

Rencana Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Bulan																											
		Jan '20				Feb '20				Mar '20				Apr '20				Mei '20				Jun '20				Jul'20			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
I	Perencanaan																												
1	Konsultasi masalah dan judul			x	x																								
2	Konsultasi proposal					x	x	X	x	x																			
3	Persiapan ujian									x	x																		
4	Ujian proposal									x	x	x																	
II	Pelaksanaan																												
1	Pengurusan izin																												
2	Pengumpulan data													x	x	x	x	x											
3	Analisa data													x	x	x	x												
4	Penatalaksanaan													x	x	x	x	x											
III	Pelaporan																												
1	Penyusunan laporan																	x	x	x	x	x	x	X	x				
2	Pengetikan laporan																	x	x	x	x	x	x	X	x				
3	Konsultasi laporan																				x	x	X	x	X				
4	Penyebaran Studi Kasus																											x	
5	Ujian Studi Kasus																											x	X

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden

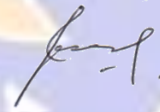
Di PMB "WK" Wilayah Kerja
Puskesmas Mendoyo I

Dengan hormat,

Saya, Ni Kadek Yeni Karlina, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada perempuan "KY" di PMB "WK" di Wilayah Kerja Puskesmas Mendoyo 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 Kadek Yeni Karlina)

NIM. 1706091003

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Komang Yuliani

Umur : 34 tahun

Alamat : Dusun Bilukpoh Kangin, Desa Tegalcangkring

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 “KY” di PMB “WK” Wilayah Kerja Puskesmas Mendoyo 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, Mei 2020

METERAI
TEMPEL
TOL 20
80200AHF534131789
6000
ENAM RIBU RUPIAH
Responden

(Komang Yuliani)

FORMAT PENGKAJIAN IBU HAMIL
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

.....

.....

Tempat pelayanan:	Nomor RM :							
	Tanggal diberikan pelayanan :							
	Tanggal/jam pengkajian :							
Dokter yang merawat:	Cara Masuk							
Bidan :	<input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi Rujukan..... <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin							
A. Data Subyektif								
1. Identitas	Ibu			Suami				
Nama	.....			.....
Umur	.....			.....
Suku Bangsa	.....			.....
Agama	.....			.....
Pendidikan	.....			.....
Pekerjaan	.....			.....
Alamat Rumah	.....			.....
No telepon	.....			.....
Alamat Kerja	.....			.....
No Telepon	.....			.....
2. Alasan Memeriksa Diri :								
3. Keluhan Utama :								
4. Riwayat Menstruasi								
Umur Menarche :				Siklus haid:				
Jumlah darah :				Lama haid: 4 hari				
HPHT :				TP :				
Keluhan saat haid :								
<input type="checkbox"/> Disminorhea <input type="checkbox"/> Spoting <input type="checkbox"/> Menoragia <input type="checkbox"/> Metrorrhagia <input type="checkbox"/> Premenstrual Syndrome								
5. Riwayat Perkawinan : <input type="checkbox"/> kawin tidak <input type="checkbox"/> kawin sah tidak sah <input type="checkbox"/> 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 muntah berlebihan perdarahan lain-lain: mual-mual saat hamil muda
 TW II/ III pusing sakit kepala perdarahan keluar air pervaginam
 pandangan kabur lain-lain.....
 Merasakan gerakan janin : belum sudah sejakminggu/bulan yang lalu
 Saat ini.....
 Obat dan suplemen yang pernah diminum :
 Perilaku yang membahayakan kehamilan :
 Merokok pasif/aktif minum jamu minum-minuman keras kontak dengan
 binatang narkoba diurut dukun
 Riwayat pemeriksaan penunjang :

8. Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh Ibu/ Riwayat Operasi
 Kardiovaskuler Hipertensi Asma Epilepsi Kapan.....
 TORCH TBC DM PM Kapas.....
 Operasi Jenis..... Kapan.....

9. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, Ibu, Adik, Paman, Bibi) yang Pernah Menderita Sakit :
 Keturunan :
 Kanker Asthma Hipertensi DM Penyakit Jiwa Kelainan Bawaan
 Hamil Kembar Epilepsi Alergi.....
 Menular :
 Penyakit hati/ Hepatitis BC PMS/HIV/AIDS
 Lain-lain.....

10. Riwayat Gynekologi
 Infertilitas Cervicitis cronis Endometriosis Myoma Polip Servik
 Kanker Kandungan Operasi Kandungan Perkosaan

11. Riwayat & Rencana Penggunaan Kontrasepsi :
 Metode kontrasepsi yang pernah dipakai: Lama:
 Efek samping/ komplikasi kontrasepsi :
 Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan :
 Rencana jumlah anak :

