

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden

Di BPM “S” Wilayah Kerja

Puskesmas

Kubutambahan II

Dengan hormat,

Saya, Ni Kadek Dayu Maharseni, Mahasiswa Jurusan Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di BPM “S” di Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan II”, 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 Dayu Maharseni)

NIM.1606091047

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat :

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul “ Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di BPM ‘S’ di Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan II”.

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

Singaraja,
Responden

()

FORMAT PENGKAJIAN IBU HAMIL
ASUHAN KEBIDANAN PADA 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	.....	.....

<p>TW I <input type="checkbox"/> mual muntah berlebih <input type="checkbox"/> perdarahan <input type="checkbox"/> lain-lain: mual-mual saat hamil muda</p> <p>TW II/ III <input type="checkbox"/> pusing <input type="checkbox"/> sakit kepala <input type="checkbox"/> perdarahan <input type="checkbox"/> keluar air pervaginam <input type="checkbox"/> pandangan kabur <input type="checkbox"/> lain-lain.....</p> <p>Merasakan gerakan janin : <input type="checkbox"/> belum <input type="checkbox"/> sudah sejak .....minggu/bulan yang lalu Saat ini.....</p> <p>Obat dan suplemen yang pernah diminum :</p> <p>Perilaku yang membahayakan kehamilan :</p> <p><input type="checkbox"/> Merokok pasif/aktif <input type="checkbox"/> minum jamu <input type="checkbox"/> minum-minuman keras <input type="checkbox"/> kontak dengan binatang <input type="checkbox"/> narkoba <input type="checkbox"/> diurut dukun</p> <p>Riwayat pemeriksaan penunjang :</p>
<p>8. Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh Ibu/ Riwayat Operasi</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Epilepsi Kapan.....</p> <p><input type="checkbox"/> TORCH <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> PMS Kapan.....</p> <p><input type="checkbox"/> Operasi Jenis..... Kapan.....</p>
<p>9. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, Ibu, Adik, Paman, Bibi) yang Pernah Menderita Sakit :</p> <p>Keturunan :</p> <p><input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Penyakit Jiwa <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan <input type="checkbox"/> Hamil Kembang <input type="checkbox"/> Epilepsi <input type="checkbox"/> Alergi.....</p> <p>Menular :</p> <p><input type="checkbox"/> Penyakit hati/ Hepatitis <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> PMS/HIV/AIDS</p> <p>Lain-lain.....</p>
<p>10. Riwayat Gynekologi</p> <p><input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> Cervicitis cronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Polip Servik <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan</p>
<p>11. Riwayat & Rencana Penggunaan Kontrasepsi :</p> <p>Metode kontrasepsi yang pernah dipakai: Lama:</p> <p>Efek samping/ komplikasi kontrasepsi :</p> <p>Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan :</p>

Rencana jumlah anak :
Alasan :

12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual

a. Biologis :

1) Bernafas : tidak ada keluhan ada keluhan :.....

2) Makan Frekuensix sehari

Jenis : makanan pokok..... Lauk pauk :

Sayur :..... Buah.....

Porsi : Kecil Sedang Besar

Perubahan nafsu makan : Ada,..... Tidak

Pantangan makanan :tidak ada.....

Minum : Jumlahgelas/hari, Jenis : Kopi Teh

3) Eliminasi

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

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

4) Istirahat dan Tidur

Siang : Tidak Ya,.....jam

Malam :.....jam

Keluhan :

5) Hubungan Seksual

Perubahan pola : Tidak Ya

Dampak perubahan pola : pada suami.....

pada kehamilan.....

b. Psikososial

Perasaan sebagai calon orang tua dan suasana hati:

Rasa takut Malu Kecewa Bahagia Siap secara mental

Penerimaan terhadap kehamilan ini:

Direncanakan : Ya Tidak Diterima : Ya Tidak

Alasan :

Hubungan dengan keluarga Baik Renggang Tidak baik

<p>Pengambilan Keputusan : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Mertua <input type="checkbox"/> Keluarga lain.....</p> <p>Persiapan persalinan: <input type="checkbox"/> Tempat <input type="checkbox"/> Penolong <input type="checkbox"/> Pelengkapan Ibu dan bayi <input type="checkbox"/> Donor..... <input type="checkbox"/> Transportasi..... <input type="checkbox"/> Pendamping <input type="checkbox"/> Pengasuh anak di rumah</p> <p>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"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> keluhan <input type="checkbox"/> zim dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> dukungan keluarga <input type="checkbox"/> deteksi dan pencegahan <input type="checkbox"/> kelainan konginetal <input type="checkbox"/> hubungan seksual yang <input type="checkbox"/> 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</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"/> comatose</p> <p>GCS : E.....V.....M.....</p> <p>Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/> rang ge^gisah takut <input type="checkbox"/> murun <input type="checkbox"/> bingung <input type="checkbox"/> kecewa</p> <p><input type="checkbox"/> 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>

2. Pemeriksaan Fisik

- a. Wajah : tidak kelainan oedema pucat
- b. Mata :
- 1) conjungtiva: merah muda pucat merah
- 2) Sclera: putih kuning merah
- c. Mulut :
- 1) Mukosa: lembab kering
- 2) Bibir: segar pucat biru
- 3) Gigi : tidak ada caries ada caries
- 4) Lain-lain.....
- d. Leher: tidak ada kelainan ada pembengkakan kelenjar limfe
- bendungan vena jugularis pembesaran kelenjar tyroid Lain-lain.....
- e. Dada
- Kelainan : dyspneu orthopneu thacypneu wheezing
- Payudara : tidak ada kelainan Areola hiperpigmentasi kolostrum bersih
- Kelainan : asimetris, Puting: datar masuk dimpling retraksi
- Kebersihan: bersih kotor
- f. Tangan dan Kaki:
- 1) Tangan : oedema warna kuku: pucat merah muda
- 2) Kaki : oedema..... varises.....
- warna kuku: pucat merah muda
- Reflek patella :/.....

