

Lampiran 1. Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Tahun 2019																											
		Januari				Pebruari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
<b>I</b>	<b>Perencanaan</b>																												
1.	Konsultasi Masalah	x																											
2.	Konsultasi Judul	x																											
3.	Konsultasi proposal		x	x	x	X	x	x	x	x	x	x																	
4.	Pengetikan Proposal		x	x	x	X	x	x	x	x	x	x																	
5.	Persiapan Ujian Proposal						x	x	x	x	x	x																	
6.	Ujian Proposal												X	x															
<b>II</b>	<b>Pelaksanaan</b>																												
1	Pengurusan Izin											x	x																
2	Pengumpulan Data													X	x	x	x	x											
3	Analisa Data													X	x	x	x	x											
4	Penatalaksanaan														x	x	x	x	x										
<b>III</b>	<b>Pelaporan</b>																												
1	Penyusunan Laporan														x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	

2	Konsultasi Laporan														x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
4	Penyebaran Studi Kasus																											x		
5	Ujian Studi Kasus																												x	x



Lampiran 2. Surat Ijin Penelitian dari Instansi Universitas Pendidikan Ganesha



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

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

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

Singaraja, 06 Mei 2019

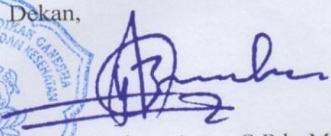
Yth. Praktek Mandiri Bidan  
Ibu Desak Made Kusarini, S.Tr.Keb.  
Di  
Singaraja

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 : I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi, NIM : 1606091068, 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.



Dekan,

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

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Buleleng I
2. Arsip

Lampiran 3. Surat Keterangan Mengasuh dari Bidan



BIDAN PRAKTIK SWASTA  
Desak Made Kusarini, S.Tr.,Keb  
Desa Sari Mekar, Kecamatan Buleleng, Kabupaten Buleleng

**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Desak Made Kusarini, S.Tr.,Keb

NIP : 19700418 199103 2 006

Alamat : Desa Sari Mekar, Kecamatan Buleleng, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi

Nim : 1606091068

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Desak Made Kusarini, S.Tr.,Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "SH" di PMB "DK" di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng 1 Tahun 2019

Singaraja , 06 Mei 2019

Mengetahui,

Praktik Mandiri Bidan



Desak Made Kusarini, S.Tr.,Keb  
NIP. 19700418 199103 2 006

#### *Lampiran 4. Permohonan Menjadi Responden*

*Lampiran 4. Permohonan Menjadi Responden*

#### **LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada :  
Calon Responden  
Di PMB “DK” Di Wilayah Kerja Puskesmas  
Buleleng I, Kabupaten Buleleng.

Dengan hormat,

Saya, I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di PMB “DK” di wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I, Kabupaten Buleleng, sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III pada Prodi D3 Kebidanan, Fakultas Olahraga dan Kesehatan 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,



I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi  
NIM. 1606091068

*Lampiran 5. Lembar Persetujuan Menjadi Responden*

*Lampiran 5. Lembar Persetujuan Menjadi Responden*

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

**(Informed Consent)**

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Perempuan "SH"

Umur : 27 tahun

Alamat : Br. Delod Margi, Desa Naga Sepaha, Kec. Buleleng, Kab. Buleleng, Provinsi Bali.

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di PMB DK di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I, Kabupaten Buleleng".

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.

Buleleng, 06 Mei 2019  
Responden  
  
Perempuan "SH")



**FORMAT PENGKAJIAN  
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

**I. DATA SUBYEKTIF (HARI .....TGL..... JAM..... )**

**1. Identitas**

	Ibu		Suami
Nama	:	Nama	:
Umur	:	Umur	:
Suku Bangsa	:	Suku Bangsa	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Alamat Rumah:		Alamat Rumah	:
No. Telp Rumah:		No. Telp Rumah:	
HP	:	HP	:
Alamat Tempat:		Alamat Tempat	:
Kerja		Kerja	
No. Telp	:	No. Telp	:
Tempat Kerja		Tempat Kerja	

**2. Alasan Datang ke Pelayanan Kesehatan**

1. Alasan Memeriksakan Diri:

.....

2. Keluhan Utama:

.....

**3. Riwayat Menstruasi**

1. Menarche :  
2. Siklus :  
3. Lama Haid :  
4. Dismenorhea :  
5. Jumlah Darah yang Keluar :  
6. TP :

**4. Riwayat Perkawinan**

1. Pernikahan ke- :  
2. Status Pernikahan :  
3. Lama Pernikahan :  
4. Jumlah Anak :

**5. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Laktasi yang lalu**

Hamil Ke-	Tgl Lahir/Umur Anak	UK (bln)	Jenis Persalinan	Tempat/ Penolong	Kondisi Saat Bersalin	Keadaan Bayi Saat Lahir					Kondisi Nifas
						PB	BB	JK	Kondisi Saat Lahir	Kondisi Sekarang	

**Riwayat Laktasi**

1. Pengalaman menyusui dini : \_\_\_\_\_
2. Pemberian ASI eksklusif : \_\_\_\_\_
3. Lama menyusui : \_\_\_\_\_
4. Kendala : \_\_\_\_\_

**6. Riwayat Kehamilan Sekarang**

1. Iktisar pemeriksaan kehamilan sebelumnya : \_\_\_\_\_
2. Gerakan janin dirasakan pertama kali sejak : \_\_\_\_\_
3. Bila gerakan janin sudah dirasakan, gerakan janin dalam 24 jam \_\_\_\_\_
4. Tanda bahaya yang pernah dirasakan (lingkari tanda yang pernah dirasakan)
  - a. Trimester I:
    - 1) Mual muntah berlebihan
    - 2) Suhu badan meningkat
    - 3) Kotoran berdarah
    - 4) Nyeri perut
    - 5) Sulit kencing/ sakit saat kencing
    - 6) Keputihan berlebihan, bau, gatal
    - 7) Perdarahan
  - b. Trimester II dan III:
    - 1) Demam
    - 2) Kotoran berdarah
    - 3) Bengkak pada muka dan tangan
    - 4) Varises hebat
    - 5) Gusi berdarah yang berlebihan
    - 6) Keputihan yang berlebihan, berbau, gatal
    - 7) Keluar air ketuban
    - 8) Perdarahan
    - 9) Nyeri perut
    - 10) Nyeri ulu hati
    - 11) Sakit kepala yang
    - 12) Pusing
    - 13) Cepat lelah
    - 14) Mata berkunang-kunang
5. Keluhan-keluhan umum yang dirasakan (lingkari keluhan yang dirasakan)
  - a. Trimester I:
    - 1) Sering kencing
    - 2) Mengidam
    - 3) Keringat bertambah
    - 4) Pusing