Alasan :
12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual
<p>a. Biologis :</p> <p>1) Bernafas : <input type="checkbox"/> tidak ada keluhan ad<input type="checkbox"/>keluhan :.....</p> <p>2) Makan Frekuensi .....x sehari Jenis : <input type="checkbox"/>makanan pokok..... Lauk<input type="checkbox"/>lauk :</p> <p> <input type="checkbox"/>yur :..... <input type="checkbox"/>uah.....</p> <p> Porsi : Kec<input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Bes<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p> Perubahan nafsu makan : <input type="checkbox"/>Ada,..... <input type="checkbox"/>Tidak</p> <p> Pantangan makanan :.....tidak ada.....</p> <p> Minum : Jumlah .....gelas/hari, Jenis : <input type="checkbox"/>Kopi Te<input type="checkbox"/></p> <p>3) Eliminasi</p> <p> BAK, frekuensi.....x sehari, warna :.....,Keluhan:.....</p> <p> BAB, frekuensi.....x sehari, Konsistensi:....., Keluhan :.....</p> <p>4) Istirahat dan Tidur</p> <p> Siang : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya,.....jam</p> <p> Malam :jam</p> <p> Keluhan :</p> <p>5) Hubungan Seksual</p> <p> Perubahan pola : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya</p> <p> Dampak perubahan pola : <input type="checkbox"/> pada suami.....</p> <p> pad<input type="checkbox"/>kehamilan.....</p> <p>b. Psikososial</p> <p> Perasaan sebagai calon orang tua dan suasana hati:</p> <p> <input type="checkbox"/>Rasa takut <input type="checkbox"/>Malu <input type="checkbox"/>Kecewa <input type="checkbox"/>Bahagia <input type="checkbox"/>Siap secara mental</p> <p> Penerimaan terhadap kehamilan ini:</p> <p> Direncanakan : <input type="checkbox"/>Ya Ti<input type="checkbox"/>ak Diterima : Ya <input type="checkbox"/>Tidak <input type="checkbox"/></p> <p> Alasan :</p> <p> Hubungan dengan keluarga <input type="checkbox"/>Baik <input type="checkbox"/>Renggang <input type="checkbox"/>Tidak baik</p> <p> Pengambilan Keputusan : <input type="checkbox"/>Suami <input type="checkbox"/>Sendiri Orang tua Me<input type="checkbox"/>ria</p> <p> Keluarga <input type="checkbox"/>in.....</p> <p> Persiapan persalinan: <input type="checkbox"/>Tempat <input type="checkbox"/>Penolong <input type="checkbox"/>Pelengkapan</p> <p> Ibu dan bayi <input type="checkbox"/>Donor..... Tr<input type="checkbox"/>ansportasi..... <input type="checkbox"/>Pendamping</p> <p> <input type="checkbox"/>Pengasuh anak di rumah</p> <p> <input type="checkbox"/>Social Support : <input type="checkbox"/>Suami <input type="checkbox"/>Orang tua N<input type="checkbox"/>ertua Ke<input type="checkbox"/>uarga lain.....</p> <p> Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....</p> <p>c. Spiritual:</p>
<p>13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan</p> <p>TW I : <input type="checkbox"/>anda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/>keluhan <input type="checkbox"/>zim dan cara mengatasinya</p> <p> dukungan keluarga deteksi dan pencegahan kelainan konginetal hubungan seksual yang aman</p> <p>TW II : <input type="checkbox"/>anda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/>utrisi <input type="checkbox"/>rakan dan aktivitas</p> <p> <input type="checkbox"/>cara mengatasi keluhan lazim p<input type="checkbox"/>siapan persalinan p<input type="checkbox"/>ersonal hygiene p<input type="checkbox"/>hidup sehat</p> <p>TW III : <input type="checkbox"/>anda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/>eksi tum-bang janin</p> <p> <input type="checkbox"/>tanda-tanda persalinan <input type="checkbox"/>teknik mengatasi rasa nyeri persalinan <input type="checkbox"/>neran</p>

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: baik lemah jelek

Kesadaran : kompos mentis apatis delirium sopor komatose

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

Keadaan Psikologi : tenang gelisah takut bingung cemas 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: sariawan pucat biru

3) Gigi : tidak ada caries ada caries

4) Lain-lain.....

d. Leher: tidak ada kelainan ada pembengkakan kelenjar limfe benjolan vena jugularis pembesaran kelenjar tyroid Lain-lain.....

e. Dada

Kelainan : dispneu ortopneu tachypneu 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..... rises.....

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 distendite Striae Albugines 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.....

<p>di sebelah kiri.....</p> <p>L III : bagian bawah teraba</p> <p>bisa di□byangkan tidak bisa □goyangkan</p> <p>L IV : □konvergen..... sejd□ur diverge□</p> <p>TBJ :.....</p> <p>His (kalau ada), frekuensi:.....</p> <p>□yeri tekan</p> <p>Auskultasi : DJJ .....x/menit T□atur Tidak□eratur</p> <p>b. Anogenital</p> <p>Inspeksi : pengeluaran pervaginam da□h lender□ air ketuba□ keputihan</p> <p>Inspekulo vagina (kalau ada indikasi).....</p> <p>Vagina Toucher (kalau ada indikasi).....</p>
<p>4. Pemeriksaan Penunjang</p> <p>Tanggal : Jam :</p> <p>Darah Hb : gr %Urine</p> <p>protein:.....</p> <p>Urine reduksi:.....</p> <p>CTG/NST:.....</p> <p>USG:.....</p> <p>Lain-lain :</p>
<p>C. ANALISA</p>
<p>D. PENATALAKSANAAN</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama :	No.RM :	PAV :
Umur :	Tanggal :	Kelas :
Tgl/jam	Catatan perkembangan (SOAP)	Paraf & Nama
		

Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKOR	Triwulan				
				I	II	III.1	III.2	
				Skor Awal Ibu Hamil				
			2	2				
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4					
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4					
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4					
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4					
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4					
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4					
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4					
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9		Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4					
		c. diberi infus/transfuse	4					
	10	Pernah operasi sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria,	4					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4					
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4					
		f. Penyakit Menular Seksual	4					
		12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
		13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4					
	15	Bayi mati dalam kandungan	4					
	16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Letak sungsang	8					
	18	Letak Lintang	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8					
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8					
		JUMLAH SKOR						

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN ””

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

Hari/tanggal :

Pukul :

Tempat :

I. DATA SUBYEKTIF (hari/ tanggalpukul.....)

1. Identitas Ibu Suami

Nama :

Umur :

Suku bangsa :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat rumah :

Telepon / Hp :

Alamat yang mudah di hubungi :

2. Alasan berkunjung dan keluhan utama

3. Riwayat persalinan ini

Keluhan ibu :

Sakit perut, sejak.....

Keluar air, sejak..... keadaan : bau.....warna.....jumlah...

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	Bayi		Komplikasi ibu dan bayi	Laktasi	Ket
					BB/PB	JK			

5. Riwayat kehamilan sekarang

a. HPHT (TP.....)

b. Pemeriksaan sebelumnya

ANC.....kali, di....., TT.....kali, Tanggal....., Suplemen.....,gerakan janin dirasakan sejak.....bulan yang lalu

c. Tanda bahaya kehamilan yang pernah dialami :

Tidak ada tindakan.....
 ada.....
 terapi.....

d. Pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan :

Tidak ada ada, hasil terlampir.....

e. Perilaku/kebiasaan yang membahayakan kehamilan :

Merokok pasif/aktif Minum jamu Minum-minuman keras
 Kontak dengan binatang Narkoba Diurut dukun

6. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit yang sedang atau pernah diderita ibu :

- Jantung, HIV / AIDS, Hipertensi, TORCH, Asma,
- Infeksi saluran kencing, TBC, Epilepsi, Hepatitis, Malaria,
- PMS, Kelainan darah

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 congenital, 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

d. Eleminasi

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

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

Keluhan saat BAB/BAK.....

e. Psikologis

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

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

f. Sosial

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

Lama perkawinan dengan suami sekarang :tahun

Hubungan dengan suami dan keluarga : harmonis, kurang harmonis

pengambilan keputusan : suami & istri, suami, istri, keluarga besar,

lain-lain.....

Persiapan persalinan yang sudah siap : perlengkapan ibu,

perlengkapan bayi, biaya, calon donor, nama.....,

pendamping, transportasi.....

g. 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 (hari/tanggal.....pukul.....)

1. Keadaan umum :

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

Kesadaran : kompos mentis, somnolen, sopor, spoor
somantis, koma

Keadaan emosi : stabil, tidak stabil

LANGKAH-LANGKAH APN+IMD	
I.Mengenalai Gejala dan Tanda Kala Dua	
1.	Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan <ul style="list-style-type: none"> • Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran • Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina • Perineum tampak menonjol • Vulva dan sfinger ani membuka
II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan	
2.	Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir : Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan : <ul style="list-style-type: none"> • Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, • 3 handuk/ kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi), • Alat penghisap lendir, • Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi Untuk ibu : <ul style="list-style-type: none"> • Menggelar kain di perut bawah ibu • Menyiapkan oksitosin 10 unit • Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3.	Pakaian celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
4.	Melepaskan dan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5.	Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6.	Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin	
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior (depan) ke posterior (belakang) menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT <ul style="list-style-type: none"> • Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang • Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia • Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% : langkah #9. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.
8.	Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap. <ul style="list-style-type: none"> • Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.
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.
10.	Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 kali / menit). <ul style="list-style-type: none"> • Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. • Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.

IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN
<p>11. Beritahukan padaibubahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada. • Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
<p>12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.</p>
<p>13. Laksanakan bimbingan meneranpada saatibuingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif • Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. • Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama). • Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi. • Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu. • Berikan cukup asupancairan per-oral (minum). • Menilai DJJ setiapkontraksi uterus selesai • Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60menit (1 jam) pada multigravida.
<p>14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.</p>
V. PERSIAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI
<p>15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.</p>
<p>16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.</p>
<p>17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.</p>
<p>18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.</p>
VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI
Lahirnya Kepala
<p>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 kelapa untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal</p>
<p>20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, segera lanjutkan proses kelahiran bayi. <i>Perhatikan!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.</i> • <i>Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali</i>

<i>pusat di antara dua klem tersebut.</i>
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
Lahirnya Bahu
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan 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 meliharakan bahu belakang.
Lahirnya Badan dan Tungkai
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR
<p>25. Lakukan penilaian (selintas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi cukup bulan? • Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas tanpa kesulitan? • Apakah bayi bergerak dengan aktif ? <p>Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi pada bayi asfiksia). Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke -26</p>
<p>26. Keringkan tubuh bayi</p> <p>Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan baduk atau kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.</p>
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukaan kehamilan ganda (gemeli)
28. Beritahu ibu ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan akspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit semenjak bayi baru lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2cm distal dari klem pertama.
<p>31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. • Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.