3. Pemeriksaan Khusus Obstetri

- a. Abdomen :
- Pembesaran
- perut.....
- Inspeksi: arah pembesaran memanjang melebar
- Linea alba Linea nigra Striae Livide Striae Albicans Bekas luka operasi Lain-lain
- Tinggi Fundus Uteri :cm/.....(jari)
- Palpasi Leopold

L I : TFU.....pada fundus teraba bagian.....

L II : di sebelah kanan teraba.....

di sebelah kiri.....

L III : bagian bawah teraba

bisa digoyangkan tidak bisa digoyangkan

L IV : konvergen..... sejajar divergen

TBJ :.....

His (kalau ada), frekuensi:.....

Nyeri tekan

Auskultasi : DJJx/menit Teratur Tidak Teratur

b. Anogenital

Inspeksi : pengeluaran pervaginam darah lender air ketuban

keputihan

Inspekulo vagina (kalau ada indikasi).....

Vagina Toucher (kalau ada indikasi).....

4. Pemeriksaan Penunjang

Tanggal :..... Jam :.....

Darah Hb :gr % Urine

protein:.....

Urine reduksi:.....

CTG/NST:.....

USG:.....

Lain-lain :.....

C. ANALISA

D. PENATALAKSANAAN



CATATAN PERKEMBANGAN

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

Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
I	1	Terlalu muda hamil I \leq 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I \geq 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin \geq 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi \geq 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi \leq 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur \geq 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9		Pernah melahirkan dengan	4			
a. tarikan tang/vakum			4				
b. uri dorogoh			4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar*	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah 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	Hydramion	4				
	15	Bayi mati dalam kandunga	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang*	8				
	18	Letak lintang*	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini*	8				
	20	Preeklamsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Ket:

1. Kehamilan resiko rendah : skor 2
2. Kehamilan resiko tinggi : skor 6-10
3. Kehamilan resiko sangat tinggi : skor ≥ 12

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

I. Data Subyektif (tanggal.... pukul.....)

1. Identitas ibu suami
- Nama : _____
- Umur : _____
- Agama : _____
- Suku bangsa : _____
- Pekerjaan : _____
- Alamat rumah : _____
- Telepon/HP : _____
- Golda : _____
2. Alasan berkunjung dan keluhan utama
3. Riwayat persalinan ini
- Keluhan ibu: sakit perut, sejak pukul _____
- keluar air, sejak..... keadaan: bau..... warna..... volume.....
- lendir bercampur darah, sejak.....
- lain-lain :
- gerakan janin : aktif menurun, tidak ada, sejak.....
- tindakan yang telah dilakukan (khusus pasien rujukan).....
4. Riwayat kebidanan yang lalu

Kehamilan ke-	Tgl lahir/ umur anak	UK	Jenis persalinan	Penolong/te mpat	Bayi		Komplikasi ibu dan bayi	Laktasi	Ket.
					BB/P B	JK			

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

c. Istirahat

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

- Istirahat siang:...jam,

Keluhan.....

-Kondisi saat ini

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

c. Eliminasi

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

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

Keluhan saat BAB/BAK.....

d. Psikologis

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

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

e. Sosial

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

Lama perkawinan dengan suami sekarang :tahun

Hubungan dengan suami dan keluarga : harmonis, kurang harmonis

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

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

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

9. Pengetahuan ibu dan pendamping yang dibutuhkan : tanda dan gejala persalinan, teknik mengatasi rasa nyeri, mobilisasi dan posisi persalinan,

teknik meneran, teknik inisiasi menyusui dini (IMD), peran pendamping, proses persalinan

II. Data obyektif

1. Keadaan umum : ...

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

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

Keadaan emosi : stabil, tidak stabil

Keadaan psikologi : takut, murung, bingung

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

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

2. Pemeriksaan fisik

a. Wajah : tidak ada kelainan, oedema, pucat

b. Mata

Conjunctiva : merah muda, pucat, merah

Sclera : putih, kuning, merah

c. Mulut

Mukosa : lembab, kering

Bibir : segar, pucat, biru

d. Leher : tidak ada kelainan pembengkakan kelenjar limfe
bendungan vena jugularis pembesaran kelenjar tiroid lain-lain.....

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

Payudara : tidak ada kelainan areola hiperpigmentasi kolostrum
bersih

Kelainan : asimetris, puting: datar, masuk, dimpling, retraksi

Kebersihan : bersih sedang kotor

f. Abdomen

-pembesaran perut: sesuai UK, tidak sesuai UK,....,arah:
melebar, memanjang

-bekas luka operasi: tidak ada, ada,...

-palpasi Leopod :

L1 : TFU.... pada fundus teraba bagian

L2 : disebelah kanan teraba di sebelah kiri teraba

L3 : Bagian bawah teraba

bisa digoyangkan , tidak bias digoyangkan

L4 : konvergen sejajar divergen

TBJ : perlimaan

His : frekuensi :..... Durasi.....

Auskultasi : DJJ

g. Genetalia dan Anus :

VT : tanggal jam oleh

a) Vulva :

- Pengeluaran : tidak , ada, berupa:, oedema, sikatrik, varises

- tanda infeksi : merah, bengkak, nyeri(jika ada: pada)

b) Vagina : Skibala, sistokel, rectokel

- Porsio : Konsistensi : lunak, kaku, dilatasi :cm, penipisan (effacement):%, selaput ketuban : utuh, tidak utuh

- Persentasi :

Denominator ... posisi...

