

Jadwal Pelaksanaan Asuhan

Lampiran 1.

3.6 Rencana Pelaksanaan Asuhan

Tabel 3.1 Rencana Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Tahun 2020																											
		Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli				Agustus			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
I	Perencanaan				x																								
1	Konsultasi Masalah				x	x																							
2	Konsultasi Judul				x	x																							
3	Konsultasi Proposal				x	x																							
4	Pengetikan Proposal				x	x																							
5	Persiapan Ujian Proposal				x	x																							
6	Ujian Proposal					x																							
II	Pelaksanaan																												
1	Pengurusan Ijin								x	x																			
2	Pengumpulan Data								x	x	x																		
3	Analisa Data										x	x	x	x															
4	Penatalaksanaan Asuhan										x	x	x	x	x														
III	Pelaporan																												
1	Penyusunan Laporan																	x	x	x	x								
2	Konsultasi Laporan																	x	x	x	x								
3	Penyebaran Studi Kasus																	x	x	x	x								
4	Ujian Studi Kasus																					x	x	x	x				



BIDAN PRAKTIK SWASTA

Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.Keb.

Jln. Raya Air Sanih, Banjar Dinas Kaje Kangin, Desa Kubutambahan,
Kec. Kubutambahan

SURAT KETERANGAN

Yang bertandatangan dibawahini :

Nama : Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.Keb.

NIP : 196811301989032008

Alamat: Jln. Raya Air Sanih, Banjar Dinas Kaje Kangin, Desa Kubutambahan,
Kec. Kubutambahan

Denganini menerangkan:

Nama : Komang Devi Setya Dewi

NIM : 1606091042

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.Keb. dengan judul "Asuhan Kebidanan Komperhensif Pada Perempuan di PMB "TC" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan 1 Tahun 2020".

Singaraja Juni 2020



Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.Keb.

NIP. 196811301989032008

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :
Calon Responden
Di PMB "TC" Wilayah Kerja
Puskesmas Kubutambahan 1

Dengan hormat,

Saya, Komang Devi Setya Dewi, Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan, Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di PMB "TC" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan 1 Tahun 2020", 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.

Demikian surat saya,

(Komang Devi Setya Dewi)

NIM. 1606091042

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONCENT)**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : NI Kaken Sironi

Umur : 24 Tahun

Alamat : Desa Kubu

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswi Prodi D3 Kebidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan, Fakultas Olahraga dan Kesehatan, Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di PMB "TC" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan 1 Tahun 2020"

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

Singaraja,
Responden


NI Kaken Sironi

Dipindai dengan CamScanner

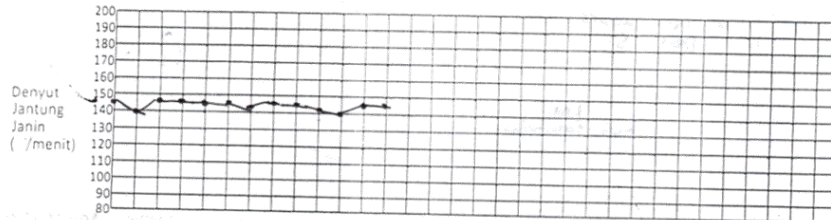
I	II	III	IV				
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu 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					

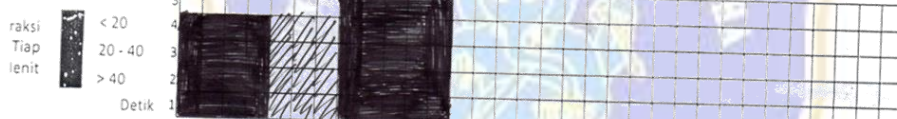
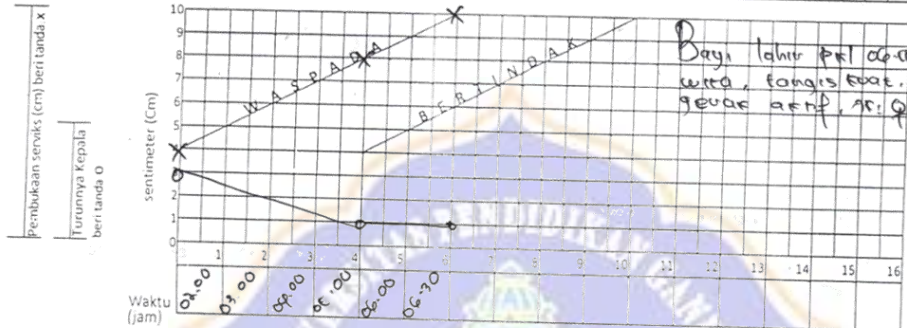


PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: P. KS Umur: 24 th G: 1 P: 0 A: 0
 No. Puskesmas Tanggal: 2 Juni 2020 Jam: 02.00 wita
 Ketuban Pecah sejak jam Mules sejak jam 22.00 wita



Air ketuban penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan Darah

Suhu °C

Protein

Aseton

Volume

Hidrasi

1. Tanggal: 20-06-2021
2. Nama bidan: Desi S.
3. Tempat persalinan:
☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya: PMB
4. Alamat tempat persalinan: RT 002 RW 001 Desa Terpadu
5. Catatan: ☐ rujuk, kala: I / II / III / IV
6. Alasan merujuk:
7. Tempat rujukan:
8. Pendamping pada saat merujuk:
☐ bidan ☐ teman ☐ suami ☐ dukun ☐ keluarga ☐ tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
☐ Gawatdaurat ☐ Perdarahan ☐ HDK ☐ Infeksi ☐ PMTCT

KALA I

10. Partogram melewati garis waspada: Y / ()
11. Masalah lain, sebutkan:
12. Penatalaksanaan masalah tsb:
13. Hasilnya:

KALA II

14. Episiotomi: *perineum robur*
☒ Ya, indikasi
☐ Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan:
☒ Suami ☐ teman ☐ tidak ada
☐ keluarga ☐ dukun
16. Gawat janin:
☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 a
 b
☐ Tidak
- ☐ Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
17. Distosia bahu
☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
- ☒ Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
☒ Ya
☐ Tidak, alasannya... Cara lg
20. Lama kala lili: 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im?
☒ Ya, waktu: 10 menit sesudah persalinan
☐ Tidak, alasan...
Penjepitan tali pusat 10 menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
☒ Ya, alasan...
☐ Tidak
23. Penanganan tali pusat terkendali?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan...