<ul style="list-style-type: none"> • Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
<p>32. Letakkan bayi tengurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berdpda diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau areola mammae ibu.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi. • Biarkan bayi melakukan kontak kulit-ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam. • Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara. • Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.
<p align="center">VIII. MANEJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)</p>
<p>33. Pindahkan klem tali pusat singga berjarak 5-10 cm dari vulva.</p>
<p>34. Letakkan satu tangan diatas kain, pada perut bawah ibu(diatas simpisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.</p>
<p>35. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-cranial). Secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur diatas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi putting susu.
<p align="center">Mengeluarkan plasenta</p>
<p>36. Bila pada penekanan bagian bawah, dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutan dorongan kearah cranial. Hingga plasenta dapat dilahirkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tida berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir(kearah bawah-sejajar lantai-atas). • Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahiran plasenta • Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM 2. Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan 4. Ulangi tekanan dorso-cranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya 5. Jika plasenta lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.
<p>37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pengang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahir dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

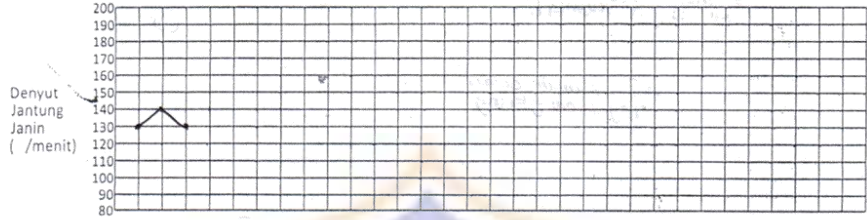
Rangsangan Taktil (Masase) Uterus
<p>38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan tindakan yang diperlukan (ompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri)
IX. MENILAI PERDARAHAN
<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, segera lakukan penjahitan.</p>
<p>40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.</p>
X. ASUHAN PASCA PERSALINAN
<p>41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam</p>
<p>42. Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.</p>
Evaluasi
<p>43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.</p>
<p>44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.</p>
<p>45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.</p>
<p>46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.</p>
<p>47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit • Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit Rujukan • Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
Kebersihan dan keamanan
<p>48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5% lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.</p>
<p>49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.</p>

50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.
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 <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan salep mata profilaksis infeksi, vitamin k ₁ (1 mg) intramuskuler di paha kiri 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 temperatur tubuh normal 36.5 - 37.5 ⁰ C) setiap 15 menit.
57. Setelah satu jam pemberian vitamin k ₁ 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 <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
Dokumentasi
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

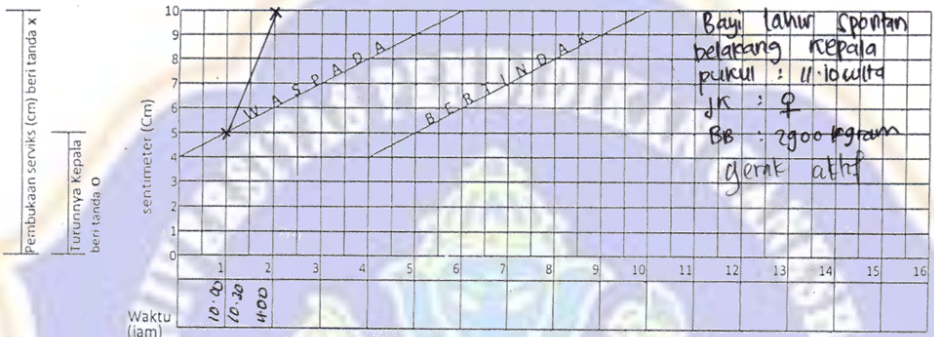
(Sumber: Asuhan Persalinan Normal tahun 2017).

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: KY ; Umur: 34 th ; G: 3 ; P: 2 ; A: 0
No. Puskesmas Tanggal: 18 - 5 - 2020 ; Jam: 11.00 wita
Ketuban Pecah sejak jam _____ Mules sejak jam 09.00 wita