- Moulage : 0 1 2 3

- Penurunan : Hodge I II III IV

- Bagian kecil : ada tidak ada

- Tali pusat : ada tidak (jika ada: berdenyut tidak)

- Pemeriksaan panggul (berdasarkan indikasi)

Promontorium : teraba tidak

Linea anominata kanan/kiri teraba :...../.....
bagian

Dinding panggul : sejajar divergen konvergen

Sacrum : konkaf konfeks

Spina ischiadika : tumpul menonjol sangat menonjol

Os coccygeus : dapat didorong : ya tidak

Arkus pubis : $\geq 90^{\circ}$ $< 90^{\circ}$

Kesan panggul :

Pelvic score (bila diperlukan).....

c) Anus: Haemoroid : ada, tidak

3. Pemeriksaan Penunjang :

Tanggal : jam

Darah HB :..... gr% Urine protein :

Urine reduksi :

CTG/NST :

USG :.....

Lain –lain :.....

III. Analisa

IV. Penatalaksanaan



CATATAN PERKEMBANGAN

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

60 Langkah APN+IMD

<p>I. MENGENALI GEJALA DAN TANDA KALA II</p> <p>1. Mendengar dan melihat tanda Kala Dua persalinan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran. • Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina. • Perineum tampak menonjol. • Vulva dan sfingter ani membuka.
<p>II. MENYIAPKAN PERTOLONGAN PERSALINAN</p> <p>2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksanakan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.</p> <p>Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi, siapkan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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
<p>3. Pakai celemek plastik atau bahan yang tidak tembus cairan.</p>
<p>4. Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.</p>
<p>5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam.</p>
<p>6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi tabung suntik).</p>
<p>III. MEMASTIKAN PEMBUKAAN LENGKAP DAN KEADAAN JANIN</p> <p>7. Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior(depan) ke posterior (belakang), menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi air DTT.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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.

<ul style="list-style-type: none"> • Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut tersebut dalam larutan klorin 0,5% : langkah #9. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.
<p>8. Lakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.
<p>9. Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.</p>
<p>10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 kali / menit).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal. • Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
<p>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN</p>
<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 ≥ 60menit (1 jam) pada multigravida.

14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
V. PERSIAPAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6cm.
16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI
Lahirnya Kepala
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk meneran efektif atau bernafas cepat dan dangkal.
20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi), segera lanjutkan proses kelahiran bayi. Perhatikan! <ul style="list-style-type: none"> • Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi. • Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
Lahirnya Bahu
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal. Anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk melahirkan bahu belakang.
Lahirnya Badan dan Tungkai
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang terbalik.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR
25. Lakukan penilaian selintas:

<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 ke langkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan 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 handuk/kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.</p>
<p>27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukan kehamilan ganda (gemelli).</p>
<p>28. Beritahu ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.</p>
<p>29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskular) di 1/3 distal lateral paha (lakukan aspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).</p>
<p>30. Setelah 2 menit sejak bayi lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah yang lain untuk mendorong isi tali pusat ke arah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2cm distal dari klem pertama.</p>
<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 antar 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.
<p>32. Letakkan bayi tengkurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berada di antara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.</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 sekitar 10-15 menit. Bayi cukup menyusui dari satu payudara. • Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusui.
<p>VIII. MANAJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)</p>
<p>33. Pindahkan klem tali pusat hingga berjarak 5-10cm dari vulva.</p>

<p>34. Letakkan satu tangan di atas kain pada perut ibu (di atas simfisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memegang klem untuk menegangkan tali pusat.</p>
<p>35. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke arah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-kranial) secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur di atas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu /suami untuk melakukan stimulasi puting susu.
<p>Mengeluarkan Plasenta</p>
<p>36. Bila ada penekanan bagian bawah dinding depan uterus ke arah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat ke arah distal maka lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan. Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir (ke arah bawah-sejajar lantai-atas). Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5–10cm dari vulva dan lahirkan plasenta.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat: • Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM. • Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh. • Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan. • Ulangi tekanan dorso-kranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya. • Jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi 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 terpilin kemudian lahirkan 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 dan melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.
<p>38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan tindakan yang diperlukan (Kompresi Bimanual Interna, Kompresi Aorta Abdominalis, Tampon Kondom Kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri).
<p>IX. MENILAI PERDARAHAN</p>
<p>39. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau</p>

menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.
40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastik atau tempat khusus.
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 ke dalam larutan klorin 0,5%, bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
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 bernapas, merintih atau retraksi, diresusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit. • Jika bayi bernapas terlalu cepat atau sesak napas, segera rujuk ke RS rujukan. • Jika kaki terasa 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 di sekitar ibu berbaring. Menggunakan larutan klorin 0,5%, lalu bilas dengan air DTT. Bantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk memberi ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.
50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah dekontaminasi.
51. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai.
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan salep mata profilaksis infeksi, vitamin K (1mg) intramuskuler di paha kiri kanan bawah lateral dalam 1 jam pertama.

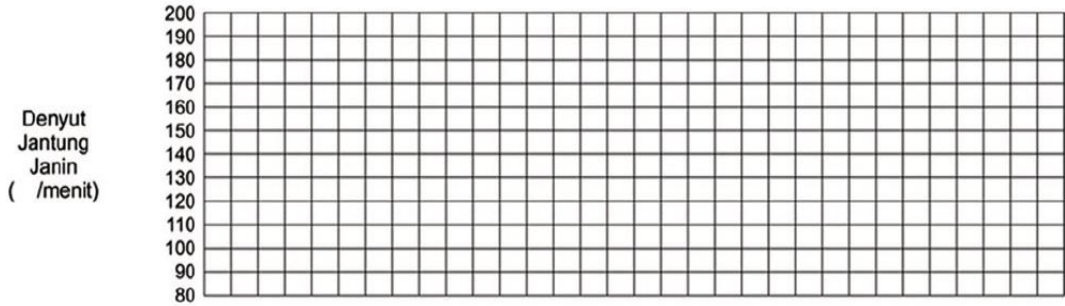
56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik (pernafasan normal 40-60 kali/menit dan temperature suhu normal 36,5-37,5°C) setiap 15 menit.
57. Setelah 1 jam pemberian vitamin K, berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
Dokumentasi
60. Lengkapi partograf (halaman depan belakang).