24. Masase fundus uteri?
☒ Ya
☐ Tidak, alasan:
25. Plasenta lahir lengkap (intact) ☒ Ya ☐ Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir >30 menit:
☒ Tidak
☐ Ya, tindakan:
27. Laserasi: perineo vagina, komissura posterior
☒ Ya, dimana distal dan oral perineum
☐ Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat: 1 (2) 3 / 4
 Tindakan:
☒ Penjahitan dengan / tanpa anestesi
☐ Tidak dijahit, alasan:
29. Aloni uteri:
☐ Ya, tindakan:
☒ Tidak
30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ml
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
 Hasilnya:

KALA IV

32. Kondisi ibu : KU: TD: mmHg Nadi: x/mnt Napas: ...x/mnt

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan 3 kg, gram
35. Panjang badan 50 cm
36. Jenis kelamin: L / P
37. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
38. Bayi lahir:
 ☐ Normal, tindakan:
 ☐ mengeringkan
 ☐ menghangatkan
 ☐ rangsang taktil
 ☐ memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 ☐ Asfiksia ringan/pupat/biru/lemas, tindakan:
 ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
 ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
 ☐ bebaskan jalan napas D lain-lain, sebutkan:
 ☐ pakaiin/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
 ☐ Cacat bawaan, sebutkan:
 ☐ Hipotermi, tindakan:
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 ☐ Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
 ☐ Tidak, alasan: Cold
40. Masalah lain, sebutkan:
 Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Rangsang Nefus	Darah yg keluar
1	07.10	110/70 mmHg	76 x/menit	36,1°	27 cm ↓ Pst	kuat	tdk penuh	± 50 cc
	07.25	110/70 mmHg	76 x/menit	36,1°	27 cm ↓ Pst	kuat	tdk penuh	± 50 cc
	07.40	110/70 mmHg	76 x/menit	36,1°	27 cm ↓ Pst	kuat	tdk penuh	± 50 cc
	07.55	110/70 mmHg	76 x/menit	36,1°	27 cm ↓ Pst	kuat	tdk penuh	± 50 cc
2	08.15	110/80 mmHg	80 x/menit	36,1°	27 cm ↓ Pst	kuat	tdk penuh	± 50 cc
	08.30	120/80 mmHg	80 x/menit	36,1°	27 cm ↓ Pst	kuat	tdk penuh	± 50 cc

LANGKAH-LANGKAH APN+IMD	
I.Mengenal Gejala dan Tanda Kala Dua	
1.	<p>Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan</p> <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 sfingter ani membuka
II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan	
2.	<p>Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana 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"> 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 <p>Untuk ibu :</p> <ul style="list-style-type: none"> Menggelar kain di perut bawah ibu Menyiapkan oksitosin 10 unit Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3.	Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
4.	Melepaskan 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.	<p>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"> 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.	<p>Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <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 kedalam 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.	<p>Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 kali / menit).</p> <ul style="list-style-type: none"> Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU	

PROSES MENERAN
<p>11. Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada. • Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
<p>12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.</p>
<p>13. Laksanakan bimbingan meneran pada saat ibu ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif • Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. • Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama). • Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi. • Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu. • Berikan cukup asupan cairan per-oral (minum). • Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai • Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60 menit (1 jam) pada multigravida.
<p>14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.</p>
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 kepala 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</p>

<p>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 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.</p> <p>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 kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2cm distal dari klem pertama.
31. Pemotongan dan pengikatan tali pusat <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. • Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.
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. <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.
VIII. MANEJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)
33. Pindahkan klem tali pusat singga berjarak 5-10 cm dari vulva.
34. Letakkan satu tangan diatas kain, pada perut bawah ibu(diatas simpisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.
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. <ul style="list-style-type: none"> • Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi putting susu.

Mengeluarkan plasenta
<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 tidak 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 menengangkan tali pusat : <ol style="list-style-type: none"> Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan Ulangi tekanan dorso-cranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya 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. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil 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 terba 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

41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
42. Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.
Evaluasi
43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan 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.
44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.
45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.
46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.
47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit) <ul style="list-style-type: none"> • Jika bayi sulit 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
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.
49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member 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 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).



FORMAT PENGKAJIAN IBU HAMIL

Tempat pelayanan:	Nomor RM :	
	Tanggal diberikan pelayanan : Tanggal/jam pengkajian :	
Dokter yang merawat: Bidan :	Cara Masuk <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi <input type="checkbox"/> Rujukan..... <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin	
A. Data Subyektif		
1. Identitas	Ibu	Suami
Nama	.....	.....
Umur	.....	.....
Suku Bangsa	.....	.....
Agama	.....	.....
Pendidikan	.....	.....
Pekerjaan	.....	.....
Alamat Rumah	.....	.....
No telepon	.....	.....
Alamat Kerja	.....	.....
No Telepon	.....	.....
2. Alasan Memeriksakan 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 <input type="checkbox"/> tidak kawin <input type="checkbox"/> sah <input type="checkbox"/> tidak sah .....,kali. Lama kawin.....tahun		
6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu		

No	Tgl/Bln/ Thn Partus/umur anak	Tempat / Penolong Partus	UK saat Persalinan	Jenis Persalinan	Kondisi Saat Bersalin	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ JK/ BBL/ Keadaan Sekarang	Laktasi

7. Riwayat Hamil ini :

Pemeriksaan sebelumnya: ANC kali, di, TT kali,
Tgl.....

Keluhan/ Tanda Bahaya:

TW I ☐ mual muntah berlebih ☐ perdarahan ☐ lain-lain: mual-mual saat hamil muda

TW II/ III ☐ pusing ☐ sakit kepala ☐ perdarahan ☐ keluar air pervaginam
pandangan kabur ☐ lain-lain.....

Merasakan gerakan janin : ☐ belum ☐ sudah sejakminggu/bulan yang lalu

Saat ini.....

Obat dan suplemen yang pernah diminum :

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 ☐ Asthma ☐ Epilepsi Kapan.....

☐ TORCH ☐ TBC ☐ DM ☐ PMS Kapan.....

☐ 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 ☐ TBC ☐ 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

a. Biologis :

1) Bernafas : ☐ tidak ada keluhan ☐ ada keluhan :

2) Makan Frekuensix sehari

<p>Jenis : <input type="checkbox"/> makanan pokok..... <input type="checkbox"/> Lauk pauk :</p> <p><input type="checkbox"/> Sayur :..... <input type="checkbox"/> Buah.....</p> <p>Porsi : <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Besar</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 <input type="checkbox"/> Teh</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><input type="checkbox"/> pada 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 <input type="checkbox"/> Tidak Diterima : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak</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 <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Mertua</p> <p><input type="checkbox"/> Keluarga lain.....</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..... <input type="checkbox"/> Transportasi..... <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 <input type="checkbox"/> Mertua <input type="checkbox"/> Keluarga lain.....</p> <p>Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....</p> <p>c. Spiritual:</p>	
<p>13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan</p> <p>TW I : <input type="checkbox"/> tandadan bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> keluhan lazim dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> dukungan keluarga <input type="checkbox"/> deteksi dan pencegahan kelainan konginetal <input type="checkbox"/> hubungan seksual yang aman</p> <p>TW II : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> nutrisi <input type="checkbox"/> gerakan dan aktivitas <input type="checkbox"/> cara mengatasi keluhan lazim <input type="checkbox"/> persiapan persalinan <input type="checkbox"/> personal hygiene <input type="checkbox"/> pola hidup sehat</p> <p>TW III : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> deteksi tum-bang janin <input type="checkbox"/> tanda-tanda persalinan <input type="checkbox"/> teknik mengatasi rasa nyeri persalinan <input type="checkbox"/> peran pendamping <input type="checkbox"/> teknik dan posisi meneran <input type="checkbox"/> IMD</p>	
<p>B. Data Obyektif <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>1. Pemeriksaan Umum</p> <p>Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> lemah <input type="checkbox"/> jelek</p> <p>Kesadaran : <input type="checkbox"/> kompos mentis <input type="checkbox"/> apatis <input type="checkbox"/> delirium <input type="checkbox"/> somnolen <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/></p>	

