1. Identitas  | Ibu | Suami |
| Nama  | :   |       |
| Umur  | :   |       |
| Agama   | :   |       |
| Suku bangsa   | :   |       |
| Pendidikan  | :   |       |
| Pekerjaan   | :   |       |
| Alamat rumah  | :   |       |
| No.Telepon/HP                                       | :   |       |
| 2. Alasan Datang dan 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
    - a) Bernafas
    - b) Nutrisi
    - c) Eliminasi
    - d) Istirahat Tidur
    - e) Aktivitas
    - f) Personal Hygiene
    - g) Perilaku Seksual
  - b. Psikologis
    - a) Perasaan ibu saat ini
    - b) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini
  - c. Sosial
    - a) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan
    - b) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi
  - d. Spiritual
- 12. Pengetahuan
- 13. Perencanaan KB:
  - a. Sudah
  - b. Belum
  - c. Rencana

## II. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
  - Keadaan umum :
  - Kesadaran :
  - Keadaan emosi :
2. Tanda-tanda Vital
  - TD :
  - Nadi :
  - Pernapasan :
  - Suhu :
3. Antropometri
  - BB sekarang :
  - BB sebelumnya :
  - TB :
4. Pemeriksaan Fisik
  - a. Kepala :
  - a) Rambut :
  - b) Telinga :
  - c) Mata :

- d) Hidung :
- e) Bibir :
- f) Mulut dan gigi:
- b. Leher :
- c. Dada :
- d. Payudara
  - a) Bra :
  - b) Payudara :
- e. Abdomen
  - a) Dinding abdomen :
  - b) Kandung Kemih :
  - c) Uterus :
  - d) Diastasis recti :
  - e) CVAT :
- f. Anogenital
  - a) Vulva dan Vagina :
  - b) Perineum :
  - c) Anus :
- g. Ekstremitas
  - a) Atas :
  - b) Bawah :
- 5. Pemeriksaan Penunjang :

### III. ANALISA

P....A... Partus Spontan Belakang Kepala/SC/Vacum Ekstraksi/Forceps Nifas  
.... Jam/Hari/Minggu

Masalah:

### IV. PENATALAKSANAAN

**FORMAT PENGKAJIAN**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR**

**I. DATA SUBYEKTIF (hari....., tanggal....., pukul.....)**

1. Identitas

a. Bayi

Nama :

Umur/tgl/jam lahir :

Jenis kelamin :

Anak ke- :

Status anak :

b. Orang Tua

Nama : Ibu Ayah

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Suku bangsa :

Status perkawinan :

Alamat rumah :

No. Telepon :

Alamat tempat kerja :

2. Alasan Dirawat dan Keluhan Utama .....

.....

3. Riwayat Prenatal

GPA:.....

Masa gestasi:.....



Penerimaan kehamilan:

- a. Direncanakan dan diterima
- b. Tidak direncanakan tapi diterima
- c. Tidak direncanakan dan tidak diterima

Riwayat ANC:.....  
.....  
.....

Penyulit selama prenatal:.....  
.....

Riwayat imunisasi prenatal: Imunisasi TT

- TT<sub>1</sub> tgl.....  TT<sub>2</sub> tgl.....
- TT..... tgl.....

Perilaku atau kebiasaan yang buruk selama prenatal:.....  
.....  
.....

Riwayat penyakit ibu:

- DM,  hepatitis B  B24  asthma  Hipertensi  PMS  jantung
- TBC  alergi  lain-lain.....

4. Riwayat Intranatal

Tempat kelahiran....., penolong .....,  
tanggal.....

Kala I: lama.....jam, penyulit.....  
tindakan.....

Kala II: lama.....jam/menit, penyulit.....  
tindakan.....

5. Faktor Resiko Infeksi

a. Mayor

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

b. Minor

- KPD >12 jam  asfiksia  BBLR  ISK  UK <37 minggu
- gemeli  keputihan  suhu ibu >37°C

**II. DATA OBJEKTIF (hari....., tanggal....., pukul.....)**

Bayi lahir jam:....., jenis kelamin.....

Keadaan saat lahir: tangis....., gerak.....,  
warna kulit.....

Data lain.....

**III. ANALISA**

Neonatus.....Bulan Lahir..... Segera

Setelah Lahir dengan Vigerous Baby/.....