- 5) Ludah berlebihan
- 6) Mual muntah

7) Keputihan meningkat

b. Trimester II dan III:

- 1) Cloasma
- 2) Edema dependen
- 3) Striae linea
- 4) Gusi berdarah
- 5) Kram pada kaki
- 6) Sakit punggung bagian bawah dan atas
- 7) Sering kencing

c. Obat dan suplemen yang pernah diminum selama kehamilan ini:

6. Perilaku yang membahayakan kehamilan

- a. Merokok pasif/aktif
- b. Minum-minuman keras
- c. Narkoba
- d. Minum jamu
- e. Diurut dukun
- f. Pernah kontak dengan binatang, tidak/ya

## 7. Riwayat Kesehatan

1) Penyakit/ gejala penyakit yang pernah diderita ibu:

- a. Penyakit jantung :
- b. Terinfeksi TORCH :
- c. Hipertensi :
- d. Diabetes melitus :
- e. Asthma :
- f. TBC :
- g. Hepatitis :
- h. Epilepsi :
- i. PMS :
- j. Riwayat gynekologi :
  - a Infertilitas :
  - b Cervicitis kronis:
  - c Endometritis :
  - d Myoma :
  - e Kanker kandungan:
  - f Perkosaan :

2) Riwayat Operasi :

3) Penyakit/ gejala penyakit yang pernah diderita keluarga ibu dan suami:

a. Keturunan

- 1) Penyakit jantung :
- 2) Diabetes Militus:
- 3) Asthma :
- 4) Hipertensi :
- 5) Epilepsi :
- 6) Gangguan jiwa :



b. Sering kontak dengan penderita keluarga ibu dan suami

- 1) HIV/ AIDS :
- 2) TBC :
- 3) Hepatitis :

4) Riwayat keturunan kembar:

**8. Riwayat Keluarga Berencana**

- 1) Metode KB yang pernah dipakai :
- 2) Lama :
- 3) Komplikasi/ efek samping dari KB:

**9. Keadaan Bio-Psiko-Sosial-Spiritual**

1) Bernafas : (ada keluhan/ tidak)

2) Pola makan dan minum

a. Menu yang sering  
dikonsumsi :

.....

b. Komposisi :

.....

c. Porsi :

.....

d. Frekuensi :

.....

e. Pola minum :

.....

f. Pantangan/alergi :

.....

g. Keluhan :

.....

3) Pola Eliminasi

a. BAK

Frekuensi :

.....

Keadaan :

.....

Keluhan :

.....

b. BAB

Frekuensi :

.....

Keadaan :

.....

Keluhan :

.....



- 4) Istirahat dan tidur
  - a. Tidur malam :  
.....
  - b. Tidur siang :  
.....
  - c. Gangguan tidur :  
.....
- 5) Pekerjaan
  - a. Lama kerja sehari :  
.....
  - b. Jenis aktivitas : .....
  - c. Kegiatan lain :  
.....
- 6) Personal Hygiene
  - a. Keramas :  
.....
  - b. Gosok gigi :  
.....
  - c. Mandi : .....
  - d. Ganti pakaian/ : .....
  - e. pakaian dalam
- 7) Perilaku Seksual
  - a. Frekuensi :  
.....
  - b. Posisi :  
.....
  - c. Keluhan :  
.....
- 8) Sikap/ respon terhadap kehamilan sekarang
  - a. Direncanakan dan diterima
  - b. Direncanakan tapi tidak diterima
  - c. Tidak direncanakan tapi diterima
  - d. Tidak direncanakan dan tidak diterima
- 9) Kekhawatiran-kekhawatiran terhadap kehamilan sekarang
- 10) Respon keluarga terhadap kehamilan
- 11) Dukungan suami dan keluarga
- 12) Rencana persalinan (tempat dan penolong)
- 13) Persiapan persalinan lainnya
- 14) Perilaku spiritual selama kehamilan

**10. Pengetahuan (sesuaikan dengan umur kehamilan)**

## II. DATA OBYEKTIF (HARI TGL JAM )

### 1. Keadaan Umum

- 1) Keadaan umum : baik/ lemah/ jelek
- 2) Keadaan emosi :stabil/labil
- 3) Postur : normal/ lordose/ hiperlordose

### 2. Tanda-tanda Vital

- 1) Tekanan darah..... mmHg
- 2) Nadi ..... kali/menit
- 3) Suhu ..... °C
- 4) Respirasi ..... kali/menit

### 3. Antropometri

- 1) Berat badan ..... Kg
- 2) Berat badan sebelum hami..... Kg
- 3) Berat badan pada pemeriksaan sebelumnya ..... Kg (tanggal )
- 4) Tinggi badan ..... Cm
- 5) LILA ..... Cm

### 4. Keadaan Fisik

- 1) Kepala
  - a. Wajah
    - Edema : ada/ tidak
    - Pucat : ada/ tidak
    - Cloasma : ada/ tidak
    - Respon : .....
  - b. Mata
    - Konjungtiva : merah/ merah muda/ pucat
    - Sklera : putih/ merah/ ikterus
  - c. Mulut dan gigi
    - Bibir : pucat/ kemerahan, lembab/kering
    - Caries pada Gigi : ada/ tidak
- 2) Leher
  - a. Kelenjat limfe : ada/ tidak ada pembesaran
  - b. Kelenjar Tiroid : ada/ tidak ada pembesaran
  - c. Vena jugularis : ada/ tidak ada pelebaran
- 3) Dada
  - a. Dyspneu/Orthopneu/Thacypneu
  - b. Wheezing : ada/ tidak
  - c. Nyeri dada : ada/ tidak
  - d. Payudara dan aksila
    - a) Bentuk : simetris/ asimetris
    - b) Puting susu : menonjol/ datar/ masuk ke dalam
    - c) Kolostrum : ada/ tidak ada, cairan lain:  
.....