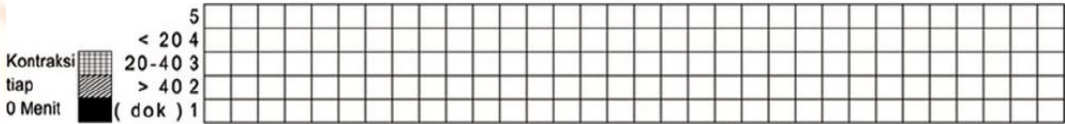
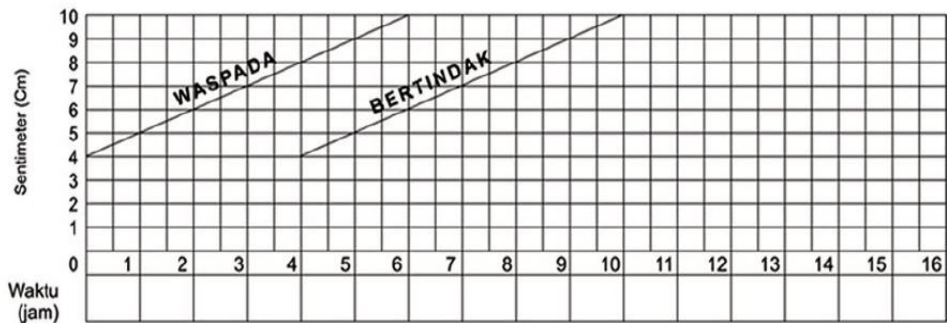
Lampiran 8

PARTOGRAF

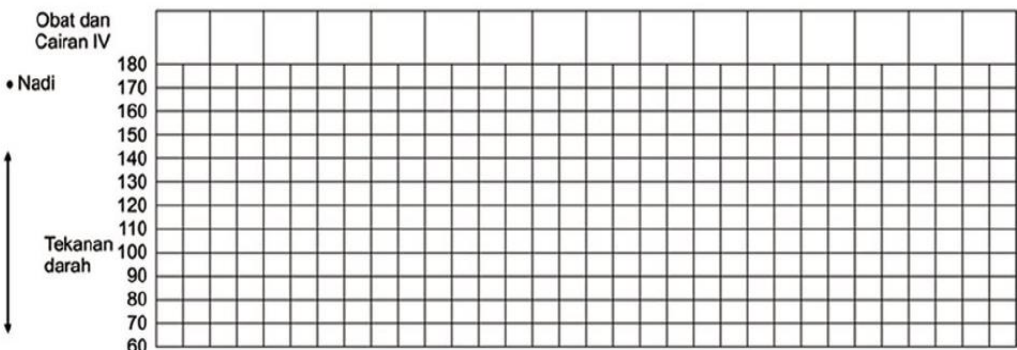
No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____



Air ketuban Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit



Suhu °C

Urin Protein Aseton Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
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

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1							
2							

- Masalah kala IV :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

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 : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak djahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

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			
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 tempat kerja	:	:
<p>B. Alasan dirawat :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>C. Keluhan utama :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>D. Riwayat prenatal :</p> <p>GAPAH :</p> <p>Masa gestasi :</p> <p>Riwayat ANC :</p>		

.....

Penerimaan Kehamilan : direncanakan tidak direncanakan, diterima tidak diterima

Penyulit selama masa prenatal :

.....

.....

Konsumsi obat dan suplemen :

.....

.....

.....

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

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 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 gangguan tidak ada gangguan

b. Nutrisi

Jenis :.....

Frekuensi :.....

Porsi :.....

Keluhan/kendala :

.....

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

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

d. Istirahat :.....

e. Aktivitas :.....

2. Psikososial

Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak :

Dukungan keluarga :.....

3. Sosial

Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :.....

Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak :.....

Pola Asuh Anak :.....

4. Spiritual

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak :

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

K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan

Tanda-tanda bahaya pada bayi :

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

Pemberian ASI :

.....
.....