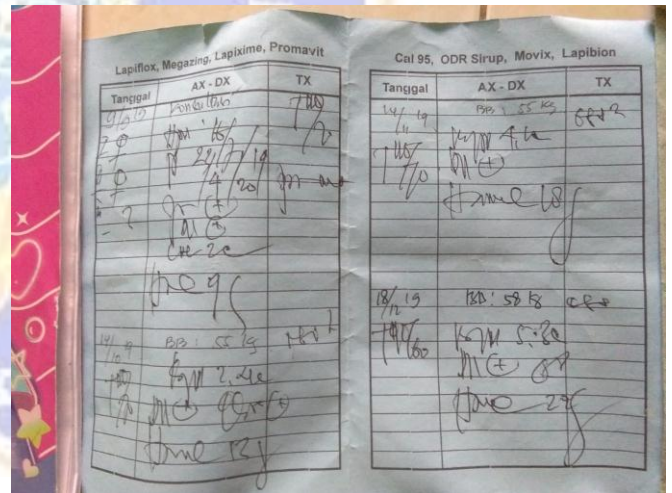
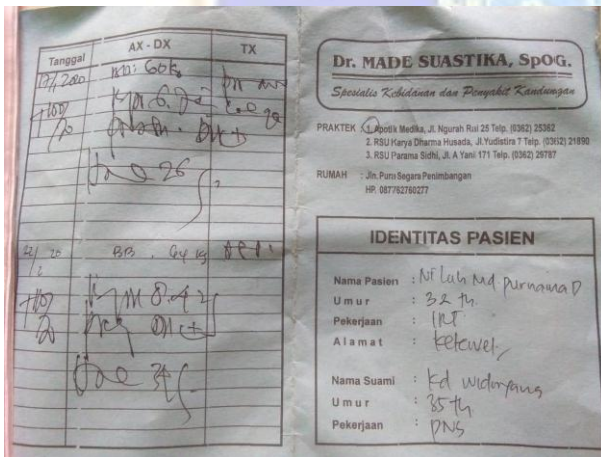
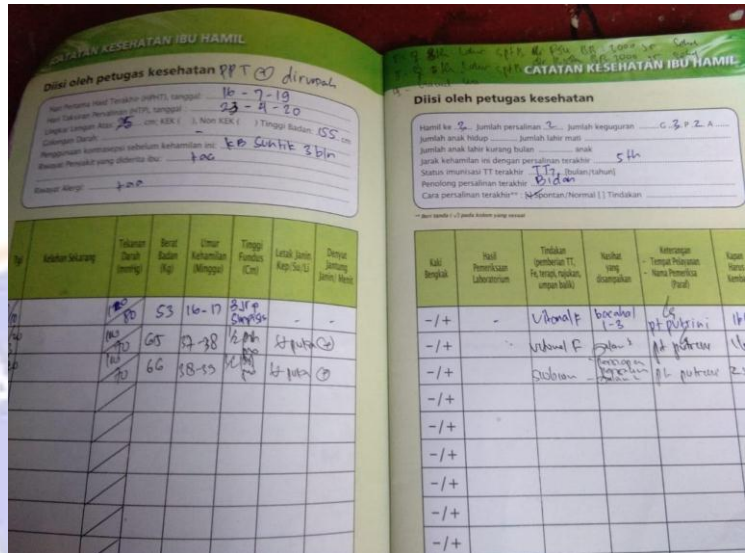
Masalah:.....

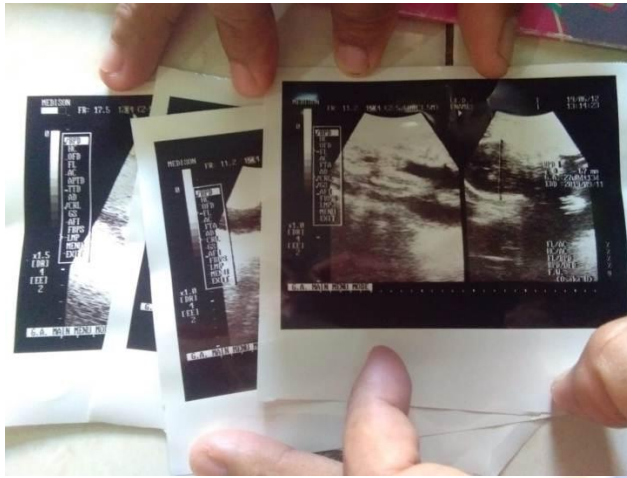
**IV. PENATALAKSANAAN(hari....., tanggal....., pukul.....)**