- d) Kelainan : masa atau benjolan ada/tidak, retraksi ada/ tidak
- e) Kebersihan : bersih/ kotor
- f) Aksila : ada/ tidak ada pembesaran limfe

4) Abdomen

- a. Bukas luka operasi : ada/ tidak ada
- b. Arah pembesaran : .....
- c. Linea nigra/linea alba: ada/ tidak  
Striae livide/striae albicans: ada/ tidak  
Respon : .....
- d. Tinggi fundus uteri ..... jari (sebelum UK 22 minggu)  
.....cm (mulai UK 22-24 minggu)
- e. Perkiraan berat janin ..... gram
- f. Palpasi Leopold (mulai UK 32 minggu, atau 28 minggu apabila ada indikasi)
  - Leopold I : .....
  - Leopold II : .....
  - Leopold III : .....
  - Leopold IV : .....
- g. Nyeri tekan : ada/ tidak
- h. DJJ
  - Punctum Maksimum : .....
  - Frekuensi ..... kali /menit
  - Irama : teratur/ tidak teratur

5) Anogenital

- a. Pengeluaran cairan : ada/ tidak ada, warna ....., bau ....., volume .....
- b. Tanda-tanda infeksi : ada/ tidak ada
- c. Luka : ada/ tidak ada
- d. Pembengkakan : ada/ tidak ada
- e. Varises : ada/ tidak ada
- f. Inspikulo vagina : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi Hasil
- g. Vagina Toucher : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi Hasil
- h. Anus  
Haemoroid : ada/ tidak ada

- 6) Tangan dan kaki
  - a. Tangan
    - Edema : ada/ tidak ada
    - Keadaan kuku : pucat/ sianosi/ kemerahan
  - b. Kaki
    - Edema : ada/ tidak ada
    - Varises : ada/ tidak ada
    - Keadaan kuku : pucat/ sianosi/ kemerahan
    - Reflek patella : kanan: positif/ negatif  
kiri : positif/ negatif

**5. Pemeriksaan Penunjang**

- 1) PPT :  
.....
- 2) Hb :  
.....
- 3) Protein Urine :  
.....
- 4) Urine Reduksi :  
.....

**III. ANALISA**

G..P..A..UK.. Preskep/ Presbo Janin Tunggal/Ganda Hidup/Mati Intra/Ekstra Uteri.

**IV. PENATALAKSANAAN**

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....



Lampiran 7. Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rohjati

I KEL F.R	II NO.	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
			2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I $\leq 16$ Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I $\geq 35$ Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin $\geq 4$ Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi $\geq 10$ Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi $\leq 2$ Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur $\geq 35$ Tahun	4				
	7	Terlalu pendek $\geq 145$ 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					

Keterangan :

- (1) Kelompok kehamilan beresiko  
Jumlah skor : 2
- (2) Kelompok resiko tinggi  
Jumlah skor : 6-10
- (3) Kelompok resiko sangat tinggi  
Jumlah skor :  $\geq 12$





Lampiran 8. Format Asuhan Kebidanan Pada Ibu Bersalin

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
- 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
- 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
  - Kontrasepsi 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
  - Eliminasi
    - BAB terakhir : pukul.....konsistensi.....
    - BAK terakhir : pukul.....jumlah.....
    - Keluhan saat BAB/BAK.....
  - Psikologis
    - Siap melahirkan : ya, tidak, alasan.....
    - Perasaan ibu saat ini: bahagia dan kooperatif, kecewa, malu, takut, sedih, cemas, menolak, putus asa
  - Sosial
    - Perkawinan. ....kali, status : sah, tidak sah
    - Lama perkawinan dengan suami sekarang ..... tahun
    - Hubungan dengan suami dan keluarga : harmonis, kurang harmonis

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

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

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

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

## II. Data obyektif

1. Keadaan umum : ...

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

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

Keadaan emosi : stabil, tidak stabil

Keadaan psikologi : takut, murung, bingung

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

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

2. Pemeriksaan fisik

a. Wajah : tidak ada kelainan, oedema, pucat

b. Mata

Conjunctiva : merah muda, pucat, merah

Sclera : putih, kuning, merah

c. Mulut

Mukosa : lembab, kering

Bibir : segar, pucat, biru

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

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

Payudara : tidak ada kelainan areola hiperpigmentasi kolostrum bersih

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

Kebersihan : bersih sedang kotor

f. Abdomen

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

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

-palpasi Leopold :

L1 : TFU.... pada fundus teraba bagian ....

L2 : disebelah kanan teraba .... di sebelah kiri teraba .....

L3 : Bagian bawah teraba ....

bisa digoyangkan , tidak bias digoyangkan

L4 : konvergen .....sejajar divergen

TBJ : ..... perlimaan .....

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

Auskultasi : DJJ .....

g. Genetalia dan Anus :

VT : tanggal ..... jam ..... oleh .....

a) Vulva :

- Pengeluaran :  tidak ,  ada, berupa: .....,  oedema,  sikatrik,  varises
- tanda infeksi :  merah,  bengkak,  nyeri(jika ada: pada.... )

b) Vagina :  Skibala,  sistokel,  rectokel

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

- Persentasi : ....

Denominator ... posisi...

- Moulage :  0  1  2  3

- Penurunan : Hodge  I  II  III  IV

- Bagian kecil :  ada  tidak ada

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

- Pemeriksaan panggul ( berdasarkan indikasi )

Promontorium :  teraba  tidak

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

Dinding panggul :  sejajar  divergen  konvergen

Sacrum :  konkaf  konfeks

Spina ischiadika :  tumpul  menonjol  sangat menonjol

Os coccygeus : dapat didorong :  ya  tidak

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

Kesan panggul : .....

Pelvic score ( bila diperlukan ).....

c) Anus: Haemoroid :  ada,  tidak

3. Pemeriksaan Penunjang :

Tanggal : ..... jam .....

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

Urine reduksi : .....

CTG/NST : .....

USG :.....

Lain –lain :.....

III. Analisa

IV. Penatalaksanaan

CATATAN PERKEMBANGAN

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

Lampiran 9 Partograf Depan

### PARTOGRAF

No. Register       Nama Ibu: \_\_\_\_\_ Umur: \_\_\_\_\_ G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_  
 No. Puskesmas       Tanggal: \_\_\_\_\_ Jam: \_\_\_\_\_  
 Ketuban Pecah sejak jam \_\_\_\_\_ Mules sejak jam \_\_\_\_\_

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban penyusupan

Pembukaan serviks (cm) beri tanda x  
 Jurumnya Kepala beri tanda 0

Kontraksi Tiap 10 Menit

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Nadi

Tekanan Darah

Suhu °C

Urin: Protein, Aseton, Volume

Minum

The partogram consists of several vertically stacked grid sections. The top section is for fetal heart rate (Denyut Jantung Janin) with a scale from 80 to 200 bpm. Below it is a section for amniotic fluid (Air ketuban penyusupan). The third section is for cervical dilation (Pembukaan serviks) with a scale from 0 to 10 cm. Two diagonal lines are drawn: the upper one is labeled 'WASPADA' and the lower one is labeled 'BERJAWAB'. The x-axis for this section is 'Waktu (jam)' from 1 to 16. Below this are sections for contractions (Kontraksi) with a scale from 1 to 5, oxytocin administration (Oksitosin), IV fluids (Obat dan Cairan IV), pulse (Nadi) with a scale from 60 to 180, blood pressure (Tekanan Darah) with a scale from 60 to 180, temperature (Suhu) with a scale from 60 to 180, and urine (Urin) and fluid intake (Minum) sections.