<p>comatose</p> <p>GCS : E.....V.....M.....</p> <p>Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/> tenang <input type="checkbox"/> gelisah <input type="checkbox"/> takut <input type="checkbox"/> murung <input type="checkbox"/> bingung <input type="checkbox"/> kecewa</p> <p>Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya (tgl.....)..... Kg, TB..... cm</p> <p>Tanda-tanda Vital : tekanan darah:..... mmHg, tekanan darah sebelumnya (tgl.....).....mmHg, Nadi:..... x/menit, Suhu : °C, Respirasi:.....x/menit</p>
<p>2. Pemeriksaan Fisik</p> <p>a. Wajah : <input type="checkbox"/> tidak kelainan <input type="checkbox"/> oedema <input type="checkbox"/> pucat</p> <p>b. Mata :</p> <p>1) conjungtiva: <input type="checkbox"/> merah muda <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah</p> <p>2) Sclera: <input type="checkbox"/> putih <input type="checkbox"/> kuning <input type="checkbox"/> merah</p> <p>c. Mulut :</p> <p>1) Mukosa: <input type="checkbox"/> lembab <input type="checkbox"/> kering</p> <p>2) Bibir: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> biru</p> <p>3) Gigi : <input type="checkbox"/> tidak ada caries <input type="checkbox"/> ada caries</p> <p>4) Lain-lain.....</p> <p>d. Leher: <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> pembengkakan kelenjar limfe <input type="checkbox"/> bendungan vena jugularis <input type="checkbox"/> pembesaran kelenjar tyroid <input type="checkbox"/> Lain-lain.....</p> <p>e. Dada</p> <p>Kelainan : <input type="checkbox"/> dyspneu <input type="checkbox"/> orthopneu <input type="checkbox"/> thacypneu <input type="checkbox"/> wheezing</p> <p>Payudara : <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Areola hiperpigmentasi <input type="checkbox"/> kolostrum <input type="checkbox"/> bersih</p> <p>Kelainan : <input type="checkbox"/> asimetris, Puting: <input type="checkbox"/> datar <input type="checkbox"/> masuk <input type="checkbox"/> dimpling <input type="checkbox"/> retraksi</p> <p>Kebersihan: <input type="checkbox"/> bersih <input type="checkbox"/> kotor</p> <p>f. Tangan dan Kaki:</p> <p>1) Tangan : <input type="checkbox"/> oedema warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda</p> <p>2) Kaki : <input type="checkbox"/> oedema..... <input type="checkbox"/> varises..... warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda</p> <p>Reflek patella :/.....</p>
<p>3. Pemeriksaan Khusus Obstetri</p> <p>a. Abdomen :</p> <p>Pembesaran perut.....</p> <p>Inspeksi: arah pembesaran <input type="checkbox"/> memanjang <input type="checkbox"/> melebar <input type="checkbox"/> Linea alba <input type="checkbox"/> Linea nigra <input type="checkbox"/> Striae Livide <input type="checkbox"/> Striae Albicans <input type="checkbox"/> Bekas luka operasi Lain-lain</p> <p>Tinggi Fundus Uteri :cm/.....(jari)</p> <p>Palpasi Leopold</p> <p>L I : TFU.....pada fundus teraba bagian.....</p> <p>L II : di sebelah kanan teraba..... di sebelah kiri.....</p> <p>L III : bagian bawah teraba <input type="checkbox"/> bisa digoyangkan <input type="checkbox"/> tidak bisa digoyangkan</p> <p>L IV : <input type="checkbox"/> konvergen..... <input type="checkbox"/> sejajar <input type="checkbox"/> divergen</p>

<p>TBJ :.....</p> <p>His (kalau ada), frekuensi:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri tekan</p> <p>Auskultasi : DJJ .....x/menit <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur</p> <p>b. Anogenital</p> <p>Inspeksi : pengeluaran pervaginam <input type="checkbox"/> darah <input type="checkbox"/> lender <input type="checkbox"/> air ketuban <input type="checkbox"/> 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 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>

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/tempat	Bayi		Komplikasi ibu dan bayi	Laktasi	Ket.
					BB/PB	JK			

5. Riwayat kehamilan sekarang
- HPHT...TP
 - Pemeriksaan sebelumnya
ANC...kali di..., TT...kali, Tanggal...gerakan janin dirasakan, sejak....bulan yang lalu
 - Tanda bahaya kehamilan yang pernah dialami: ☐ada ☐tidak ada....tindakan...terapi
6. Riwayat kesehatan
- Penyakit yang sedang atau pernah diderita ibu: ☐jantung, ☐hipertensi, ☐asma, ☐TBC, ☐hepatitis, ☐PMS, ☐HIV/AIDS, ☐TORCH, ☐infeksi saluran kencing, ☐epilepsi, ☐malaria
 - Penyakit keluarga yang menular: ☐HIV/AIDS, ☐hepatitis, ☐TBC, ☐PMS
 - Riwayat penyakit keturunan: ☐DM, ☐hipertensi, ☐jantung
 - Riwayat faktor keturunan: ☐faktor keturunan kembar, ☐kelainan kongenital, ☐kelainan jiwa, ☐kelainan darah
7. Riwayat menstruasi dan KB
- Siklus menstruasi : ☐teratur, ☐tidak....hari
 - Lama haid :hari
 - Kontrapsesi yang pernah dipakai :...lama...,rencana yang akan digunakan...
 - Rencana jumlah anak :...anak
8. Data biologis, psikologis, sosial, spiritual
- Keluhan bernafas : ☐tidak ada, ☐ada
 - Nutrisi
-Makan terakhir pukul..., porsi..., jenis...
-Minum terakhir pukul..., jumlah...cc, jenis...
-Nafsu makan: ☐baik, ☐menurun
 - 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 somnolentis,
☐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
☐kolostrium ☐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 : ☐ $\geq 90^0$ ☐ $< 90^0$

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
			

FORMAT PENGKAJIAN DATA
ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

Nama Rumah Sakit/RB/BPS :		Nomor RM :	
.....		Tanggal masuk dirawat :	
Dokter yang merawat :		Tanggal pengkajian :	
Bidan :		Jam :	
I. DATA SUBJEKTIF			
A. Biodata			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p>1. Bayi</p> <p>Nama</p> <p>Umur/tgl/jam lahir</p> <p>Jenis kelamin</p> <p>Anak ke-</p> <p>Status anak</p> </div> <div style="width: 50%;"> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> </div> </div>			
2. Orang tua	Ibu	Ayah	
Nama	:	:	
Umur	:	:	
Pendidikan	:	:	
Pekerjaan	:	:	
Agama	:	:	
Suku bangsa	:	:	

Status perkawinan	:	:
Alamat rumah	:	:
No. telp	:	:
Alamat tempat kerja	:	:

B. Alasan dirawat :

.....