Lampiran 7

Dokumentasi buku KIA





**CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR**  
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl:	Tgl: 22/09/20	Tgl: 20/10/20
Berat badan (gram)		3200	4200
Panjang badan (cm)		51	52
Suhu (°C)		36,5°C	36,5°
Frekuensi nafas (x/menit)			
Frekuensi denyut jantung (x/menit)		140	140
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri		✓	✓
Memeriksa status		✓	✓
Memeriksa diare		✓	✓
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum		✓	✓
Memeriksa status Vit K1		✓	✓
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1		✓	✓
Bayi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)		+	-
• SHK Ya / Tidak		-	-
• Hasil tes SHK (-) / (+)		-	-
• Konfirmasi hasil SHK		-	-
Tindakan terapi/rujukan/umpan balik		-	-
Nama pemeriksa		-	-

*Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)*

**CATATAN IMUNISASI ANAK**

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi										
HB-0 (0-7 hari)	21/09/20										
BCG	10/05/20										
*Polio	24/09/20										
*DPT-HB-Hib 1											
*Polio 2											
*DPT-HB-Hib 2											
Polio 3											
*DPT-HB-Hib 3											
*Polio 4											
*IPV											
Campak											

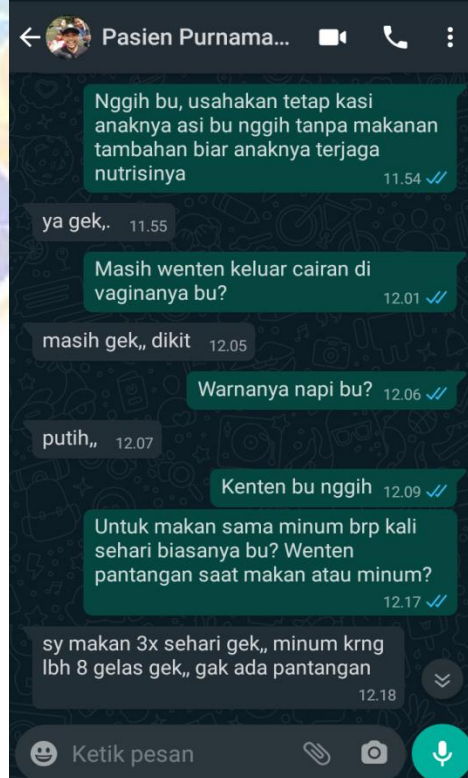
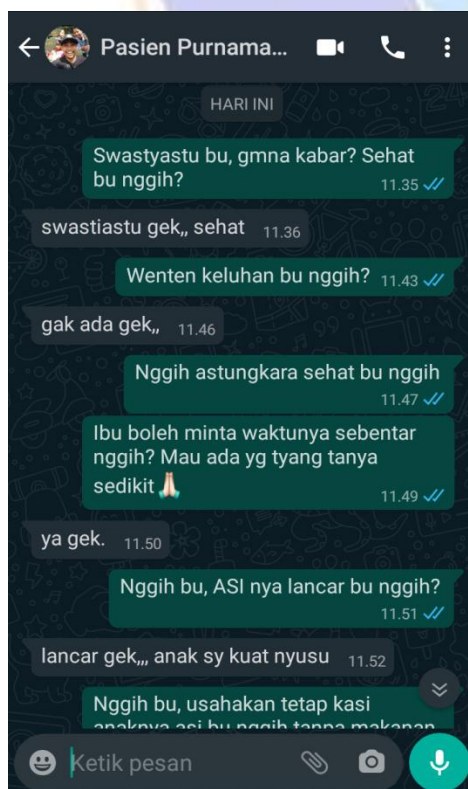
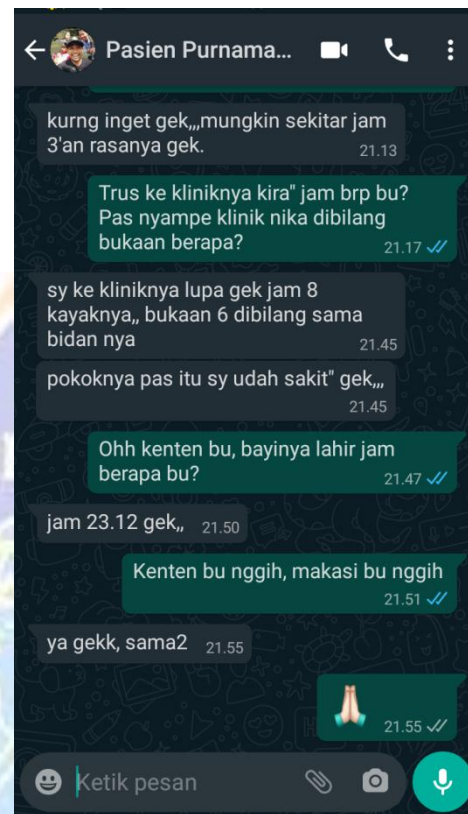
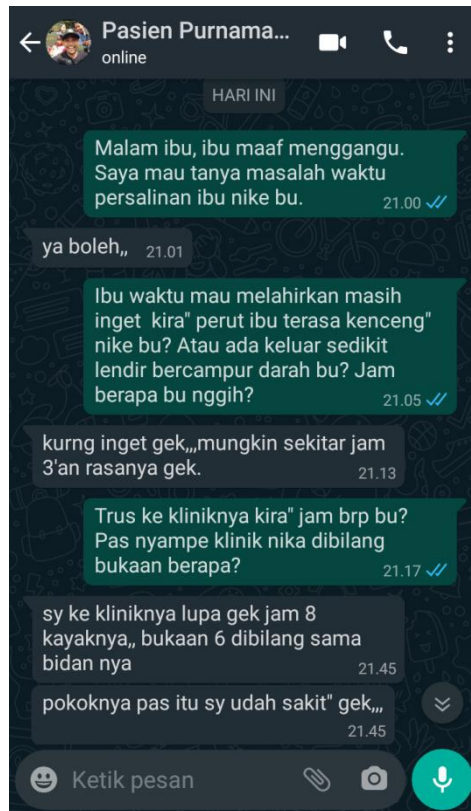
UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin		
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