## Lampiran 10 Partograf Belakang

### 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, kode: 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:
  - Gawatdarurat
  - Perdarahan
  - HDK
  - Infeksi
  - PMTCT

#### KALA I

10. Temuan pada fase laten: ..... Perlu intervensi Y/T
11. Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y/T
12. Masalah pada fase aktif, sebutkan: .....
13. Penatalaksanaan masalah tersebut: .....
14. Hasilnya: .....

#### KALA II

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

#### KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
  - Ya
  - Tidak, alasannya: .....
20. Lama kala III: ..... menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U/m?
  - Ya, waktu: ..... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan: .....
22. Penjepitan tali pusat ..... menit setelah bayi lahir
  - Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
  - Ya, alasan: .....
  - Tidak
23. Penengangan tali pusat terkendal?
  - 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. Leserasi:

- Ya, dimana: .....
- Tidak

28. Jika leserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4

Tindakan:

- Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
- Tidak dijahit, alasan: .....

29. Atoni uteri:

- Ya, tindakan: .....
- Tidak

30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ..... ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut: .....

32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya: .....

Hasilnya: .....

#### KALA IV

33. Kondisi ibu: KU ..... TD ..... mmHg, Nadi ..... x/mnt, Nafas ..... x/mnt

34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya: .....

#### BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan: ..... gram

35. Panjang badan: ..... cm

36. Jenis kelamin: L / P

37. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit

38. Bayi lahir:

- Normal, tindakan:
  - menghangatkan
  - mengeringkan
  - rangsang taktil
  - IMD atau naluri menyusu segera
  - tetes mata profilaktika, vitamin K
  - imunisasi Hepatitis B

Asfiksia

- menghangatkan
- rangsang taktil
- membebaskan jalan nafas
- ventilasi tekanan positif (posisi dan isap lendir)
- asuhan pascareusitasi
- mengeringkan
- lain-lain, sebutkan: .....

Cacat bawaan, sebutkan: .....

Hipotermi, tindakan:

- a. ....
- b. ....
- c. ....

39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir

- Ya, waktu: ..... jam setelah bayi lahir
- Tidak, alasan: .....

40. Masalah lain, sebutkan: .....

Hasilnya: .....

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih /Σ urin	Σ darah keluar
1								
2								

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



<p>lakukanamniotomi.</p>
<p>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.</p>
<p>10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal ( 120 – 160 kali / menit ).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</li> <li>• Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.</li> </ul>
<p><b>IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN</b></p>
<p>11. Beritahukan padaibubahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada.</li> <li>• Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.</li> </ul>
<p>12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.</p>
<p>13. Laksanakan bimbingan meneranpada saatibuingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif</li> <li>• Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai.</li> <li>• Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama).</li> <li>• Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi.</li> <li>• Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu.</li> <li>• Berikan cukup asupancairan per-oral (minum).</li> <li>• Menilai DJJ setiapkontraksi uterus selesai</li> <li>• Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran <math>\geq</math> 120 menit (2 jam) pada primigravida atau <math>\geq</math>60menit (1 jam) pada multigravida.</li> </ul>
<p>14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.</p>
<p><b>V. PERSIAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b></p>
<p>15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.</p>

16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.
17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.
18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.
<b>VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>
<b>Lahirnya Kepala</b>
19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara 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.  <i>Perhatikan!</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.</i></li> <li>• <i>Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.</i></li> </ul>
21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
<b>Lahirnya Bahu</b>
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara 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.
<b>Lahirnya Badan dan Tungkai</b>
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).
<b>VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR</b>
<b>25. Lakukan penilaian (selintas):</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Apakah bayi cukup bulan?</li> <li>• Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas tanpa kesulitan?</li> <li>• Apakah bayi bergerak dengan aktif ?</li> </ul> Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru

<p>lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi pada bayi asfiksia.</p> <p>Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke -26</p>
<p><b>26. Keringkan tubuh bayi</b></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>
<p>27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukaan kehamilan ganda (gemeli)</p>
<p>28. Beritahu ibu ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.</p>
<p>29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan akspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).</p>
<p>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.</p>
<p>31. Pemootongan dan pengikatan tali pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut.</li> <li>• Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikan tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya.</li> <li>• Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.</li> </ul>
<p>32. Letakkan bayi tengurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berdpa diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari puting susu atau areola mammae ibu.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.</li> <li>• Biarkan bayi melakukan kontak kulit-ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.</li> <li>• Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.</li> <li>• Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.</li> </ul>
<p><b>VIII. MANEJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)</b></p>

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"> <li>• Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi puting susu.</li> </ul>
<b>Mengeluarkan plasenta</b>
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. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik sekuat tenaga terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir( kearah bawah-sejajar lantai-atas).</li> <li>• Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahiran plasenta</li> <li>• Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menegangkan tali pusat : <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM</li> <li>2. Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh</li> <li>3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan</li> <li>4. Ulangi tekanan dorso-cranial dan penegangan tali pusat 15 menit berikutnya</li> <li>5. Jika plasenta lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.</li> </ol> </li> </ul>
37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpelin kemudian lahir dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan. <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<b>Rangsangan Taktil (Masase) Uterus</b>
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) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan tindakan yang diperlukan (ompresi bimanual internal, kompresi aorta</li> </ul>

abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri)
<b>IX. MENILAI PERDARAHAN</b>
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.
40. <span style="float: right;">Periksa</span> kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.
<b>X. ASUHAN PASCA PERSALINAN</b>
41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam
42. Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.
<b>Evaluasi</b>
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"> <li>• Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit</li> <li>• Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit Rujukan</li> <li>• Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.</li> </ul>
<b>Kebersihan dan keamanan</b>
48. Bersihkan ibu dari paparan darah dan cairan tubuh dengan menggunakan air DTT. Bersihkan cairan ketuban, lendir dan darah di ranjang atau 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 <sub>1</sub> (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 <sup>0</sup> C) setiap 15 menit.
57. Setelah satu jam pemberian vitamin k <sub>1</sub> 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.
<b>Dokumentasi</b>
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

*Lampiran 12 Format Pengkajian Data Asuhan Kebidanan Pada Neonatus*

**FORMAT PENGAJIAN DATA  
ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

Nama Rumah Sakit/RB/BPS : .....		Nomor RM : .....	
.....		Tanggal masuk dirawat : .....	
Dokter yang merawat : .....		Tanggal pengkajian : .....	
Bidan : .....		Jam : .....	
<b>I. DATA SUBJEKTIF</b>			
<b>A. Biodata</b>			
<b>1. Bayi</b>			
Nama		: .....	
Umur/tgl/jam lahir		: .....	
Jenis kelamin		: .....	
Anak ke-		: .....	
Status anak		: .....	
<b>2. Orang tua</b>		<b>Ibu</b>	<b>Ayah</b>
Nama	: .....	: .....	: .....
Umur	: .....	: .....	: .....
Pendidikan	: .....	: .....	: .....
Pekerjaan	: .....	: .....	: .....
Agama	: .....	: .....	: .....
Suku bangsa	: .....	: .....	: .....