.....

C. Keluhan utama :

.....

.....

D. Riwayat prenatal :

GAPAH :

.....

Masa gestasi :

.....

Riwayat ANC :

.....

.....

Penerimaan Kehamilan : ☐ direncanakan ☐ tidak direncanakan, ☐ diterima ☐ tidak diterima

Penyulit selama masa prenatal :

.....

.....

Konsumsi obat dan suplemen :

.....

.....

.....

Imunisasi TT : ☐ TT₁ tgl..... ☐ TT₂ tgl..... ☐ 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 ☐ korioamniotitis ☐ fetal

<p>distress</p> <p>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</p> <p><input type="checkbox"/> gemeli</p> <p><input type="checkbox"/> keputihan <input type="checkbox"/> suhu ibu >37°C</p>
<p>G. Riwayat postnatal :</p> <p>APGAR Skor :.....</p> <p>Inisiasi menyusui dini : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>.....</p> <p>Skor Bounding :.....</p> <p>Rooming-in : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>.....</p> <p>Kondisi</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>H. Riwayat masa neonatus :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>I. Riwayat imunisasi</p> <p><input type="checkbox"/> BCG Tgl..... <input type="checkbox"/> Polio₁ Tgl..... <input type="checkbox"/> Hb₁ Tgl.....</p> <p>Komplikasi.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> tidak imunisasi, alasan.....</p>
<p>J. Bio-psiko-sosial-spiritual</p>
<p>1. Biologis</p> <p>a. Pernafasan : <input type="checkbox"/> ada gangguan <input type="checkbox"/> tidak ada gangguan</p> <p>b. Nutrisi</p> <p>Jenis :.....</p> <p>Frekuensi :.....</p> <p>Porsi :.....</p> <p>Keluhan/kendala :</p>

<p>.....</p> <p>.....</p> <p>c. Eleminasi BAK; frekuensi :....., warna :....., bau :..... BAB; frekuensi :....., warna :....., konsistensi :.....</p> <p>d. Istirahat :.....</p> <p>e. Aktivitas :.....</p>
<p>2. Psikososial</p> <p>Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak : </p> <p>Dukungan keluarga : </p>
<p>3. Sosial</p> <p>Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga : </p> <p>Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak : </p> <p>Pola Asuh Anak : </p>
<p>4. Spiritual</p> <p>Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak : </p>
<p>K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan</p> <p><input type="checkbox"/> Tanda-tanda bahaya pada bayi : </p>

☐ 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..... lingkaran.....
lengan.....

Kepala :

☐ simetris ☐ asimetris ☐ cephal hematoma ☐ kaput suksedanium ☐
macrocephali

☐ microcephali ☐ rambut

UUB : ☐ menutup ☐ belum menutup ☐ datar ☐ cembung ☐ cekung

UUK : ☐ menutup ☐ belum menutup Sutura

☐ lain-lain.....

Wajah :

☐ simetris ☐ asimetris ☐ pucat ☐ oedema

Mata :

☐ simetris ☐ asimetris gerakan bola mata: ☐ simetris ☐ asimetris

warna konjungtiva: ☐ merah muda ☐ pucat ☐ merah ☐ ikterus

warna sclera: ☐ putih ☐ merah ☐ ikterus

pengeluaran.....

lain-lain.....

Hidung :

☐ NCH

Pengeluaran.....

lain-lain.....

Mulut & bibir :

mukosa : ☐ kering ☐ lembab warna bibir : ☐ merah muda ☐ pucat

palatum : ☐ utuh ☐ palato schizis ☐ labiopalato schizis ☐ labiogenatopalato
schizis

lidah

lain-lain.....

Telinga :

☐ simetris ☐ asimetris pengeluaran.....

kelainan.....

Leher :

☐ Pembengkakan kelenjar limfe ☐ Pembengkakan kelenjar tiroid ☐ Bendungan vena jugularis

pergerakan.....

lain-lain.....

Dada :

☐ simetris ☐ asimetris ☐ retraksi
☐ dyspneu ☐ orthopneu ☐ thacypneu ☐ wheezing ☐ ronchi

Keadaan payudara :

☐ simetris ☐ asimetris putting.....
benjolan.....

pengeluaran.....

Abdomen :

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

lain-lain.....

Punggung :

bentuk..... ☐ spina bifida ☐ gibus

Genitalia :

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

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

kelainan.....

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

☐ hermaprodit lain-lain.....

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

Ekstremitas :

Tangan : ☐ simetris ☐ asimetris jumlah jari.....

Kaki : ☐ simetris ☐ asimetris jumlah jari.....

kelainan.....

Refleks-Refleks :

<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
			

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. PENATALAKSAN



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

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU “.....”

AKSEPTOR KB BARU/LAMA.....

Tempat Pelayanan	Nomor RM:	
	Tanggal diberikan pelayanan: Tanggal jam prngkajian:	
Dokter yang merawat: Bidan:	Cara masuk: <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 Memeriksakan Diri :		
.....		
.....		
3. Keluhan Utama :		
.....		

4. Riwayat Menstruasi

Umur menarche : Lama haid :

Keluhan saat haid : Siklus haid :

☐ Dismenorrhea ☐ Spoting ☐ Menoragia ☐ Metrorrhagia

☐ Premenstruasi Syndrome

☐ Lain – lain:

5. Riwayat Perkawinan :

Pernikahan ke :

Lama :

Status :

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl, bln/thn partus, umur anak	Tnp. penolong partus	UK saat Persalinan	Jenis persalinan	Kondisi saat bersalin	Keadaan anak		
						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 :
8. Riwayat KB 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 :
9. Riwayat Ginekologi <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Infertil <input type="checkbox"/> Cervicitis Kronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> cerviks <input type="checkbox"/> Polip Cervik <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan : Kapan : </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan: <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> serviks <input type="checkbox"/> corpus uteri <input type="checkbox"/> ovarium <input type="checkbox"/> Tumor kandungan: <input type="checkbox"/> vulva <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> Perkosaan <input type="checkbox"/> copus uteri <input type="checkbox"/> ovarium Jenis: <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/> ganas <input type="checkbox"/> uterus <input type="checkbox"/> tuba fallopi <input type="checkbox"/> ovarium <input type="checkbox"/> serviks <input type="checkbox"/> vagina </div> </div>
10. Riwayat Penyakit Ibu <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hepatitis </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> PMS </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> HIV/AIDS </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> TBC </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Epilepsi </div> </div>
11. Riwayat Penyakit Keluarga <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Hepatitis </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> PMS </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> HIV/AIDS </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> TBC </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Epilepsi </div> </div>

