

## Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Bulan																															
		Jan '19				Peb '19				Mar '19				Apr '19				Mei '19				Juni-Juli'19				Agustus							
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
<b>I</b>	<b>Perencanaan</b>																													1	2	3	4
1	Konsultasi masalah dan judul	x	x																														
2	Konsultasi proposal		x	x	x	x	x	x	x	x	x																						
3	Persiapan Ujian Proposal										x	x	x																				
4	Ujian Proposal													x	x	x																	
<b>II</b>	<b>Pelaksanaan</b>																																
1	Pengurusan izin																	x	x	x													
2	Pengumpulan data																					x	x										
3	Analisa data																					x	x	x									
4	Penatalaksanaan																					x	x	x									
<b>III</b>	<b>Pelaporan</b>																																
1	Penyusunan laporan																					x	x	x	x								
2	Pengetikan Laporan																					x	x	x	x								
3	Konsultasi Laporan																					x	x	x	x	x	x						
4	Penyebaran Studi Kasus																															x	x
5	Ujian Studi Kasus																															x	x



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 : ~~592~~/UN48.12.6 / KM / 2019  
Lampiran : -  
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Singaraja, 31 Mei 2019

Yth. Praktek Mandiri Bidan  
Ibu Gusti Ketut Sadining Mertasari, A.Md.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 : Putu Murdi Astini, NIM : 1606091041 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.



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

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Seririt III
2. Arsip

PRAKTEK MANDIRI BIDAN  
Gusti Ketut Sadining Mertasari,A.Md.Keb  
Desa Gunungsari, Kecamatan Seririt, Kabupaten Buleleng

---

**SURAT KETERANGAN**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Gusti Ketut Sadining Mertasari,A.Md.Keb

Alamat : Desa Gunungsari, Kecamatan Seririt, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Putu Murdi Astini


NIM : 1606091041

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Gusti Ketut Sadining Mertasari,A.Md.Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "KT" di PMB "SM" Wilayah Kerja Puskesmas Seririt III Tahun 2019"

Gunungsari, 01 Juni 2019

Mengetahui,

Praktek Mandiri Bidan



Gusti Ketut Sadining Mertasari,A.Md.Keb

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada :  
Calon Responden  
Di PMB “SM” Wilayah Kerja  
Puskesmas Seririt III,  
Kabupaten Buleleng

Dengan hormat,

Saya, Putu Murdi Astini, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan “KT” di PMB “SM” Wilayah Kerja Puskesmas Seririt III Tahun 2019” 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,



(Putu Murdi Astini)  
NIM. 1606091041

**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

*(Informed Consent)*

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Putu Krisna Tia

Umur : 23 Tahun

Alamat : Desa Gunungsari, Kecamatan Seririt, Kabupaten Buleleng

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan "KT" di PMB "SM" Wilayah Kerja Puskesmas Seririt III Tahun 2019".

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.

Gunungsari, 03 Juni 2019

Responden

  
METERAI  
TEMPER  
D2208AFF88195637  
6000  
ENAM RIBURUPIAH  
( Putu Krisna Tia )

**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"/> <b>IRJ</b> <input type="checkbox"/> <b>Unit Emergensi</b> <input type="checkbox"/> <b>Rujukan.....</b> <input type="checkbox"/> <b>Langsung Kamar Bersalin</b>							
<b>A. Data Subyektif</b>								
1. Identitas	Ibu				Suami			
Nama	.....				.....			
Umur	.....				.....			
Suku Bangsa	.....				.....			
Agama	.....				.....			
Pendidikan	.....				.....			
Pekerjaan	.....				.....			
Alamat Rumah	.....				.....			
No telepon	.....				.....			
Alamat Kerja	.....				.....			
No Telepon	.....				.....			
2. Alasan Memeriksa Diri :								
3. Keluhan Utama :								
4. Riwayat Menstruasi								
Umur Menarche	:				Siklus haid	:		
Jumlah darah	:				Lama haid	:	4 hari	
HPHT	:				TP	:		
Keluhan saat haid	:							
<input type="checkbox"/> Disminorhea <input type="checkbox"/> Spoting <input type="checkbox"/> Menoragia <input type="checkbox"/> Metrorrhagia <input type="checkbox"/> Premenstrual Syndrome								
5. Riwayat Perkawinan : <input type="checkbox"/> kawin <input type="checkbox"/> tidak kawin <input type="checkbox"/> sah <input type="checkbox"/> tidak sah .....kali. <b>Lama kawin.....tahun</b>								
6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu								
No	Tgl/Bln/Thn Partus/umur anak	Tempat / Penolong Partus	UK saat Persalinan	Jenis Persalinan	Kondisi Saat Bersalin	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ JK/ BBL/ Keadaan Sekarang	Laktasi