Status perkawinan	: .....	: .....
Alamat rumah	: .....	: .....
No. telp	: .....	: .....
Alamat tempat kerja	: .....	: .....
B. Alasan dirawat :		
C. Keluhan utama :		
D. Riwayat prenatal :		
GAPAH :		
Masa gestasi :		
Riwayat ANC :		
Penerimaan Kehamilan : <input type="checkbox"/> direncanakan <input type="checkbox"/> tidak direncanakan, <input type="checkbox"/> diterima <input type="checkbox"/> tidak diterima		
Penyulit selama masa prenatal :		
Konsumsi obat dan suplemen :		
Imunisasi TT : <input type="checkbox"/> TT <sub>1</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT <sub>2</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT ..... tgl.....		
Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin : .....		
Riwayat penyakit ibu :		
<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/>		
jantung		
<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> alergi <input type="checkbox"/> lain-lain .....		
Riwayat pengobatan ibu		
E. Riwayat intranatal :		
Penolong : ..... tempat kelahiran ..... tanggal.....		
Kala I: lama : .....jam, penyulit : .....		
Tindakan:.....		



<p>Kala II; lama : .....jam/menit, penyulit : .....</p> <p>.....</p> <p>Tindakan:.....</p> <p>Bayi lahir jam : ....., jenis kelamin : .....</p> <p>Keadaan saat lahir : tangis.....gerak.....</p> <p>Warna kulit.....</p> <p>Kala III; lama : .....jam, keadaan plasenta : <input type="checkbox"/> lengkap <input type="checkbox"/> tidak lengkap <input type="checkbox"/> kalsifikasi</p> <p>Keadaan tali pusat: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> layu <input type="checkbox"/> simpul</p> <p>Jenis persalinan :</p> <p>Indikasi.....</p>
<p>F. Faktor resiko infeksi</p> <p>Mayor : <input type="checkbox"/> suhu ibu &gt;38° C <input type="checkbox"/> KPD &gt;24 jam <input type="checkbox"/> ketuban hijau <input type="checkbox"/> korioamniotis <input type="checkbox"/> fetal distress</p> <p>Minor : <input type="checkbox"/> KPD &gt;12 jam <input type="checkbox"/> asfiksia <input type="checkbox"/> BBLR <input type="checkbox"/> ISK <input type="checkbox"/> UK&lt;37 minggu</p> <p><input type="checkbox"/> gemeli</p> <p><input type="checkbox"/> keputihan <input type="checkbox"/> suhu ibu &gt;37°C</p>
<p>G. Riwayat postnatal :</p> <p>APGAR Skor : .....</p> <p>Inisiasi menyusu dini : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>Skor Bounding : .....</p> <p>Rooming-in : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>Kondisi</p> <p>.....</p>
<p>H. Riwayat masa neonatus :</p> <p>.....</p>
<p>I. Riwayat imunisasi</p> <p><input type="checkbox"/> BCG Tgl..... <input type="checkbox"/> Polio<sub>1</sub> Tgl..... <input type="checkbox"/> Hb<sub>1</sub> Tgl.....</p>

Komplikasi..... <input type="checkbox"/> tidak imunisasi, alasan.....
<b>J. Bio-psiko-sosial-spiritual</b>
<b>1. Biologis</b> a. Pernafasan : <input type="checkbox"/> ada gangguan <input type="checkbox"/> tidak ada gangguan b. Nutrisi Jenis : ..... Frekuensi : ..... Porsi : ..... Keluhan/kendala : Eleminasi BAK; frekuensi : ....., warna : ....., bau : ..... BAB; frekuensi : ....., warna : ....., konsistensi : ..... c. Istirahat : ..... d. Aktivitas : .....
<b>2. Psikososial</b> Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak ..... Dukungan keluarga.....
<b>3. Sosial</b> Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga : ..... Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak : ..... Pola Asuh Anak : .....
<b>4. Spiritual</b> Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak .....
<b>K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan</b> <input type="checkbox"/> Tanda-tanda bahaya pada bayi : <input type="checkbox"/> 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

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.....

hermaprodit    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
		

Lampiran 13. Format Asuhan Kebidanan Pada Ibu Nifas

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

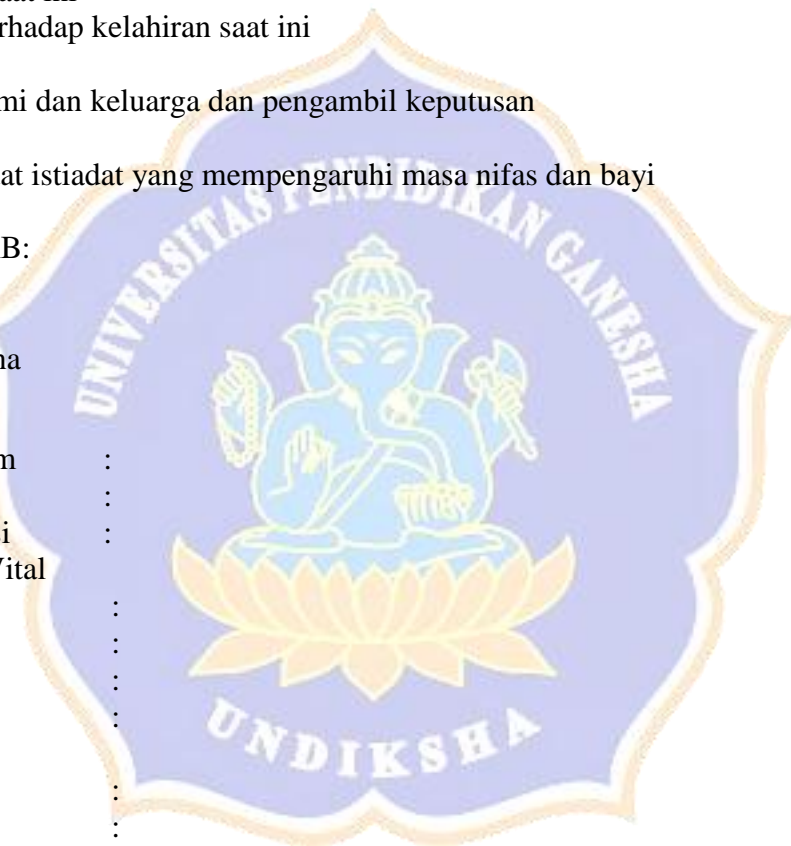
11. Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual

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**

**CATATAN PERKEMBANGAN**

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

Lampiran 14 Format Asuhan Kebidanan Pada Akseptor Kb Baru/Lama

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 : \_\_\_\_\_

Dismenorea    Spoting    Menoragia    Metrorrhagia

Premenstruasi Syndrome

Lain – lain:.....