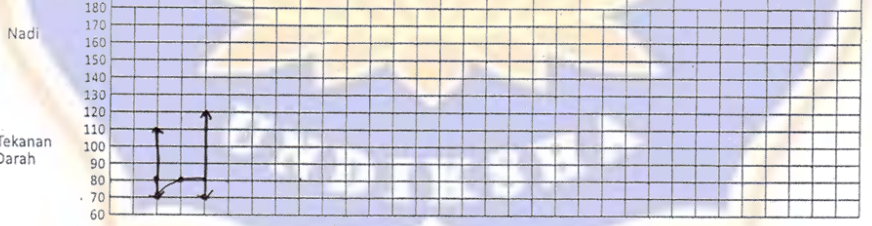


Air ketuban penyusupan J J



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C 37,5

Jrin: Protein
Aseton
Volume

Hidrasi 1,500

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 18 Mei 2020
- Nama bidan: Ayu Wagan Rumiati
- Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: Rumah Bidan Tegay Cangkring
- Alamat tempat persalinan: Tegay Cangkring
- Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawaldarurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Partogram melewati garis waspada: Y / F
- 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:
- 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:
- Pemberian Oksitosin 10 U im?
 - Ya, waktu:
 - Tidak, alasan:
- Penjepitan tali pusat:
- 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:
 - a.
 - b.
- 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: 80 Nadi: 80 x/mnt Napas: 20 x/mnt
- Masalah dan penatalaksanaan masalah:

BAYI BARU LAHIR:

- Berat badan: 2900 gram
- Panjang badan: 49 cm
- Jenis kelamin: L / 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:
 - a.
 - b.
 - c.
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
- Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	11.25	110/70 mmHg	80	36,5	2jrl pusnt	Kuat	Kosong	tdk aktif
	11.40	110/70 mmHg	80		2jrl pusnt	Kuat	Kosong	tdk aktif
	11.55	110/70 mmHg	80		2jrl pusnt	Kuat	Kosong	tdk aktif
2	12.10	110/70 mmHg	80		2jrl pusnt	Kuat	Kosong	tdk aktif
	13.10	110/70 mmHg	80		2jrl pusnt	Kuat	Kosong	tdk aktif

**FORMAT DOKUMENTASI ASUHAN KEBIDANAN PADABAYI BARU LAHIR
DENGAN VIGEROUS BABY**

Nama Rumah Sakit: Nomor RM
 :
 Tanggal masuk dirawat
 :
 Dokter yang merawat : Tanggal pengkajian
 :
 Bidan : Jam
 :

I. SUBJEKTIF

A. Biodata

1. Bayi
 Nama :
 Umur/tgl/jam lahir :
 Jenis kelamin :
 Anak ke- :
 Status anak :

2. Orang tua **Ibu** **Ayah**
 Nama : :
 Umur :
 Pendidikan : :
 Pekerjaan : :
 Agama : :
 Suku bangsa : :
 Status perkawinan :
 Alamat rumah :

No. telp :

Alamat kerja

B. Alasan dirawat :

.....
.....

C. Keluhan utama :

.....
..

D. Riwayat prenatal :

GAPAH

.....

Masa gestasi

.....

Riwayat ANC :

.....

.....

Penerimaan Kehamilan : direncanakan tidak direncanakan, diterima

tidak diterima

Penyulit selama masa prenatal

.....

Konsumsi obat dan suplemen

.....

.....

Imunisasi TT : TT₁ tgl..... TT₂ tgl.....

TT..... tgl.....

Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin

.....

.....

Riwayat penyakit ibu :

DM hepatitis B B24 asma Hipertensi PMS

jantung TB alergi lain-

lain.....

Riwayat pengobatan ibu

.....

..

E. Riwayat intranatal :

Penolong : tempat
kelahiran..... tanggal.....

Kala I; lama :jam, penyulit :

Tindakan:.....

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

Tindakan:.....

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

Keadaan saat lahir :
tangis.....gerak.....

Warna kulit.....

Kala III; lama :jam, keadaan plasenta : lengkap tidak lengkap
kalsifikasi

Keadaan tali pusat: segar layu simpul

Jenis persalinan :

Indikasi.....

F. Faktor resiko infeksi

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

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

G. Riwayat postnatal :

APGAR Skor :

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

Skor Bounding :
.....

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

Kondisi:.....
.....

H. Riwayat masa neonatus :

.....
..

I. Riwayat imunisasi

BCG Tgl..... Polio₁ Tgl..... Hb₁ Tgl.....
.....

Komplikasi.....

tidak imunisasi,
alasan.....
....

J. Bio-psiko-sosial-spiritual

1. Biologis

a. Pernafasan : ada gangguantidak ada gangguan

b. Nutrisi

Jenis :

Frekuensi

:

Porsi :

Keluhan/kendala

:

c. Eleminasi

BAK; frekuensi :, warna :, bau
:

BAB; frekuensi :, warna :, konsistensi

:

d. Istirahat

:

e. Aktivitas

:

2. Psikososial

Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak

.....

Dukungan keluarga

.....

3. Sosial

Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga

.....

Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak

.....

.....

Pola Asuh Anak

.....

4. Spiritual

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak

.....

K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan

Tanda-tanda bahaya pada bayi

.....

Pemberian ASI

.....

Perawatan bayi sehari-hari

.....

Imunisasi

.....

Pemberian MP-ASI

.....

lainlain.....

.....

II. OBJEKTIF

A. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum :

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

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

Suhu.....

Tanda lahir : tidak ada ada.....

Pengukuran : BB..... PB..... LK..... LD..... lingkaran.....