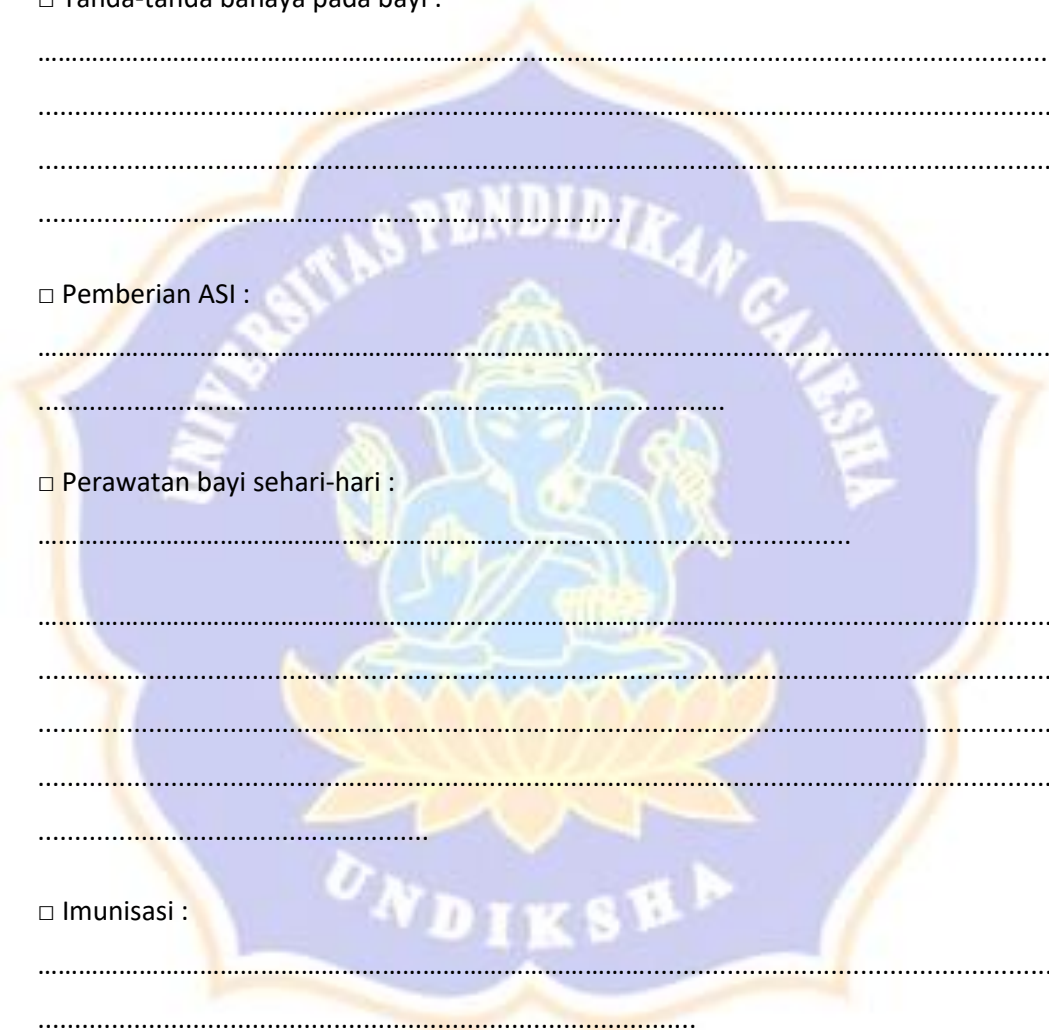
Perawatan bayi sehari-hari :

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

Imunisasi :

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

Pemberian MP-ASI :



.....
.....

lain-lain

II. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan fisik

Kedadaan 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
 dypsneu 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.....

hermaphrodit lain-lain.....

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

Ekstremitas :

Tangan : simetris asimetris jumlah jari.....

Kaki : simetris asimetris jumlah jari.....

kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabela reflex Rooting reflex Sucking reflex Swallowing refleks

Tonick neck reflex Morro reflex Graps reflex 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
			

FORMAT 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

Menarache :

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
			

FORMAT 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 Memeriksa Diri :		
.....		
.....		

3. Keluhan Utama :.....

4. Riwayat Menstruasi

Umur menarche :..... Lama haid :.....

Keluhan saat haid :..... Siklus haid :.....

Dismenorrhea Spotting Menorragia Metrorhagia

Premenstruasi Syndrome

Lain – lain:.....

5. Riwayat Perkawinan :

Pernikahan ke :.....

Lama :.....

Status :.....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl, bln/thn partus, umur anak	Tmp. penolong partus	UK saat Persalinan	Jenis persalinan	Kondisi saat bersalin	Keadaan anak		
						BB	PB	JK

7. Riwayat Laktasi

a. Pengalaman menyusui : ada tidak

b. Anak ke :

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

12. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

a. Biologis

1. Bernafas: Tidak Ada

Ada : dyspneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

2. Pola Nutrisi

a) Makan: frekuensi:.....x/hari, komposisi:....., porsi:.....

b) Minum:.....gelas/hari

3. Eliminasi

a) BAK:.....x/hari

b) BAB:.....x/hari

c) Keluhan:.....

4. Istirahat/Tidur

a) Tidur malam :.....jam

b) Tidur siang :.....jam

c) Keluhan :.....

5. Aktivitas Sehari-Hari

a) Lama aktivitas :.....jam

b) Jenis aktivitas :.....

6. Personal Hygiene

a) Mandi :.....x/hari

b) Vulva hygiene

Waktu :.....

Kebiasaan :.....

Pemakaian pakaian dalam :.....

c) Ganti pakaian/pakaian dalam :.....x/hari

7. Prilaku Seksual

- a) Cara :.....
- b) Frekuensi :.....
- c) Keluhan :.....

b. Psikososial

a) Persepsi tentang KB :

.....

.....

b) Kesiapan ber-KB: siap tidak

c) Perasaan saat ini: cemas sedih takut malu menolak

d) Dukungan:

1. Suami : mendukung tidak

2. Keluarga : mendukung tidak

e) Harapan :

.....

.....

c. kepercayaan / kebiasaan terkait dengan penggunaa alat kontrasepsi

.....

.....

d. Spiritual:

.....

.....

13. Pengetahuan

.....

.....

14. Konseling pra penggunaan

.....

.....
.....

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum: baik lemah jelek

b. Tanda – tanda vital:

1) Tekanan darah :.....mmHg

2) Nadi :.....x/mnt

3) Suhu :.....°C

4) Respirasi :.....x/mnt

c. Antropometri:

1. Berat badan sekarang :.....kg

2. Berat badan sebelumnya:.....kg (tanggal:.....)

3. Tinggi badan :.....cm

2. Pemeriksaan Sistematis

a. Kepala

1. Wajah

Oedema : Ada Tidak ada

Pucat : Ada Tidak ada

Cloasma : Ada Tidak ada

2. Mata

Konjungtiva : merah muda pucat merah

Sklera : putih kuning merah

3. Mulut dan gigi

Bibir : pucat kemerahan dan lembab kering

Caries pada gigi : ada tidak ada

b. Leher

1. Kelenjar limfe : ada pembengkakan tidak ada

2. Kelenjar tiroid : ada pembengkakan tidak ada

3. Vena jugularis : ada pelebaran tidak ada

c. Dada

1. Nyeri tekan : ada tidak

2. Payudara dan aksila :

Bentuk : simetris asimetris

Puting susu : menonjol masuk datar

Kelainan : ada tidak

Kebersihan : bersih tidak

Aksila pembengkakan : pembengkakan tidak ada

d. Abdomen

Bekas luka operasi : ada tidak

e. Anogenital

Pengeluaran cairan : ada, jenis.....