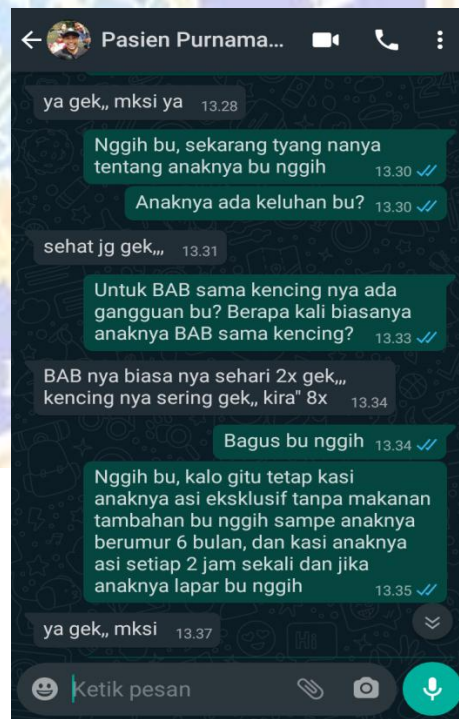
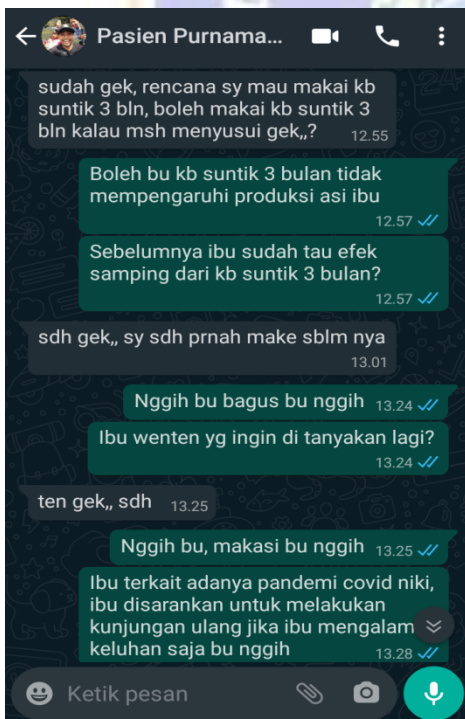
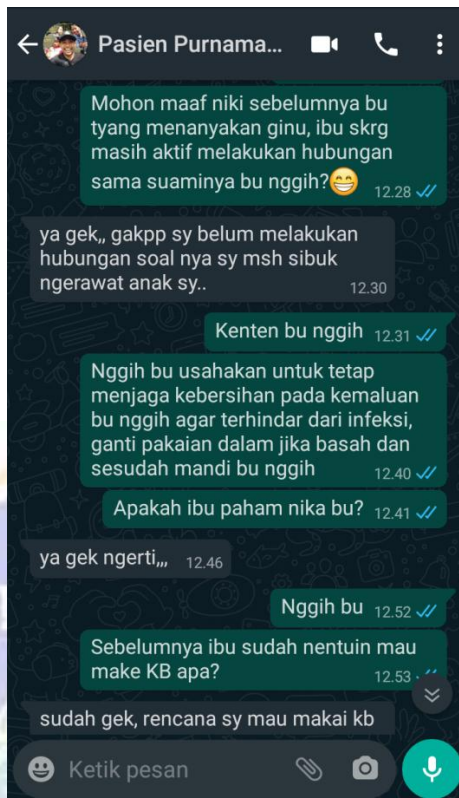
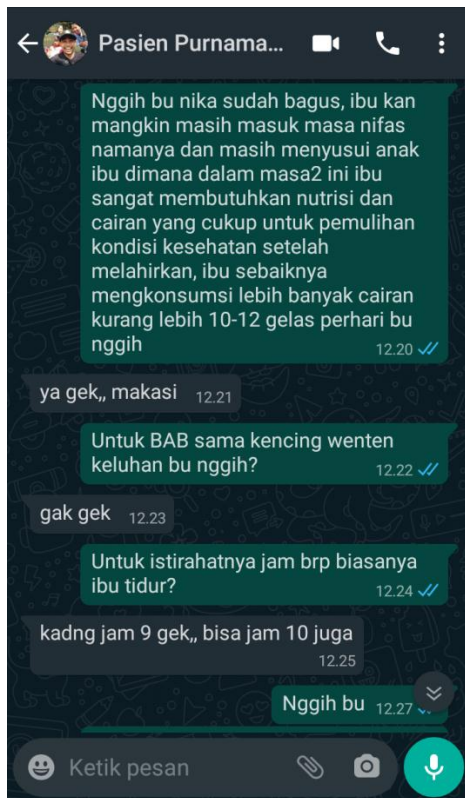
Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap  
 Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi  
 Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang sesuai  
 Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi

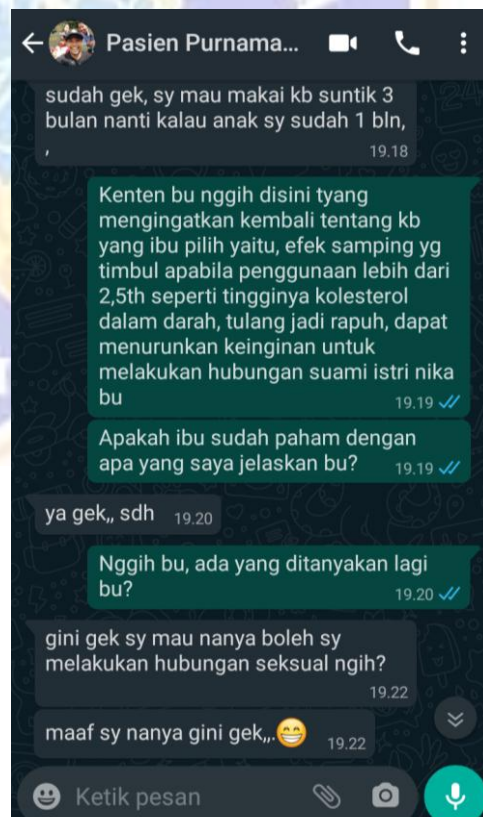
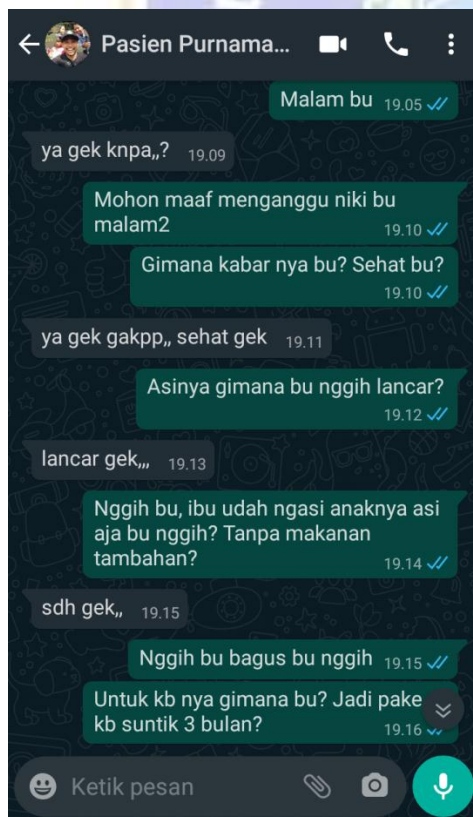
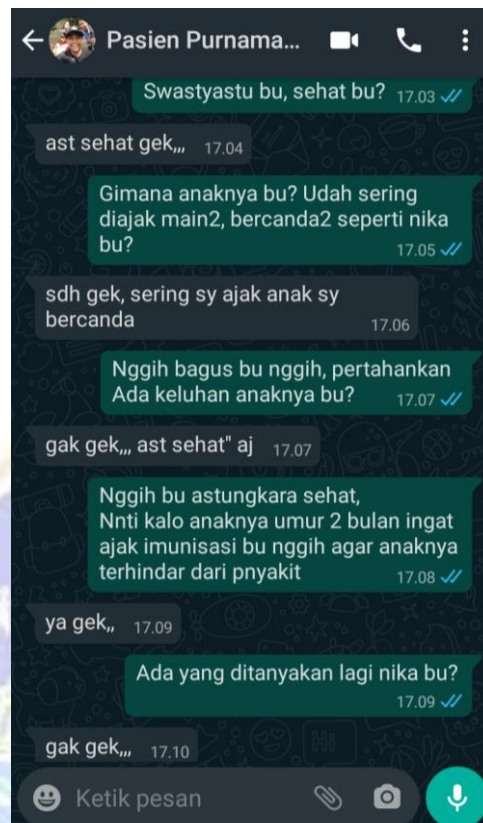
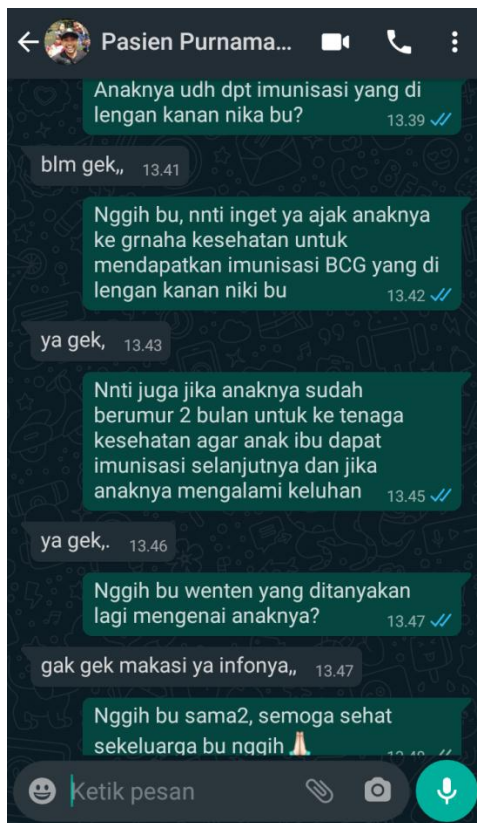
**CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS**  
(Diisi oleh dokter/bidan)