Kepala :

simetris asimetris cephal hematoma kaput suksedanium macrocephali

microcephali rambut.....

UUB : menutup belum menutup datar cembung

cekung

UUK : menutup belum menutup Sutura..... lain-lain.....

Wajah :

simetris asimetris pucat oedema

Mata :

simetris asimetris gerakan bola mata: simetris asimetris

warna konjungtiva: merah muda pucat merah ikterus

warna sclera: putih merah ikterus

pengeluaran.....

lain-

lain.....

Hidung :

NCH

Pengeluaran.....

lain-

lain.....

Mulut& bibir :

mukosa : kering lembabwarna bibir : merah muda pucat

palatum : utuh palato schizis labiopalato schizis

labiogenatopalato schizis lidah..... lain-

lain.....

Telinga :

simetris asimetris pengeluaran..... kelainan.....

Leher :

Pembengkakan kelenjar limfe Pembengkakan kelenjar tiroid Bendungan

vena jugularis pergerakan.....lain-

lain.....

Dada :

simetris asimetris retraksi
 dyspneu orthopneu thacypneu wheezing

ronchi

Keadaan payudara :

simetris asimetrisputting.....benjolan.....

pengeluaran.....

.

Abdomen :

distensi bising usus..... kondisi tali pusat.....lain-lain.....

Punggung :

Bentuk..... spina bifida gibus

Genitalia :

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

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

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

hermaphrodit lain-lain.....

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

Ekstremitas :

Tangan : simetris asimetris jumlah jari.....

Kaki : simetris asimetris jumlah jari.....

kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabella refleks Rooting refleks Sucking refleks Swallowing refleks

Tonick neck reflex Morro reflex Graps reflex Babinsky reflex

B. Skor Bonding

C. Pemeriksaan penunjang

III. ANALISA

IV. PENATALAKSANAAN



CATATAN PERKEMBANGAN

NAMA :

UMUR :

NO. RM :

HARI/TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA
		



ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

(5 W, 1H)

A. DATA SUBYEKTIF (Tgl.....jam.....)

1. Biodata

Identitas	Ibu	Suami
Nama	:	
Umur	:	
Agama	:	
Suku Bangsa	:	
Pendidikan	:	
Pekerjaan	:	
Alamat rumah	:	
Telepon/HP	:	

2. Alasan Datang /Keluhan Utama :

3. Riwayat Menstruasi

Menarche :
Siklus :
Lama :
Konsistensi :
Volume :
Keluhan :

4. Riwayat Pernikahan

5. Riwayat Kesehatan

6. Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

7. Riwayat Kehamilan sekarang

8. Persalinan

a. Kala I

b. Kala II

c. Kala III

d. Kala IV

9. Nifas sekarang

a. Ibu

b. Bayi

10. Riwayat Laktasi Sekarang

11. Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual

a. Biologis

1) Bernafas

2) Nutrisi

3) Eliminasi

- 4) Istirahat Tidur
- 5) Aktivitas
- 6) Personal Hygiene
- 7) Perilaku Seksual
- b. Psikologis
 - 1) Perasaan ibu saat ini
 - 2) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini
- c. Sosial
 - 1) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan
- d. Budaya
 - 1) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi
- j. Pengetahuan
- k. Perencanaan KB:
 - 1) Sudah
 - 2) Belum
 - 3) Rencana