Jumlah..... tidak

Tanda – tanda infeksi : Pembengkakan: ada tidak

Luka : ada tidak

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

Kelainan : ada tidak

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

Anus haemmoroid : ada tidak

f. Khusus Akseptor IUD

1. Inspikulo Vagina

Portio : lunak erosi kaku

Kelainan : ada tidak

Ukuran kelainan :cm

2. Bimanual

Nyeri goyang portio : ada tidak

Massa : ada tidak

Lain-lain :

3. Kontrol

Benang IUD : teraba tidak

g. Tangan dan Kaki

1. Tangan

Oedema : ada tidak

Keadaan kuku : bersih tidak

2. Kaki

Edema : ada tidak

Varises : ada tidak

Keadaan kuku : ada tidak

3. Pemeriksaan Penunjang

Pap Smear , hasil.....

IVA , hasil.....

Lain-lain :, hasil.....

C. ANALISA :

.....

.....

D. PENATALAKSANAAN

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



CATATAN PERKEMBANGAN

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

TANGGAL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA
		

R. 50

PARTOGRAF

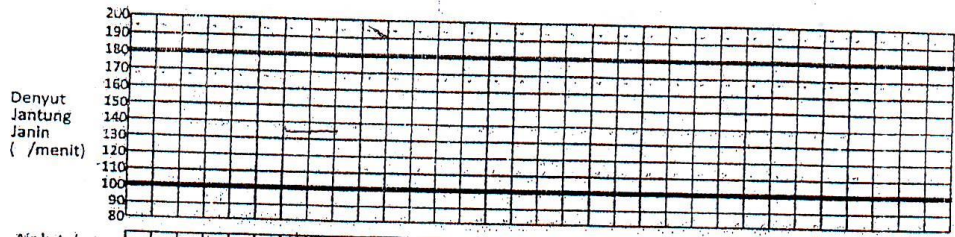
No. Register:

--	--	--	--	--	--

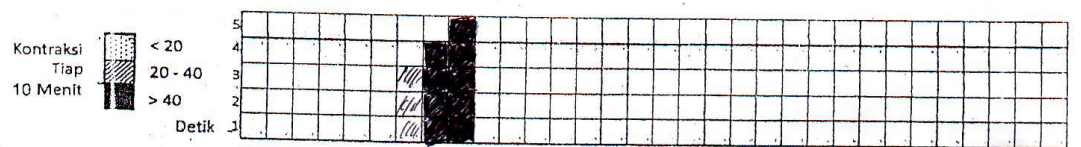
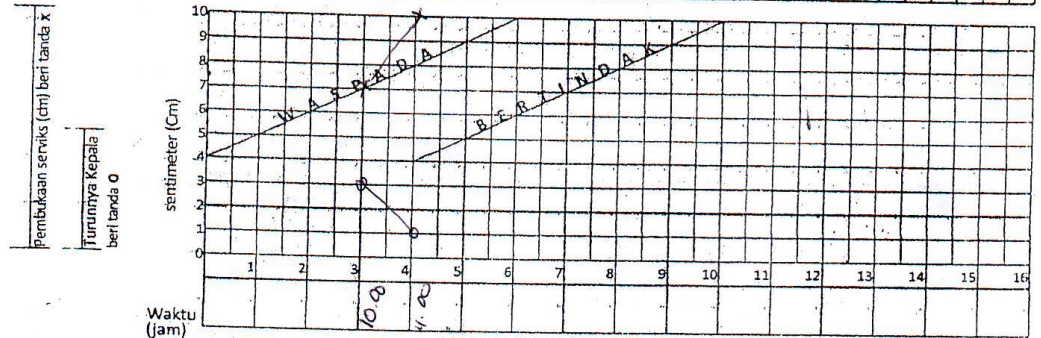
 Nama Ibu: Ny AMI Umur: 20 G: I P: D AD
 No. Puskesmas:

--	--	--	--	--	--

 Tanggal: 16 Juni 2019 Jam: 06-15
 Ketuban Pecah sejak jam Mules sejak jam 00.00

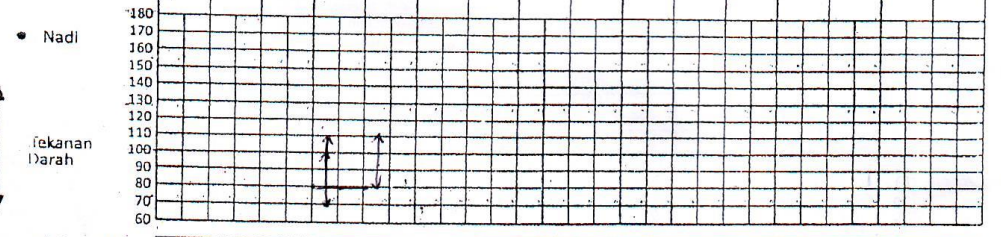


Air ketuban penyusupan	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



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

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



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

Urin	Protein														
	Aseton														
	Volume														

Minum															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 16 Dec 2019
- Nama bidan: Bidan Kristian
- Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Polindos
 - Klinik Swasta
 - Rumah Saku
 - Puskesmas
 - Rumah Sakil
 - Lainnya: P.M.D.
- Alamat tempat persalinan:
- Catatan: rujuk, kelas: I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawat darurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Temuan pada fase laten: Perlu intervensi Y/T
- Gratik dilatasi melewati garis waspada: Y/T
- Masalah pada fase aktif, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