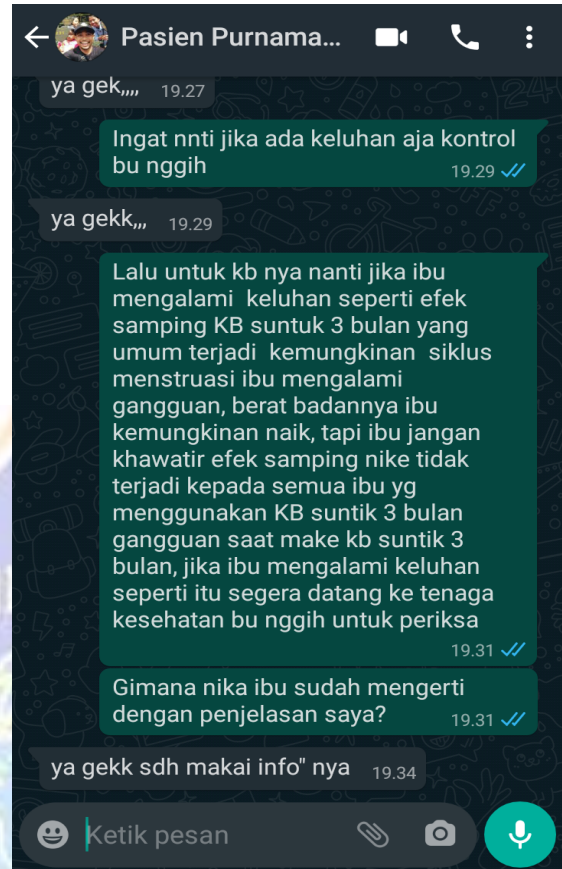
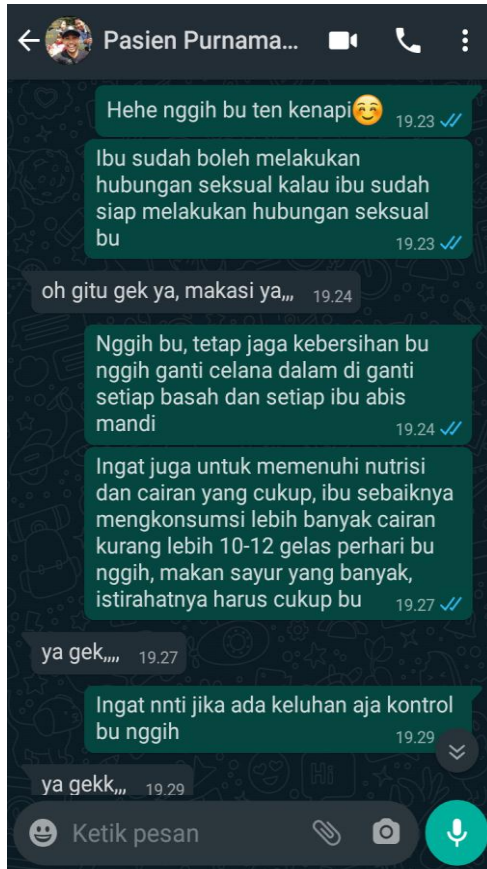
JENIS PELAYANAN DAN PEMERIKSAAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari)
	Tgl: 22/09/20	Tgl: 27/09/20	Tgl: 20/10/20
Kondisi ibu secara umum	baik	baik	baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	ru/ta, 36°C, sedikit	ru/ta, 36,5°C, sedikit	ru/ta, 36,5°C, sedikit
Pendarahan pervaginam			
Kondisi payudara	baik ada	baik ada	baik ada
Tanda infeksi	baik	baik	baik
Kontraksi uteri	baik	baik	baik
Tinggi Fundus Uteri	ru/ta, 3/4	ru/ta, 3/4	ru/ta, 3/4
Laktasi	baik	baik	baik
Pemeriksaan jalan lahir	baik	baik	baik
Pemeriksaan payudara	baik	baik	baik
Produksi ASI	sedikit	banyak	banyak
Pemberian Cairan Vit K1	ya		
Pelaksanaan kontrasepsi pascapersalinan			
Penggunaan media tegang dan kompleksasi pada nifas			
Buang Air Besar (BAB)	ya	ya	ya
Buang Air Kecil (BAK)	ya	ya	ya
Memberi nasihat yaitu:			
Makan makanan yang bernutrisi ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan	ya	ya	ya
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 1,4 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 1,2 gelas sehari	ya	ya	ya
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	ya	ya	ya
Penyakit cukup, saat saat tidur ibu istirahat	ya	ya	ya
Bayi yang melahirkan dengan cara operasi Caesar atau lahir dengan kebutuhan jika sesuai kondisi			
Cara imunisasi yang benar dan hanya memberi ASI saja saat menyusui selama 6 bulan	ya	ya	ya
Pemeriksaan bayi yang benar	ya	ya	ya
Jangan membaratkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress	ya	ya	ya
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin beresitas suami dan keluarga	ya	ya	ya
Usahakan berkolaborasi kepada tenaga kesehatan untuk penanganan jika pernah persalinan	ya	ya	ya

DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADA PR "PD"













**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 KONSULTASI TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Ni Wayan Sophie Santika Putri  
NIM : 1706091034  
Angkatan : XVII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "PD"  
Di PMB "PP" Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng III

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 10 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sampul depan</li> <li>- Daftar isi</li> <li>- Daftar tabel</li> <li>- Daftar lampiran</li> <li>- Daftar singkatan</li> <li>- BAB 1- BAB 3</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaikan sampul depan</li> <li>- Daftar isi</li> <li>- Daftar tabel</li> <li>- BAB 1</li> <li>- BAB 2</li> <li>- BAB 3</li> </ul>	
Senin, 13 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daftar isi</li> <li>- Daftar tabel</li> <li>- Daftar lampiran</li> <li>- Daftar singkatan</li> <li>- BAB 1- BAB 4</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daftar isi</li> <li>- Daftar tabel</li> <li>- Daftar lampiran</li> <li>- Daftar singkatan</li> <li>- BAB 1 – BAB 4</li> </ul>	
Selasa, 14 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- BAB 1</li> <li>- BAB 4 – BAB 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaikan latar belakang</li> <li>- Perbaikan Pembahasan</li> <li>- Perbaikan simpulan</li> </ul>	
Rabu, 15 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sampul Depan</li> <li>- Persetujuan</li> <li>- Kata Pengantar</li> <li>- Daftar Isi</li> <li>- Daftar Tabel</li> <li>- Daftar Lampiran</li> <li>- Daftar Singkatan</li> <li>- BAB 1- BAB 5</li> <li>- Daftar Pustaka</li> <li>- Lampiran</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Daftar isi</li> <li>- Daftar tabel</li> <li>- Daftar lampiran</li> <li>- Daftar singkatan</li> <li>- BAB 1 – BAB 5</li> </ul>	

Kamis, 16 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sampul Depan</li> <li>- Persetujuan</li> <li>- Kata Pengantar</li> <li>- Daftar Isi</li> <li>- Daftar Tabel</li> <li>- Daftar Lampiran</li> <li>- Daftar Singkatan</li> <li>- BAB 1- BAB 5</li> <li>- Daftar Pustaka</li> <li>- Lampiran</li> </ul>	ACC	
---------------------	--	-----	---

Singaraja, Juli 2019  
Pembimbing I



(Ni Komang Sulyastini, S.ST, M.Pd)  
NIP : 19790802 200604 2 008





**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 KONSULTASI TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Ni WAYAN Sophie Santika Putri  
NIM : 1706091034  
Angkatan : XVII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "PD"  
Di PMB "PP" Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng III

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Minggu, 12 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sampul Depan</li> <li>- Daftar Isi</li> <li>- Daftar Tabel</li> <li>- Daftar Lampiran</li> <li>- Daftar Singkatan</li> <li>- BAB 1- BAB 5</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perbaikan Tata Tulis</li> <li>- BAB 2</li> <li>- BAB 4</li> </ul>	
Senin, 13 Juli 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sampul Depan</li> <li>- Lembar Persetujuan</li> <li>- Kata Pengantar</li> <li>- Daftar Isi</li> <li>- Daftar Tabel</li> <li>- Daftar Lampiran</li> <li>- Daftar Singkatan</li> <li>- BAB 1- BAB 5</li> <li>- Daftar Pustaka</li> <li>- Lampiran</li> </ul>	ACC	

Singaraja, Juli 2020

Pembimbing II

(Ketut Wijana, S.ST., M.Pd)

NIP : 196312311987031260