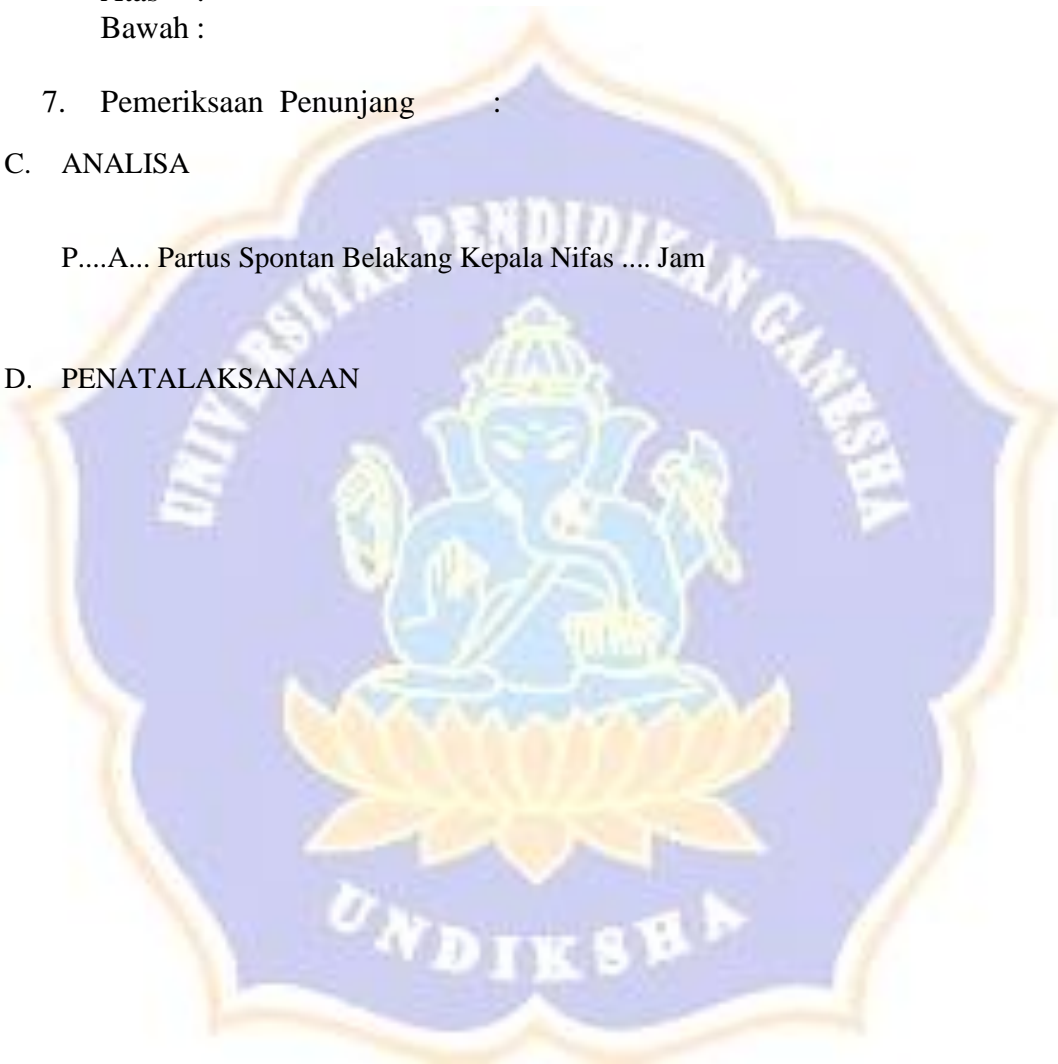
- B. Obyektif
- 1. Keadaan umum :
 - 2. Kesadaran :
 - 3. Keadaan emosi :
 - 4. Tanda-tanda Vital
 - TD :
 - Nadi :
 - Pernapasan :
 - Suhu :
 - 5. Antropometri
 - BB sekarang :
 - BB tgl :
 - TB :
 - 6. Pemeriksaan Fisik
 - a. Kepala :
 - 1) Rambut :
 - 2) Telinga :
 - 3) Mata :
 - 4) Hidung :
 - 5)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

- 3) Uterus :
 - 4) Diastasis recti :
 - 5) CVAT :
 - f. Anogenital
 - 1) Vulva dan Vagina :
 - 2) Perineum :
 - 3) Anus :
 - g. Ekstremitas
 - Atas :
 - Bawah :
7. Pemeriksaan Penunjang :

C. ANALISA

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

D. PENATALAKSANAAN



CATATAN PERKEMBANGAN

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



DOKUMENTASI ASUHAN

Nomor Registrasi Ibu :
 Nomor Urut di Kohort Ibu :
 Tanggal menerima buku KIA : 19-10-2019
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan : N. Wayan Fumrah

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Komang Juliani
 Tempat/Tgl. lahir : 24/11/1977-1986
 Kehamilan ke : II Anak terakhir umur : 9 tahun
 Agama : Hindu
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : B
 Pekerjaan : IRT
 No. JKN :

Nama Suami : Komang Ali Amuta
 Tempat/Tgl. lahir : 26/11
 Agama : Hindu
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP(SMU)Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : B
 Pekerjaan : Travel

Alamat Rumah : Ds. Balukpoh Farang, Tegal Candung
 Kecamatan : Menday
 Kabupaten/Kota : Jember
 No. Telp. yang bisa dihubungi :

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 : 9-8-2019
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 16-5-2020
 Lingkar Lengan Atas : 28 cm KEK () Non KEK () Tinggi Badan : 166 cm
 Golongan Darah : B
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini : Tidak pakai KB
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu : Asma, Jantung, DM
 Riwayat Alergi : Obat, Makanan

Tgl	Keadaan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin (Kep/Su/L)	Denyut Jantung Janin (Mnt)
15/10	Mahal	120/70	65 kg	8-9 mg	-	-	-
17/10	baik	110/70	61 kg	10-11	-	-	-
19/10	baik	120/70	61 kg	17-18 mg	24/4/12	Call D	140/110/mnt
21/10	baik	120/70	60 kg	25-26 mg	24/4/12	Call D	140/110/mnt
23/10	baik	120/70	60 kg	31-32 mg	24/4/12	kep V	140/110/mnt
25/10	baik	120/70	62 kg	33-34 mg	24/4/12	kep V	140/110/mnt
27/10	baik	120/70	62 kg	32-34 mg	24/4/12	kep V	140/110/mnt
29/10	baik	110/70	63 kg	34-35 mg	24/4/12	kep V	140/110/mnt
31/10	baik	110/70	63 kg	34-35 mg	24/4/12	kep V	140/110/mnt
02/11	baik	110/70	63 kg	38-39 mg	34/4/12	kep V	140/110/mnt