KALA II

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

KALA III

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

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / urin	Σ darah keluar
1	11-40	120/80	86	36.7c	25.5 & 25.5	Baik	tdk penuh	tdk akhr
	11-45	120/80	80		25.5 & 25.5	Baik	tdk penuh	tdk akhr
	12-10	120/80	80		25.5 & 25.5	Baik	tdk penuh	tdk akhr
	12-15	120/80	82		25.5 & 25.5	Baik	tdk penuh	tdk akhr
2	12-25	120/80	80	36.7c	25.5 & 25.5	Baik	tdk penuh	tdk akhr
	13-25	120/80	82		25.5 & 25.5	Baik	tdk penuh	tdk akhr

- Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan:
- Plasenta lahir lengkap (intact) Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 -
 -
- Plasenta tidak lahir >30 menit:
 - Tidak
 - Ya, tindakan:
- Lagerasi:
 - 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: + 150 ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
- Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:
- Hasilnya:

KALA IV

- Kondisi ibu: KU Baik TD 120/80 mmHg. Nadi 85 x/mnt, Nafas 20 x/mnt
- Masalah kala IV dan penatalaksanaannya:
- Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR:

- Berat badan: 3200 gram
- Panjang badan: 50 cm
- Jenis kelamin: L / P
- Penilaian bayi baru lahir: Baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - menghangatkan
 - mengeringkan
 - rangsang taktil
 - Asfiksia
 - menghangatkan
 - membebaskan jalan nafas (posisi dan isap lendir)
 - mengeringkan
 - IMD atau naluri menyusu segera
 - tetes mata profilaksis, vitamin K
 - imunisasi Hepatitis B
 - rangsangan taktil
 - ventilasi tekanan positif (posisi dan isap lendir)
 - asuhan pascaresusitasi
 - lain-lain, sebutkan:
- Cacat bawaan, sebutkan:
- Hipotermi, tindakan:
 -
 -
 -
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
- Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
JURUSAN ILMU OLARAHAGA DAN KESEHATAN
PRODI D3 KEBIDANAN

Alamat : Jalan Bisma Barat No 25 A Singaraja
Laman : www.undiksha.ac.id

Nomor : 612 / UN48.12.6 / KM / 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Singaraja, 31 Mei 2019

Yth. Praktek Mandiri Bidan
Ibu Ni Luh Mariyani, S.Tr.Keb.
Di
Singaraja

Dalam rangka penyelesaian masa pendidikan pada Program Studi Diploma III Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha, institusi mewajibkan setiap mahasiswa menyusun satu Laporan Tugas Akhir (LTA) yang akan digunakan sebagai materi Ujian Akhir Program. Berkenaan dengan hal tersebut, maka kami mohonkan ijin mahasiswa kami atas Nama : Ni Kadek Dayu Maharseni , NIM : 1606091047 agar diperkenankan mengadakan penelitian/ pengumpulan data yang berhubungan dengan judul studi kasusnya pada praktek yang berada di bawah pengawasan Ibu.

Demikian surat permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian dan perkenan Ibu kami mengucapkan terima kasih.



I Ketut Budaya Astra, S.Pd., M.Or
NIP. 19680408 199703 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Sawan I
2. Arsip



BIDAN PRAKTIK SWASTA

Ni Luh Mariani,AMd.Keb.

Desa Giri Mas,Kecamatan Sawan,Kabupaten Buleleng

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Luh Mariani,AMd.Keb.

NIP :19741011200122006

Alamat :Desa Giri Mas, Kecamatan Sawan, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Kadek Dayu Mahaseni

Nim : 1606091047

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di BPM Ni Luh Mariani,AMd.Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan"AM" Di BPM Wilayah Kerja Puskesmas Sawan 1 Tahun 2019

Singaraja , 31 Mei 2019

Mengetahui,

Bidan Praktik Swasta



Ni Luh Mariani,AMd.Keb

NIP. 19741011200122006

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONCENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Komang Ayu Muliani

Umur : 25

Alamat : Banjar Kaje Kangin, Kecamatan Kubutambahan, Kabupaten Buleleng

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswi Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul **“Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan “AM” di BPM M di wilayah kerja Puskesmas Sawan I Tahun 2019”**

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,


(Komang Ayu Muliani)

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :
Calon Responden
Di PMB “M” Wilayah Kerja
Puskesmas
Sawan I

Dengan hormat,

Saya, Ni Kadek Dayu Maharseni, Mahasiswa Jurusan Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha melakukan studi kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan “AM” di PMB “M” di Wilayah Kerja Puskesmas Sawan 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 Dayu Maharseni)

NIM.1606091047

LEMBAR PERSETUJUAN
PROPOSAL STUDI KASUS
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI BPM 'S' DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS
KUBUTAMBAHAN II KABU PATEN BULELENG
TAHUN 2019

Diajukan oleh :

NI KADEK DAYU MAHARSENI
16061047

Telah disetujui oleh :

PEMBIMBING I



Luh Nik Armini. M.Keb
NIP : 19830796 2000604 2 009

PEMBIMBING II



Wigutomo Gozali, M. Kes.
NIP : 19631231 198310 1 001



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

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

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Ni Kadek Dayu Maharseni
NIM : 1606091047
Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada perempuan di
BPM "S" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan II
Tahun 2019

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 21 januari 2019	BAB I, BAB II, BAB III	Perbaikan BAB I, BAB II, BAB II	
Rabu, 5 februari 2019	Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	
Jumat, 21 Februari	Perbaikan BAB I, BAB II, BAB II	Perbaikan kata pengantar, daftar isi BAB I, BAB II, BAB III	
Senin, 25 maret	Perbaikan lengkap	ACC	