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	
<p>1. Pemeriksaan Fisik</p> <p>a. Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> lemah <input type="checkbox"/> jelek</p> <p>b. Tanda – tanda vital:</p> <p>1) Tekanan darah :.....mmHg</p> <p>2) Nadi :.....x/mnt</p> <p>3) Suhu :.....⁰C</p> <p>4) Respirasi :.....x/mnt</p> <p>c. Antropometri:</p> <p>1. Berat badan sekarang :.....kg</p> <p>2. Berat badan sebelumnya:.....kg (tanggal:.....)</p> <p>3. Tinggi badan :.....cm</p>	
<p>2. Pemeriksaan Sistematis</p> <p>a. Kepala</p> <p>1. Wajah</p> <p>Oedema : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Pucat : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>Cloasma : <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada</p> <p>2. Mata</p> <p>Konjungtiva : <input type="checkbox"/> merah muda <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah</p> <p>Sklera : <input type="checkbox"/> putih <input type="checkbox"/> kuning <input type="checkbox"/> merah</p> <p>3. Mulut dan gigi</p> <p>Bibir : <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> kemerahan dan <input type="checkbox"/> lembab <input type="checkbox"/> kering</p> <p>Caries pada gigi : <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> tidak ada</p> <p>b. Leher</p> <p>1. Kelenjar limfe : <input type="checkbox"/> ada pembengkakan <input type="checkbox"/> tidak ada</p>	

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

Putting susu : ☐ menonjol ☐ masuk ☐ datar

Kelainan : ☐ ada ☐ tidak

Kebersihan : ☐ bersih ☐ tidak

Aksila : ☐ pembengkakan ☐ tidak ada pembengkakan

d. Abdomen

Bekas luka operasi : ☐ ada ☐ tidak

e. Anogenital

Pengeluaran cairan : ☐ ada, jenis.....

Jumlah..... ☐ tidak

Tanda – tanda infeksi : Pembengkakan: ☐ ada ☐ tidak

Luka : ☐ ada ☐ tidak

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

Kelainan : ☐ ada ☐ tidak

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

Anus haemmoroid : ☐ ada ☐ tidak

f. Khusus Akseptor IUD

1. Inspikulo Vagina

Portio : ☐ lunak ☐ erosi ☐ kaku

Kelainan : ☐ ada ☐ tidak

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

CATATAN PERKEMBANGAN

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

LEMBAR KONSUL LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : KOMANG DEVI SETYA DEWI
NIM : 1606091042
Angkatan : XIX
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "KS" G₁P₁A₀
UK 40 Minggu 4 Hari Preskep U Puki Janin Tunggal
Hidup Intra Uteri di PMB "TC" Wilayah Kerja Puskesmas
Kubutambahan I Tahun 2020

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 23 Juni 2020	Konsultasi BAB I, II, III, IV, V	- Perbaikan BAB I, II, III, IV, V - Tata Tulis	
Jumt, 03 Juli 2020	Konsultasi Revisian BAB I, II, III, IV, V	- Konsultasi Perbaikan BAB I, II, III, IV, V - Tata Tulis	
Senin, 06 Juli 2020	Konsultasi Revisian BAB I, II, III, IV, V	ACC	

Singaraja, Juni 2020
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

LEMBAR KONSUL LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : KOMANG DEVI SETYA DEWI
NIM : 1606091042
Angkatan : XIX
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Ny. "KS" G₁P₁A₀
UK 40 Minggu 4 Hari Preskep U Puki Janin Tunggal
Hidup Intra Uteri di PMB "TC" Wilayah Kerja Puskesmas
Kubutambahan I Tahun 2020

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 13 Juli 2020	Konsultasi BAB I, II, III, IV, V	<ul style="list-style-type: none">- Perbaiki BAB I, II, III, IV, V- Tata Tulis	
Selasa, 14 Juli 2020	Konsultasi Revisi BAB I, II, III, IV, V	<ul style="list-style-type: none">- ACC	

Singaraja, Juni 2020
Pembimbing I

Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST., M.Pd
NIP. 19720422 199503 2 002

MATERI

PERAWATAN TALI PUSAT

1. Pengertian Tali Pusat

Tali pusat atau umbilical cord adalah saluran kehidupan bagi janin selama dalam kandungan. Dikatakan saluran kehidupan karena saluran inilah yang selama 40 minggu menyuplai zat-zat gizi dan oksigen ke janin. Tetapi begitu lahir, saluran ini sudah tak diperlukan lagi sehingga harus dipotong dan diikat atau dijepit. Sisa tali pusat yang masih menempel di perut bayi (umbilekel stump), akan mengering dan biasanya akan terlepas sendiri dalam waktu 1-3 minggu, meskipun ada juga yang baru lepas setelah 4 minggu.

Perawatan tali pusat adalah tindakan keperawatan yang bertujuan memberi perawatan tali pusat pada bayi baru lahir agar tetap kering dan mencegah terjadinya infeksi.

2. Tujuan Perawatan Tali Pusat

- a. Menjaga tali pusat tetap bersih
- b. Menjaga tali pusat tetap kering
- c. Mencegah terjadinya infeksi
- d. Mencegah terjadinya perdarahan

3. Tanda Infeksi pada Tali Pusat

- a. Kemerahan pada tali pusat
- b. Bau menyengat
- c. Keluar darah, cairan berbau atau nanah
- d. Tali pusat bengkak
- e. Bayi demam tanpa sebab yang jelas

4. Cara Mencegah Infeksi Tali Pusat

- a. Menjaga kebersihan tali pusat dan mengupayakan tali pusat selalu dalam keadaan kering
- b. Tidak membubuhi bahan-bahan tradisional pada tali pusat yang belum lepas yang justru akan menyebabkan infeksi
- c. Selalu mencuci tangan dengan menggunakan air bersih dan sabun sebelum membersihkan tali pusat
- d. Tali pusat hanya dapat dibungkus menggunakan gas steril dan pastikan tetap kering, karena jika lembab akan memudahkan bakteri atau kuman untuk berkembang
- e. Segera mengganti popok / pakaian bayi yang basah karena kencing atau keringat agar tidak sampai mengenai tali pusat dan usahakan mengikat popok bayi dibawah tali pusat agar tali pusat tidak lembab.