5. Riwayat Perkawinan :

Pernikahan ke : .....

Lama : .....

Status : .....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

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

7. Riwayat Laktasi

a. Pengalaman menyusui :  ada    tidak

b. Anak ke : .....

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

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

11. Riwayat Penyakit Keluarga

- DM       Asthma       Jantung       Hipertensi       Epilepsi  
 Hepatitis       PMS       HIV/AIDS       TBC

12. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

a. Biologis

1. Bernafas:  Tidak Ada

Ada :  dyspneu  orthopneu  thacypneu  wheezing  ronchi

2. Pola Nutrisi

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

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

3. Eliminasi

a) BAK .....x/hari

b) BAB .....x/hari

c) Keluhan:.....

4. Istirahat/Tidur

a) Tidur malam .....jam

b) Tidur siang .....jam

c) Keluhan :.....

5. Aktivitas Sehari-Hari

a) Lama aktivitas .....jam

b) Jenis aktivitas :.....

6. Personal Hygiene

a) Mandi .....x/hari

b) Vulva hygiene

Waktu : .....

Kebiasaan : .....

Pemakaian pakaian dalam : .....

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

7. Prilaku Seksual

a) Cara : .....

b) Frekuensi : .....

c) Keluhan : .....

b. Psikososial

a) Persepsi tentang KB :

Kesiapan ber-KB:  siap  tidak

b) Perasaan saat ini:  cemas  sedih  takut  malu  menolak

c) Dukungan:

1. Suami :  mendukung  tidak

2. Keluarga :  mendukung  tidak

d) 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 datar :  menonjol  masuk

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

.....



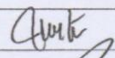
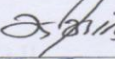
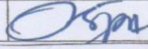
Lampiran 16. Lembar Pengesahan Penguji Proposal

LEMBAR PENGESAHAN  
LAPORAN TUGAS AKHIR  
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI  
PROPOSAL TUGAS AKHIR  
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN  
DI PMB "DK" DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS BULELENG I  
TAHUN 2019

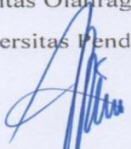
NAMA : I GUSTI AYU PRADIANTARI UTAMI DEWI  
NIM : 1606091068

Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir  
Program Studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha  
Pada Tanggal 16 April 2019

Tim Penguji

No.	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1	Luh Mertasari, S.ST.,M.Pd	19801115 200604 2 015	
2	Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST.,M.Pd	19720422 199503 2 002	
3	Ketut Espana Giri, S.ST.,M.Kes	19820629 200604 2 016	

Singaraja, April 2019  
Ketua Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan  
Fakultas Olahraga dan Kesehatan  
Universitas Pendidikan Ganesha

  
(Dr. I Ketut Suidiana, S.Pd.,M.Kes)  
NIP : 19670527 200112 1 001

Lampiran 17. Berita Acara Proposal



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

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

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

Pada hari ini Selasa Tanggal 16 Bulan April  
 Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di Kampus Prodi Ps Kebidanan Undiksha  
 telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII  
 Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi  
 NIM : 1606021068  
 Pembimbing I : Luh Mertasari, S.ST, M.P.d  
 Pembimbing II : Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST, M.P.d  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan  
 Di Puskesmas Bangli Utara Tahun 2019

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Pernyataan masalah pada LB belum spesifik, lebih sistematis lagi
2. Kata teori KB dibuat sesuai dgn apa yang akan dibuktikan pada buku, siapkan media
3. lembek pemberian asuhan, siapkan diri buku rujukan
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

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

Singaraja, 16 April 2019

Dewan Penguji:

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| 1. <u>Luh Mertasari, S.ST, M.P.d</u>            | 1. <u>[Signature]</u> |
| 2. <u>Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST, M.P.d</u> | 2. <u>[Signature]</u> |
| 3. <u>Kebt Espana Gati, S.ST, M.P.d</u>         | 3. <u>[Signature]</u> |
| 4. ....   | 4. ....               |

Lampiran 18. Lembar Konsultasi I Proposal



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

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

**LEMBAR KONSULTASI LAPORAN STUDI KASUS**

Nama Mahasiswa : I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi  
NIM : 1606091068  
Angkatan : XVIII  
Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidana Komprehensif pada Perempuan di PMB "DK" di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I Tahun 2019

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 15 Januari 2019	BAB 1 BAB 2 BAB 3	Perbaikan BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	af
Senin, 4 Pebruari 2019	Perbaikan BAB 1, BAB 2 BAB 3 dan cover	Perbaikan BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	af
Jumat, 29 Maret 2019	Perbaikan BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	Perbaikan BAB 1, BAB 3 dan tata tulis	af
Kamis, 4 April 2019	Daftar isi, Perbaikan BAB 1, BAB 3, lampiran dan tata tulis	Perbaikan Daftar isi, BAB 1, BAB 3, lampiran dan tata tulis	af
Senin, 8 April 2019	Perbaikan BAB 1, BAB 2, BAB 3 lampiran	Perbaikan BAB 1, BAB 2 dan tata tulis	af
Rabu, 10 April 2019	Perbaikan lengkap	ACC	af

Singaraja, 10 April 2019  
Pembimbing I

Luh Mertasari, S.ST., M.Pd  
NIP. 19801115 200604 2 015

Lampiran 19. Lembar Konsultasi II Proposal



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI  
 UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA  
 Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja-Bali  
 Telepon (0362) 22570 Fax. (0362) 25735 Kode Pos 81116  
 Laman : [www.undiksha.ac.id](http://www.undiksha.ac.id)

**LEMBAR KONSULTASI LAPORAN STUDI KASUS**

Nama Mahasiswa : I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi  
 NIM : 1606091068  
 Angkatan : XVIII  
 Judul Studi Kasus : Asuhan Kebidana Komprehensif pada Perempuan di BPM "DK" di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I Tahun 2019