Singaraja,
Pembimbing I

Luh Nik Armini. M.Keb

NIP : 19830796 2000604 2 009

lxii



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 KONSULTASI LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Ni Kadek Dayu Maharseni
 NIM : 1606091047
 Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada perempuan di
 BPM "S" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan II
 Tahun 2019

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 21 januari 2019	BAB I, BAB II, BAB III	Perbaikan BAB I, BAB II, BAB II	
Rabu, 5 februari 2019	Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	
Jumat, 21 Februari	Perbaikan BAB I, BAB II, BAB II	Perbaikan kata pengantar, daftar isi BAB I, BAB II, BAB III	
Senin, 25 maret	Perbaikan lengkap	ACC	

Singaraja, 2019

Pembimbing II

Wigutomo Gozali, M. Kes.
 NIP : 19631231 198310 1 001

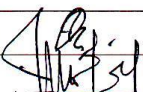


LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI
PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI BPM "S" WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUBUTAMBAHAN II
TAHUN 2019

NAMA : NI KADEK DAYU MAHARSENI
NIM : 1606091047

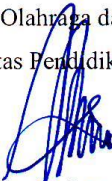
Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir Program
Studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha
Pada Tanggal 18 April 2019

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1.	Luh Nik Armini, M.Keb	1983079620006042009	
2.	Wigutomo Gozali, M.Kes	196312311983101001	
3.	Ria Tri Harini, S.ST., M.Pd	196802251991032011	

Singaraja, Mei 2019

Ketua Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan
Fakultas Olahraga dan Kesehatan
Universitas Pendidikan Ganesha


(Dr. I Ketut Suidiana, S.Pd., M.Kes)

NIP : 19670527 200112 1 001



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
JURUSAN ILMU OLAAHRAGA DAN KESEHATAN

PRODI D3 Kebidanan

Alamat : Jalan Bisma Barat No 25 A Singaraja

Laman : www.undiksha.ac.id

Singaraja, 11 April 2019

Nomor : 36/UN.48.12.6/PP/2019
 Lampiran : 1 Gabung
 Perihal : Undangan Ujian Proposal

Kepada Yth.

1. Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb
2. Wigutomo Gozali, M.Kes
3. Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST., M.Pd

di -

Singaraja

Dengan Hormat, sehubungan akan dilaksanakannya Ujian Proposal. a/n Ni Kadek Dayu Maharseni, NIM. 1606091047 dengan ini mohon kehadiran Bapak/Ibu pada :

Hari/tanggal : Kamis, 18 April 2019

Pukul : 09.00-10.00 Wita

Tempat : Ruang Kelas Lantai 2 Kampus Prodi Kebidanan

Adapun TIM Penguji

1.	Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb	(Pembimbing I)	Ketua
2.	Wigutomo Gozali, M.Kes	(Pembimbing II)	Anggota
3.	Ria Tri Harini Dwi Rusiawati, S.ST., M.Pd		Anggota

Demikian undangan ini, atas perhatian dan kehadirannya, kami ucapkan terimakasih.

Ketua Jurusan,

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

Sekretaris,

Ni Komang Sulyastini, S.ST., M.Pd
 NIP. 197908022006042008

NB : Pakaian

- Tim Penguji : Rapi Berdasi atau Batik
- Mahasiswa : Jas Almamater

Tembusan Kepada Yth.

1. WD I FOK UNDIKSHA
2. Arsip



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

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

Pada hari ini Kamis..... Tanggal 18..... Bulan April.....
Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di Ruang TC Prodi D3 Kebidanan,
telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII
Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Ni Kadek Payu Maharteni
NIM : 1606091047
Pembimbing I : Luh NIK Armini, S.ST., M.Keb
Pembimbing II : Wigutomo Gozali, M.Kes
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Pada Perawatan Kompartemen Pada perempuan di BPM "NM" wilayah kerja Puskesmas Banjarakan & Klungking



Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Tata tulis secara keseluruhan. (sampul - Bab II)
2. Latar belakang : belum memperlihatkan masalah, urutan penulisan
3. latar belakang, kajian teori tentang konseling keg.
4. Penulisan landasan askep.
5. Bab III : puis penelitian, pendekatan & metode penelitian.
6.
7.
8.
9.
10.

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

Singaraja, 18 - 4 - 2019.....

Dewan Penguji:

1. Luh NIK Armini, S.ST., M.Keb 1. 
2. Wigutomo Gozali, M.Kes 2. 
3. Pia Tri Harini Dewi Rusiawati, S.ST., M.Pd 3. 
4. 4.



KEMENTERIAN RISET TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
FAKULTAS OLAHRAGA DAN KESEHATAN
JURUSAN ILMU KEOLAHRAGAAN

Alamat: Kampus Tengah Undiksha, Jl. Udayana Singaraja – Bali Telp. 0362-32559

BERITA ACARA

No.

Pada hari ini: Senin tanggal 30-9-2019 jam 11 s/d 12 Wita,
 bertempat di Ruang 1, Prdi D3 Kbidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan
 Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir
 yang diajarkan oleh:

Nama : Ni Kadek Desya Mahatani
 NIM : 1606091047
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan
 Judul TA : Aluhan kebidanan komperhensif pada Perampuan
"AMI" Di PNB "M" Wilayah Kerja Purkermat
kuwan 1
 Pembimbing I : Luh Nik Armini, S.ST, M.Kes
 Pembimbing II : Wigetomo Gorali, M.Kes

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

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Luh Nik Armini, S.ST, M.Kes</u>	<u>198307162006042009</u>	
2.	<u>Wigetomo Gorali, M.Kes</u>	<u>196312131983101001</u>	
3.	<u>Lia Tri Harini, S.ST, M.Pd</u>		

Mengetahui,
 Ketua Jurusan

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

Singaraja, 30-9-2019

Ketua Penilai

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