5. Langkah-langkah Perawatan Tali Pusat

- a. Menyiapkan alat
- b. Memposisikan bayi membujur didepan ibu

- c. Mencuci tangan dengan air bersih dan sabun
- d. Membuka sedikit pakaian bayi / seluruhnya jika bayi akan segera dimandikan
- e. Mencuci tali pusat dengan air DTT (air yang sudah direbus dan didinginkan)
- f. Mencuci tali pusat dengan sabun dari pangkal sampai ujung tali pusat dan bilas dengan air bersih
- g. Mengeringkan tali pusat dengan kasa steril, hingga benar-benar kering
- h. Membiarkan tali pusat dalam keadaan terbuka, agar terkena udara dan ditutup dengan kasa steril secara longgar melipat popok dibawah potongan tali pusat
- i. Jika tali pusat terkena kencing atau keringat cuci tali pusat dengan sabun dan bilas dengan air DTT, lalu keringkan sampai benar-benar kering
- j. Mencuci tangan kembali sesudah membersihkan tali pusat



MATERI

Teknik Menyusui Yang Benar

1. Pengertian

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar

2. Cara menyusui yang benar

- a. Posisi badan ibu dan badan bayi :
 - Ibu duduk atau berbaring dengan santai
 - Pegang bayi pada belakang bahunya, tidak pada dasar kepala
 - Rapatkan dada bayi dengan dada ibu atau bagian bawah payudara
 - Tempelkan dagu bayi pada payudara ibu
- b. posisi mulut bayi dan putting susu ibu
 - payudara dipegang dengan ibu jari diatas jari yang lain menopang dibawah atau dengan menjepit payudara dengan jari telunjuk dan jari tengah, dibelakang areola
 - bayi diberi rangsangan agar mulut terbuka dengan cara menyentuh pipi bayi, menyentuh sisi mulut bayi
 - tunggu sampai bayi bereaksi dengan membuka mulutnya lebar dan lidah menjulur
 - dengan cepat didekatkan bayi ke payudara ibu dengan cara menekan bahu belakang bayi bukan bagian belakang kepala
 - posisikan putting susu diatas bibir atas bayi dan berhadapan – hadapan dengan hidung bayi
 - kemudian masukkan putting susu ibu menelusuri langit – langit mulut bayi
 - usahakan sebagian areola masuk ke mulut bayi, sehingga putting susu berada di antara pertemuan langit – langit yang keras dan langit – langit lunak
 - lidah bayi akan menekan dinding bawah payudara dengan gerakan memerah sehingga ASI akan keluar dari sinus lactiferous yang terletak dibawah kalang payudara
 - setelah bayi menyusu atau menghisap payudara dengan baik, payudara tidak perlu dipegang atau di sangga.

3. Jenis – Jenis posisi dalam menyusui

- Dengan posisi duduk atau menggendong
- Menyusui dengan posisi menggendong silang
- Menyusui dengan posisi memegang bola
- Posisi berbaring miring

4. Tanda – tanda bayi yang sudah cukup ASI

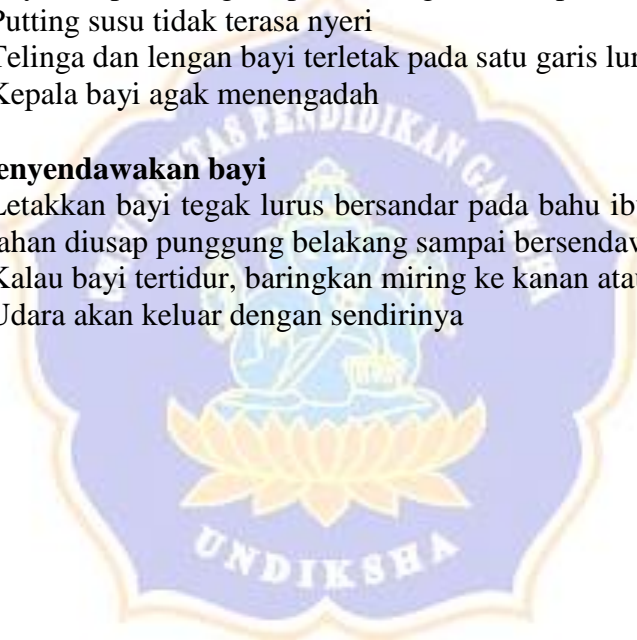
- Kenaikan berat badan lebih dari 500 gram hingga 1 kg pada trimester pertama
- BAK lebih dari 6 kali dalam sehari
- Bayi terlihat rileks dan puas setelah menyusui dan akan melepaskan sendiri mulutnya dari payudara ibu
- Biasanya bayi akan langsung tertidur

5. Tanda – tanda posisi bayi yang benar saat menyusui

- Bayi tampak tenang
- Badan bayi menempel pada perut ibu
- Mulut bayi terbuka lebar
- Dagunya menempel pada payudara ibu
Sebagian areola masuk ke dalam mulut bayi, areola bawah lebih banyak yang masuk.
- Bayi nampak menghisap kuat dengan irama perlahan
- Putting susu tidak terasa nyeri
- Telinga dan lengan bayi terletak pada satu garis lurus
- Kepala bayi agak menengadah

6. Cara menyendawakan bayi

- Letakkan bayi tegak lurus bersandar pada bahu ibu dan perlahan – lahan diusap punggung belakang sampai bersendawa
- Kalau bayi tertidur, baringkan miring ke kanan atau tengkurap. Udara akan keluar dengan sendirinya



MATERI PENYULUHAN IMUNISASI

1.1 PENGERTIAN

Imunisasi adalah suatu usaha untuk memberikan kekebalan kepada tubuh dengan kuman, virus, bakteri yang sudah dilemahkan atau toxin bakteri yang sudah dimatikan sehingga tubuh bisa membentuk antibody.

1.2 TUJUAN

Turunnya angka kesakitan, kecacatan dan kematian akibat penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi (PD3I).

Jenis-jenis penyakit yang dapat dicegah dengan imunisasi meliputi penyakit menular tertentu antara lain :

- 1) TBC, Difteri, pertusis, campak, polio, hepatitis B, Hepatitis A, Meningitis, meningokokus, influenza, haemophilus influenza tipe B, kolera, rabies, Japanese encephalitis, tipus abdominalis, pneumonia, pneumokokus, yellow fever, rubella, varicella, parotitis, epidemica, dan rotavirus.
- 2) Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi adalah Tuberculosis, difteri, pertusis, polio, campak, tetanus, dan hepatitis B.
- 3) Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi di Subdit Haji adalah meningitis meningokokus
- 4) Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk kedalam program imunisasi di Subdit Kesehatan Pelabuhan adalah demam kuning atau yellow fever.
- 5) Jenis-jenis penyakit menular yang saat ini masuk ke dalam program imunisasi di Subdit zoonosis adalah rabies.
- 6) Jenis-jenis penyakit lainnya yang dengan perkembangan ilmu pengetahuan akan menjadi penyakit yang dapat dicegah melalui pemberian imunisasi antara lain malaria, demam berdarah, HIV / AIDS, Avian influenza akan ditetapkan tersendiri.
- 7)

1.3 SASARAN IMUNISASI

- 1) Sasaran berdasarkan usia yang di imunisasi
 - a. Imunisasi rutin
 - a) Bayi di bawah 1 tahun
 - b) Wanita Usia Subur (WUS) ialah wanita yang berusia 15 sampai 39 tahun, termasuk ibu hamil dan calon pengantin.
 - c) Anak usia sekolah tingkat dasar
 - b. Imunisasi tambahan
 - a) Bayi dan anak
- 2) Sasaran berdasarkan tingkat kekebalan yang di timbulkan
 - a. Imunisasi dasar
 - a) Bayi
 - b. Imunisasi lanjutan
 - a) Anak usia sekolah tingkat dasar