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 22 Pebruari 2019	BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	Perbaikan BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	<i>[Signature]</i>
Jumat, 01 Maret 2019	Perbaikan tata tulis, BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	Perbaikan tata tulis, BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	<i>[Signature]</i>
Senin, 01 April 2019	Perbaikan lengkap	Perbaikan cover, daftar isi, BAB 1, BAB 2, BAB 3 dan tata tulis	<i>[Signature]</i>
Kamis, 04 April 2019	Perbaikan lengkap	ACC	<i>[Signature]</i>

Singaraja, 04 April 2019  
 Pembimbing II

*[Signature]*

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



UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA  
FAKULTAS PENDIDIKAN OLAHRAGA DAN KESEHATAN  
JURUSAN KEBIDANAN

Jl. Bisma Barat No. 25A Tlp.(0362)70001042, Fax (0362)21340 Kode Pos 81117

**LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR**

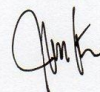
Nama Mahasiswa : I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi  
NIM : 1606091068  
Angkatan : XVIII  
Judul Laporan : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "SH"  
G3P2A0 UK 38 Minggu 6 Hari Preskep U Puki Janin  
Tunggal Hidup Intra Uteri di PMB "DK" di Wilayah Kerja Puskesmas  
Buleleng I

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 24 Juni 2019	BAB 4	- Perbaiki data Subyektif dan Obyektif - Pada pembahasan sesuaikan dengan teori yang terbaru dan perbanyak sumber	
Rabu, 3 Juli 2019	Perbaikan BAB 4	- Tambahkan pada Data Subyektif dan Obyektif dan hapus yang tidak diperlukan dalam memberikan asuhan - Perbaiki hasil evaluasi pada asuhan yang telah diberikan agar sesuai - Pada pembahasan diurutkan dari kunjungan ANC yang pertama dan dilanjutkan dengan asuhan yang diberikan selanjutnya	
Kamis, 18 Juli 2019	BAB 1 - BAB 5	- Perbaiki cover - Perbaiki kasus - Pada pembahasan tambahkan mengenai 10 T,	

		IMD, Tali pusat -Perbaiki BAB 5	
Senin, 29 Juli 2019	Perbaiki BAB 1 - BAB 5	ACC	M

Singaraja, 29 Juli 2019

Pembimbing I



Luh Mertasari, S.ST.,M.Pd  
NIP. 19801115 200604 2 015





UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA  
FAKULTAS PENDIDIKAN OLAHRAGA DAN KESEHATAN  
JURUSAN KEBIDANAN

Jl. Bisma Barat No. 25A Tlp.(0362)70001042, Fax (0362)21340 Kode Pos 81117

**LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : I Gusti Ayu Pradiantari Utami Dewi  
NIM : 1606091068  
Angkatan : XVIII  
Judul Laporan : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "SH"  
G3P2A0 UK 38 Minggu 6 Hari Preskep U Puki Janin  
Tunggal Hidup Intra Uteri di PMB "DK" di Wilayah Kerja Puskesmas  
Buleleng I

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 29 Juli 2019	BAB 1-5	-Perbaiki cover, penomoran, rata kiri dan kanan, perbaiki BAB 4 dan BAB 5	
Selasa, 30 Juli 2019	Perbaiki BAB 1-5 dan Lampiran	-Perbaiki BAB 4 dan BAB 5, perbaiki penomoran dan lampiran	
Rabu, 31 Juli 2019	Perbaiki BAB 4 dan BAB 5, perbaiki penomoran dan lampiran	ACC	

Singaraja, 31 Juli 2019

Pembimbing II

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

# Dokumentasi Asuhan



Nomor Registrasi Ibu: .....  
 Nomor Urut di Kohort Ibu: .....  
 Tanggal menerima buku KIA: **PMB Decak Made Kuseni**  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: **08786202912**

**IDENTITAS KELUARGA**  
 Nama Ibu: **Ni Luh Sri Harmonis**  
 Tempat/Tgl. lahir: **28 th**  
 Kehamilan ke: **II** Anak terakhir umur: **2 1/2** tahun  
 Agama: **Hindu**  
 Pendidikan: **Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi**  
 Golongan Darah: **O**  
 Pekerjaan: **IAT**  
 No. IKN: .....

Nama Suami: **Gede Sentana**  
 Tempat/Tgl. lahir: **28 th**  
 Agama: **Hindu**  
 Pendidikan: **Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi**  
 Golongan Darah: **Tung**  
 Pekerjaan: **Tung**

Alamat Rumah: **Ds. Naga Sepaha**  
 Kecamatan: **Buleleng**  
 Kabupaten/Kota: **Buleleng**  
 No. Telp. yang bisa dihubungi: **087864844206**

Nama Anak: .....  
 Tempat/Tgl. Lahir: .....  
 Anak ke: ..... dari ..... anak  
 No. Akte Kelahiran: .....

\* Lingkari yang sesuai

**Diisi oleh petugas kesehatan**  
 Hari Persalinan Terakhir (HPT), tanggal: **8-8-2019**  
 Hari Takaran Persalinan (HTP), tanggal: **15-8-2019**  
 Lingkar Lengan Atas: **29** cm KEK ( ) Non KEK ( ) Tinggi Badan: **150** cm  
 Golongan Darah: **O**  
 Penggunaan konsepsi sebelum kehamilan ini: **sunth 3 bulan**  
 Riwayat Penyakit yang diteliti ibu: **0**  
 Riwayat Alergi: **0**

**Diisi oleh petugas kesehatan**  
 Hamil ke **3** Jumlah persalinan **3** Jumlah keguguran **0**  
 Jumlah anak hidup **2** Jumlah lahir mati **0**  
 Jumlah anak lahir kurang bulan **0** anak **0**  
 Jarak kelahiran ini dengan persalinan terakhir **2 1/2**  
 Status menyusui TT terakhir **0** (Bukan menyusui)  
 Penolong persalinan terakhir **0** (Bidan)  
 Cara persalinan terakhir **0** (Spontan/Normal / Tindakan)

Tgl	Keluhan Keluhan	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin (kep/Suku)	Dinyak Jantung janin (bpm)
8/8	menyuntik	120/70	49	36	31	kepatas	140
9/8	rasa	120/70	51	37	31	kepatas	140
10/8	rasa	120/70	52	38	31	kepatas	140
11/8	rasa	120/70	55	39	31	kepatas	140
12/8	rasa	120/70	61	40	31	kepatas	140
13/8	rasa	120/70	61,5	40	31	kepatas	140