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke : I Jumlah persalinan : I Jumlah keguguran : D... C... P... A...
 Jumlah anak hidup : 1 Jumlah lahir mati : 0
 Jumlah anak lahir kurang bulan : 0 anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir : 9 tahun
 Status imunisasi TT terakhir : 1 (bulan/tahun)
 Penolong persalinan terakhir : Bidan
 Cara persalinan terakhir : Spontan/Normal () Tindakan ()

* Beri tanda () pada kolom yang sesuai

Kali Bercak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, upan balik)	Hasil yang disampaikan	Keterangan (Tempat Pelayanan Nama Pemeriksa Paraf)	Kapan Hari/Kembali
0/+	ppD	-tolirin -lirton	-Paga baik -cek lab	/	Kontrol 1 bln
0/+	ppD	1/2 lanjut	cek lab	Paraf / nady	Kontrol 1 bln
0/+	ppD	-siob -kalt 1x1	Baca buku FIR	/	Kontrol 1 bln
0/+	ppD	-siob -kalt	Baca buku FIR	/	Kontrol 2 ms
0/+	ppD	-siob -kalt	FB NUTRI cek lab ulang	/	ESNUT 2 ms
0/+	ppD	1/2 lanjut	cek lab	Paraf / nady	Kontrol 1 ms
0/+	ppD	-siob	Baca buku FIR Hal 2	/	1 ms
0/+	ppD	-siob	Baca buku FIR Hal 2	/	1 ms
-/+	ppD	-siob	Baca buku FIR Hal 2	/	1 ms

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

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (0-48 jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl. 19/5/20	Tgl. 24/5/20	Tgl. 2/6/20
Berat badan (gram)	3400 gram	3100 gram	3600 gram
Panjang badan (cm)	45 cm	49 cm	49 cm
Suhu (°C)	36,8°C	36,6°C	36,6°C
Frekuensi nafas (x/menit)	30 x/unt	30 x/unt	30 x/unt
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	128 x/unt	125 x/unt	120 x/unt
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	✓ (tan)	✓ (tan)	✓ (tan)
Memeriksa ikterus	✓ (tan)	✓ (tan)	✓ (tan)
Memeriksa diare	✓ (tan)	✓ (tan)	✓ (tan)
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	✓	✓	✓
Memeriksa status Vit K1	✓	✓	✓
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1	HB 0	-	BCG, pol 1
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotroid Kongenital (SHK)	-	-	-
• SHK Ya / Tidak	-	-	-
• Hasil tes SHK (-) / (+)	-	-	-
• Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	-	-	-
Nama pemeriksa	J. Purnama	J. Kurnia	J. Kurnia

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

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

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam - hari)	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari)
	Tgl. 19/5/20	Tgl. 24/5/20	Tgl. 2/6/20
Kondisi Ibu secara umum	baik	baik	baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	120/80/20/100	110/80/20/100	120/80/20/100
Pertahanan peraginam	baik	baik	baik
Kondisi payudara	baik	baik	baik
Tanda infeksi	-	-	-
Kontraksi uteri	baik	baik	baik
Tinggi Fundus Uteri	3 pr & pd	3 pr & pd	3 pr & pd
Lochia	putih	putih	putih
Pemeriksaan jalan lahir	baik	baik	baik
Pemeriksaan payudara	baik	baik	baik
Produksi ASI	baik	baik	baik
Pemberian kapsul Vit. K1	✓	✓	✓
Pelayanan Kontrasepsi pasca persalinan	-	-	-
Peringatan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas	✓	✓	✓
Buang Air Besar (BAB)	✓	✓	✓
Buang Air Kecil (BAK)	✓	✓	✓
Memberi nasihat yaitu:	✓	✓	✓
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan	✓	✓	✓
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulapertama adalah 16 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	✓	✓	✓
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	✓	✓	✓
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	✓	✓	✓
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	✓	✓	✓
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja (eksklusif) selama 6 tahun	✓	✓	✓
Persiapan bayi yang benar	✓	✓	✓
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stres	✓	✓	✓
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	✓	✓	✓
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	✓	✓	✓

J. Purnama



Mb Yuliani Pasien
✓ (2) 11 Mei 21.32














 **Mb Yuliani Pasien**
✓ (4) 30 Juni 22.33 

K1/KB/13

 **KARTU PESERTA KB**

Nama Peserta KB : Komang Yuliani
Nama Suami/Istri : km Alit Armita
Tgl. Lahir/Umur Istri : 12/9/1986 / 34 th
Alamat Peserta KB : Biluk poh kangin
TC

Tahapan KS :

Status Peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) : Peserta JKN :
 Penerima Bantuan Iuran
Bukan Penerima Bantuan Iuran
 Bukan Peserta JKN

Nomor Seri Kartu : [] [] [] [] [] [] [] []

Nama Faskes KB :

Nomor Kode Faskes KB : [] [] [] [] [] [] [] []

Penanggung jawab Faskes KB/
Praktik Dokter/Praktik Bidan Mandiri,
*Yuk
Widyadyan Kusumah*