- b) Wanita Usia Subur
- 3) Sasaran wilayah atau lokasi
 - a. Seluruh desa atau kelurahan di wilayah Indonesia

1.4 JENIS-JENIS VAKSIN

Ada beberapa jenis vaksin di antaranya meliputi :

1) Vaksin BCG (*Bacillus Calmette Guérine*)

- a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap tuberculosis
- b. Cara pemberian dan dosis
 - a) Sebelum disuntikkan vaksin BCG harus dilarutkan terlebih dahulu. Melarutkan dengan menggunakan alat-alat suntik steril dan menggunakan cairan pelarut (NaCl 0,9 %) sebanyak 4 cc
 - b) Dosis pemberian 0,05 ml sebanyak 1 kali
 - c) Disuntikkan secara intracutan di daerah lengan kanan atas pada insersio musculus deltoideus
 - d) Vaksin harus digunakan sebelum lewat 3 jam dan Vaksin akan rusak bila terkena sinar matahari langsung. Botol kemasan, biasanya terbuat dari bahan yang berwarna gelap untuk menghindari cahaya karena cahaya atau panas dapat merusak vaksin BCG sedangkan pembekuan tidak merusak vaksin BCG. Vaksin BCG di buat dalam vial, di mana kemasannya ada 1 cc dan 4 cc.
- c. Kontra indikasi
 - a) Uji Tuberculin > 5 mm
 - b) Sedang menderita HIV
 - c) Gizi buruk
 - d) Demam tinggi
 - e) Infeksi kulit luas
 - f) Pernah menderita TBC
- d. Efek samping

Imunisasi BCG tidak menyebabkan reaksi umum seperti demam. Setelah 1-2 minggu penyuntikan biasanya akan timbul indurasi dan kemerahan di tempat suntikan yang akan berubah menjadi pustula dan akan pecah menjadi luka dan hal ini tidak perlu pengobatan dan akan sembuh spontan dalam 8-12 minggu dengan jaringan parut. Kadang-kadang terjadi pembesaran kelenjar limfe di ketiak atau pada leher yang terasa padat dan tidak sakit serta tidak menimbulkan demam. Reaksi ini normal dan tidak memerlukan pengobatan dan akan hilang dengan sendirinya.

2) Vaksin DPT/HB/Hib atau Pentabio

Vaksin mengandung DPT berupa toksoid difteri, tetanus toksoid yang dimurnikan serta pertusis yang inaktivasi dan vaksin Hepatitis B yang merupakan subunit vaksin virus yang mengandung HBsAg murni dan bersifat non infectious.

Selain itu DPT/HB juga direkomendasikan untuk dikombinasi dengan DPT-HB menjadi vaksin pentavalent (DPT-HB-Hib), sekaligus untuk mengurangi jumlah suntikan pada bayi, (Strategic Advisory Group of Experts on Immunization)

Vaksin Hib konjugasi memiliki efikasi yang baik dan aman sehingga dapat dimasukkan ke dalam program imunisasi nasional. Kombinasi vaksin Hib dengan DPT-HB menjadi vaksin DPT-HB-Hib tidak menambah jumlah suntikan. Efikasi vaksin: 90-99%. Tingkat kekebalan yg protektif terbentuk setelah pemberian DPT-HB-Hib 3 dosis, namun antibodi ini menurun pd usia 15 s.d 18 bulan è perlu booster untuk mempertahankan tingkat kekebalan dg pemberian imunisasi lanjutan DPT-HB-Hib pada usia 18 bulan. Untuk Hib booster diberikan pada anak usia 18-36 bulan.

a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit difteri, pertusis, tetanus, Hepatitis B dan peradangan selaput otak (meningitis).

b. Cara Pemberian dan Dosis

Pemberian secara IM dengan dosis 0,5 ml sebanyak 3x pemberian. Dosis pertama pada usia 2 bulan dan selanjutnya dengan interval 4 minggu.

c. Kontraindikasi

a) Gejala-gejala keabnormalan otak pada periode Bayi Baru Lahir atau gejala serius keabnormalan pada saraf merupakan kontraindikasi pertusis. Anak yang mengalami gejala-gejala parah pada pemberian pertama, komponen pertusis harus dihindarkan pada pemberian kedua.

b) Infeksi berat yang disertai kejang.

d. Efek Samping

a) Gejala-gejala yang bersifat sementara seperti demam, pembengkakan dan atau kemerahan pada tempat penyuntikan.

b) Kadang-kadang terjadi gejala berat seperti demam tinggi, iritabilitas yang biasanya terjadi dalam 24 jam setelah penyuntikan.

3) Vaksin POLIO

Vaksin oral POLIO hidup adalah vaksin POLIO trivalent yang terdiri dari suspensi virus Poliomiелitis tipe 1,2 dan 3 (strain sabin) yang sudah dilemahkan, dibuat dalam biakan jaringan ginjal kera dan di stabilkan dengan sucrose. Kemasan sebanyak 1 cc atau 2 cc dalam flakon dilengkapi dengan pipet untuk meneteskan vaksin. Penyimpanan vaksin POLIO dalam suhu 2-8°C stabil dalam waktu 6 minggu. Vaksin POLIO oral sangat mudah dan cepat rusak bila terkena panas dibandingkan dengan vaksin lainnya.

a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap Poliomyelitis

- b. Cara pemberian dan dosis
 - a) Diberikan secara oral sebanyak 2 tetes di bawah lidah langsung dari botol tanpa menyentuh mulut bayi. Diberikan 4 x dengan interval waktu minimal 4 minggu
 - b) Setiap membuka vial baru harus menggunakan penetes (dropper) yang baru.
- c. Kontraindikasi
 - a) Pada individu yang menderita imunodeficiency tidak ada efek yang berbahaya yang timbul akibat pemberian POLIO pada anak yang sedang sakit. Namun, jika ada keraguan misalnya sedang menderita diare, maka dosis ulangan dapat di berikan setelah sembuh.
 - c) Pasien yang mendapat imunosupresan
- d. Efek samping

Pada umumnya tidak ada efek samping.
- 4) Vaksin CAMPAK

Bibit penyakit yang menyebabkan CAMPAK adalah virus Measles. Vaksin CAMPAK merupakan vaksin hidup yang dilemahkan. Kemasan dalam flakon berbentuk gumpalan-gumpalan yang beku dan kering untuk dilarutkan dalam 5 cc pelarut aquabidest. Setiap dosis vaksin CAMPAK 0,5 ml mengandung kurang lebih 1000 infektive unit virus strain. Vaksin CAMPAK mudah rusak oleh panas , vaksin kering tidak akan rusak pada pembekuan. Vaksin CAMPAK disimpan pada suhu 2-8°C