Kali Berkah	Hasil Pemeriksaan Laboratoran	Tindakan (jika ada, tanggal, tempat, obat)	Keperawatan (jika ada)	Kesimpulan (jika ada)
1+	PP test	0,25% HCG	tidak ada	tidak ada
-1+	PP test	0,25% HCG	tidak ada	tidak ada
0+	PP test	0,25% HCG	tidak ada	tidak ada
0+	PP test	0,25% HCG	tidak ada	tidak ada
0+	PP test	0,25% HCG	tidak ada	tidak ada
-1+	PP test	0,25% HCG	tidak ada	tidak ada
-1+	PP test	0,25% HCG	tidak ada	tidak ada
-1+	PP test	0,25% HCG	tidak ada	tidak ada

**Ibu Bersalin dan Ibu Nifas**  
 Tanggal persalinan: **17 Mei 2019** Pukul: **08.15** (siang)  
 Umur kehamilan: **29-40** Minggu  
 Penolong persalinan: **Dokter (bidan) lain-lain**  
 Cara persalinan: **(Normal) Tindakan**  
 Keadaan ibu: **Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/Meninggal)**

Keterangan tambahan: .....  
 \* Lingkari yang sesuai

**Bayi Saat Lahir**  
 Anak ke: **II**  
 Berat Lahir: **3800** gram  
 Panjang Badan: **50** cm  
 Lingkar Kepala: **25** cm  
 Jenis Kelamin: **Laki-laki/Perempuan\***

Kondisi bayi saat lahir\*\*:  
 Segera menangis  
 Menangis beberapa saat  
 Tidak menangis  
 Seluruh tubuh kemerahan  
 Seluruh tubuh biru  
 Tidak kemerahan  
 Lain-lain

Asuhan Bayi Baru Lahir\*\*:  
 Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi  
 Suntikan Vitamin K1  
 Salep mata antibiotika profilaksis  
 Imunisasi Hib

Keterangan tambahan: .....  
 \* Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

**(Diisi oleh dokter/bidan)**

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN I (0-3 hari)	KUNJUNGAN II (4-28 hari)	KUNJUNGAN III (29-42 hari)
Kondisi ibu secara umum	Baik	Baik	Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	120/70/80/120	120/70/80/120	120/70/80/120
Persalinan persalinan	jarikan normal	jarikan normal	jarikan normal
Kondisi payudara	baik	baik	baik
Tanda infeksi	tidak ada	tidak ada	tidak ada
Kemampuan ibu	baik	baik	baik
Tinggi Fundus Uteri	2 jari 4 bulan	1/2 jari 3 bulan	1/2 jari 3 bulan
Laktasi	baik	baik	baik
Pemeriksaan jalan lahir	tidak ada pendarahan	tidak ada pendarahan	tidak ada pendarahan
Pemeriksaan payudara	tidak ada pendarahan	tidak ada pendarahan	tidak ada pendarahan
Produk ASI	ada	ada	ada
Perawatan Keperawatan	ada	ada	ada
Pelaksanaan konsepsi postpersalinan	ada	ada	ada
Demam/menstruasi tinggi dan komplikasi pada nifas	tidak ada	tidak ada	tidak ada
Buang Air Besar (BAB)	ada	ada	ada
Buang Air Kecil (BAK)	ada	ada	ada

Memberi nasihat yaitu:  
 Mula-mula bayi yang bereslah dengan yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, protein, lemak, lemak dan lemak.  
 Kelahiran air susu pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 1/2 gelas setiap hari pada 6 bulan kedua adalah 1/2 gelas sehari.  
 Menyanggah bayi, termasuk kebersihan daerah kemaluan, serta kebersihan lingkungan.  
 Bayi yang melahirkan dengan cara normal cukup makan母乳 (makanan ibu) dan ASI eksklusif.  
 Bayi yang melahirkan dengan cara normal cukup makan母乳 (makanan ibu) dan ASI eksklusif.  
 Bayi yang melahirkan dengan cara normal cukup makan母乳 (makanan ibu) dan ASI eksklusif.  
 Bayi yang melahirkan dengan cara normal cukup makan母乳 (makanan ibu) dan ASI eksklusif.

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

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (0-48 jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
Barat badan (gram)	3800 gr	3700 gr	3800 gr
Panjang badan (cm)	50 cm	51 cm	52 cm
Suhu (°C)	36,5°C	36,8°C	36,7°C
Frekensi nadi (x/menit)	120/menit	120/menit	120/menit
Frekensi denyut jantung (x/menit)	110/menit	115/menit	110/menit
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	✓	✓	✓
Memeriksa infeksi	✓	✓	✓
Memeriksa diare	✓	✓	✓
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	✓	✓	✓
Memeriksa status VII KL	✓	✓	✓
Memeriksa status imunisasi Hib-0, ICC, Polio 1	✓	✓	✓
Bayi sehat yang sudah mendapatkan Siring Hipotesis (Kondisi Gigitan)	✓	✓	✓
* SHK Ya / Tidak	✓	✓	✓
* Hasil tes SHK (-) / (+)	✓	✓	✓
* Konfirmasi hasil SHK	✓	✓	✓
Tindakan terapan/rujukan/umpan balik	✓	✓	✓
Nama pemeriksa	.....	.....	.....

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

**KETERANGAN LAHIR**  
 No. **39/PMB/19/2019**

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:  
 Pada hari ini **Selasa**, tanggal **14 Mei 2019**, Pukul **08.15** telah lahir seorang bayi:  
 Jenis Kelamin: **Laki-laki/Perempuan\***  
 Jenis Kelahiran: **Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya\***  
 Kelahiran ke: **ke-3 (B...)**  
 Berat lahir: **3800** gram  
 Panjang Badan: **50** cm  
 di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Polindes/Bumah Bidan/di\*  
**PMB Decak Made Kuseni**  
 Alamat: **Desa. Sari Meter**  
 Diberi nama: .....

Dari Orang Tua:  
 Nama Ibu: **Ni Luh Sri Harmonis** Umur: **27** tahun  
 Pekerjaan: **IAT**  
 KTP/NIK No.: **5108065709930008**  
 Nama Ayah: **Gede Sentana** Umur: **38** tahun  
 Pekerjaan: **Tunggal**  
 KTP/NIK No.: **5108062106800004**  
 Alamat: **Ds. Naga Sepaha**  
 Kecamatan: **Buleleng**  
 Kab./Kota: **Buleleng**  
**Singarmin**, Tanggal: **14-5-2019**

Saksi I: ..... Saksi II: ..... Penolong persalinan: **Arskalita P. P. P.**