 - a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap penyakit CAMPAK
 - b. Cara Pemberian dan Dosis
 - a) Sebelum disuntikkan vaksin CAMPAK terlebih dahulu harus dilarutkan dengan pelarut steril yang telah tersedia berisi 5 ml.
 - b) Dosis pemberian 0,5 ml disuntikkan secara Subcutan dengan sudut 45° pada lengan kiri atas.
 - c) Pada usia 9-11 bulan dan ulangan (booster) 6-7 tahun (kelas 1 SD).
 - d) Program terbaru pemberian imunisasi campak ulangan pada usia 24-36 bulan.
 - c. Kontraindikasi
 - a) Individu yang mengidap penyakit immunodeficiency atau individu yang diduga menderita gangguan respon immune karena leukemia dan limfoma.
 - b) Infeksi akut disertai demam, sedang mendapat terapi imunosupresif, alergi protein telur, kanamisin dan eritromisin.
 - d. Efek samping

Anak-anak mungkin panas selama 1-3 hari setelah 1 minggu penyuntikan, kadang-kadang disertai kemerahan seperti penderita CAMPAK ringan dan hal ini harus diberitahukan kepada

ibu agar jika 1 minggu setelah penyuntikan panasnya tinggi supaya diberi $\frac{1}{4}$ tablet antipiretik dan beri keyakinan bahwa bila anaknya terkena penyakit CAMPAK akibatnya jauh lebih berat bila dibandingkan dengan efek samping vaksinasi CAMPAK.

5) Vaksin HEPATITIS B

Vaksin Hepatitis B adalah vaksin virus rekombinan yang telah di inaktivasi dan bersifat non infectious berasal dari HBsAg yang dihasilkan dalam sel ragi (Hansenula) Polymorpha menggunakan teknologi DNA rekombinan. Imunisasi Hepatitis B perlu diberikan sedini mungkin setelah lahir.

Depkes RI tahun 2005 memberikan vaksin monovalen (uniject) saat lahir dilanjutkan dengan vaksin kombinasi DPT HB Combo pada umur 2,3 dan 4 bulan. Penyimpanan vaksin pada suhu 2-8°C dan jangan sampai beku.

a. Indikasi

Untuk pemberian kekebalan aktif terhadap infeksi yang disebabkan oleh virus Hepatitis B.

b. Cara Pemberian dan Dosis

- a) Sebelum digunakan vaksin dikocok terlebih dahulu agar suspensi menjadi homogeny
- b) Vaksin disuntikan dengan dosis 0,5 ml secara IM sebaiknya pada anterolateral paha.
- c) Pemberian imunisasi Hepatitis B sebanyak 3 x
- d) Dosis pertama diberikan pada usia 0-7 hari dan selanjutnya dengan interval waktu minimal 4 minggu.

c. Kontraindikasi

Hipersensitif terhadap komponen vaksin dan penderita infeksi berat yang disertai kejang.

d. Efek Samping

- a) Reaksi local seperti rasa sakit, kemerahan dan pembengkakan disekitar tempat bekas penyuntikan.
- b) Reaksi sistemik seperti demam ringan, lesu dan perasaan tidak enak pada saluran cerna

Reaksi yang terjadi akan hilang dengan sendirinya setelah 2 hari.

6) Vaksin TT

Vaksin TT adalah vaksin yang mengandung Tetanus Toksoid yang telah dimurnikan dan telah terabsorpsi ke dalam 3 mg/ml aluminium fosfat. Thimersosal 0,1 mg/ml digunakan sebagai pengawet. 1 dosis 0,5 ml mengandung potensi sedikitnya 40 unit. Dipergunakan untuk mencegah tetanus pada Bayi Baru Lahir dengan mengimunisasi WUS atau ibu hamil. Vaksin TT akan rusak bila kena panas atau apabila dibekukan.

a. Jadwal pemberian Imunisasi TT

- TT1 : Diberikan pada kunjungan awal/ Trimester I
TT2 : 4 Minggu setelah TT1 perlindungan 3 tahun

- TT3 : 6 Bulan setelah TT2 perlindungan 5 Tahun
 TT4 : 1 Tahun setelah TT3 perlindungan 10 Tahun
 TT5 : 1 Tahun setelah TT4 perlindungan 25 Tahun
- b. Interval Pemberian imunisasi TT
- Pemberian imunisasi TT pada ibu hamil adalah 2 kali dengan selang waktu pemberian minimal 4 minggu
 - Apabila sebelumnya ibu telah mendapatkan imunisasi TT pada masa calon pengantin, maka imunisasi TT cukup diberikan 1X saja.
 - Bila ibu belum pernah TT atau masih ragu, perlu diberikan TT sejak kunjungan 1 yang dilakukan sebanyak 2x dengan jadwal berjarak minimal 1 bulan atau 4 minggu.
 - Apabila pernah menerima TT 2 kali pada kehamilan terdahulu dengan jarak kehamilan tidak lebih dari 2 tahun, maka TT cukup di berikan 1 kali.(TT ulang)pada kunjungan kehamilan yang pertama.
- c. Indikasi
 Untuk memberikan kekebalan simultan terhadap tetanus
- d. Cara pemberian dan dosis
- Sebelum digunakan vaksin harus dikocok terlebih dahulu agar suspense menjadi homogen.
 - Disuntikkan secara intramuscular atau subcutan dalam(45°) dengan dosis 0,5 ml. Dianjurkan untuk anak usia 8 tahun. Untuk usia 8 tahun atau lebih diberikan vaksin DT.
- e. Kontraindikasi
 Gejala-gejala berat karena dosis pertama TT
- f. Efek samping
 Efek samping jarang terjadi dan bersifat ringan. Gejala-gejala seperti lemas dan kemerahan pada lokasi suntikan yang bersifat sementara dan kadang-kadang gejala demam.

1.5 JADWAL IMUNISASI PADA BAYI

JADWAL PEMBERIAN IMUNISASI PADA BAYI DENGAN MENGGUNAKAN VAKSIN DPT/HB COMBO

UMUR	VAKSIN	TEMPAT
Bayi Lahir di Rumah		Rumah
0 bulan	HB0	Posyandu
1 bulan	BCG, Polio 1	Posyandu
2 bulan	DPT/HB/Hib 1, Polio 2	Posyandu
3 bulan	DPT/HB/Hib 2, Polio 3	Posyandu
4 bulan	DPT/HB/Hib 3, Polio 4	Posyandu
9 bulan	Campak	Posyandu

18-36 bulan	DPT/HB/Hib booster	Posyandu
24-36 bulan	Campak booster	Posyandu

BAYI LAHIR di RUMAH SAKIT dan BIDAN PRAKTEK SWASTA

UMUR	VAKSIN	TEMPAT
0 bulan	HB0, BCG, Polio 1	RS atau BPS
2 bulan	DPT/HB/Hib 1, Polio 2	RS atau BPS
3 bulan	DPT/HB/Hib 2, Polio 3	RS atau BPS
4 bulan	DPT/HB/Hib 3, Polio 4	RS atau BPS
9 bulan	Campak	RS atau BPS
18-36 bulan	DPT/HB/Hib booster	RS atau BPS
24-36 bulan	Campak booster	RS atau BPS