<p>7. Riwayat Hamil ini :</p> <p>Pemeriksaan sebelumnya: ANC ..... kali, di ..... , TT ..... kali, Tgl.....</p> <p>Keluhan/ Tanda Bahaya:</p> <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"/> belumsudah sejak ..... minggu/bulan yang lalu</p> <p>Saif 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 binatangnarkoba <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 <b>Kapan</b>.....</p> <p><input type="checkbox"/> TORCH <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> <b>PMS Kapan</b>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Operasi <b>Jenis</b>..... <b>Kapan</b>.....</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 Kembar <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>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</p> <p><input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan</p>								
<p>11. Riwayat &amp; 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 : .....
<b>12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual</b>
<b>a. Biologis :</b>
1) Bernafas : <input type="checkbox"/> tidak ada keluhan <input type="checkbox"/> ada keluhan :.....
2) <b>Makan Frekuensi .....x sehari</b>
Jenis : <input type="checkbox"/> <b>makanan pokok</b> ..... <input type="checkbox"/> Lauk pauk : .....
<input type="checkbox"/> Sayur :..... <input type="checkbox"/> Buah.....
Porsi : <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Besar
Perubahan nafsu makan : <input type="checkbox"/> Ada,..... <input type="checkbox"/> Tidak .....
Pantangan makanan :.....tidak ada.....
Minum : Jumlah ..... <b>...gelas/hari, Jenis : .....</b> <input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/> Teh
3) Eliminasi
<b>BAK, frekuensi.....x sehari, warna :....., Keluhan:.....</b>
<b>BAB, frekuensi.....x sehari, Konsistensi:....., Keluhan :.....</b>
4) Istirahat dan Tidur
<b>Siang : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya,.....jam</b>
<b>Malam :.....jam</b>
Keluhan :.....
5) Hubungan Seksual
Perubahan pola : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya
<b>Dampak perubahan pola <input type="checkbox"/> pada suami.....</b>
<input type="checkbox"/> pada kehamilan.....
<b>b. Psikososial</b>
Perasaan sebagai calon orang tua dan suasana hati:
<input type="checkbox"/> Rasa takut <input type="checkbox"/> Malu <input type="checkbox"/> Kecewa <input type="checkbox"/> Bahagia <input type="checkbox"/> Siap secara mental
Penerimaan terhadap kehamilan ini:
Direncanakan : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Diterima : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>Alasan :.....</b>
Hubungan dengan keluarga <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> Renggang <input type="checkbox"/> Tidak baik
Pengambilan Keputusan : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Mertua
<input type="checkbox"/> <b>Keluarga lain</b> .....
Persiapan persalinan: <input type="checkbox"/> Tempat ..... <input type="checkbox"/> ..... Penolong <input type="checkbox"/> .....
Pelengkapan Ibu dan bayi <input type="checkbox"/> <b>Donor</b> ..... <input type="checkbox"/> <b>Transportasi</b> .....
Pendamping
<input type="checkbox"/> Pengasuh anak di rumah .....
Social Support : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Mertua <input type="checkbox"/> <b>Keluarga lain</b> .....
Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....
<small>c. Spiritual</small>
<b>13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan</b>
TW I : <b>tanda bahaya</b> dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> keluhan lazim dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> dukungan keluarga <input type="checkbox"/> deteksi dan pencegahan kelainan konginetal <input type="checkbox"/> hubungan seksual yang aman
TW II : <b>tanda bahaya</b> 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>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 <input type="checkbox"/></p>
<p><b>B. Data Obyektif</b> <input type="checkbox"/></p>
<p>1. Pemeriksaan Umum  Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> lemah <input type="checkbox"/> jelek  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  <b>GCS : E.....V.....M.....</b>  Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/> tenang <input type="checkbox"/> gelisah <input type="checkbox"/> takut <input type="checkbox"/> murung <input type="checkbox"/> bingung  <input type="checkbox"/> kecewa  <b>Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya (tgl.....)..... Kg,</b>  <b>TB..... cm</b>  <b>Tanda-tanda Vital : tekanan darah:..... mmHg, tekanan darah sebelumnya</b>  <b>(tgl.....).....mmHg, Nadi:..... x/menit, Suhu : ..... °C,</b>  <b>Respirasi:.....x/menit</b></p>
<p>2. Pemeriksaan Fisik  a. Wajah : <input type="checkbox"/> tidak kelainan <input type="checkbox"/> oedema <input type="checkbox"/> pucat  b. Mata :  1) conjungtiva: <input type="checkbox"/> merah muda <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah  2) Sclera: <input type="checkbox"/> putih <input type="checkbox"/> kuning <input type="checkbox"/> merah  c. Mulut :  1) Mukosa: <input type="checkbox"/> lembab <input type="checkbox"/> kering  2) Bibir: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> biru  3) Gigi : <input type="checkbox"/> tidak ada caries <input type="checkbox"/> ada caries  4) <small>Lain-lain.....</small>  d. Leher: <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> pembengkakan kelenjar limfe  <input type="checkbox"/> bendungan vena jugularis <input type="checkbox"/> pembesaran kelenjar tyroid <input type="checkbox"/> Lain-lain.....  e. Dada  Kelainan : <input type="checkbox"/> dyspneu <input type="checkbox"/> orthopneutha <input type="checkbox"/> cypneu <input type="checkbox"/> wheezing  Payudara : <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Areola hiperpigmentasi <input type="checkbox"/> kolostrumbersih  Kelainan : <input type="checkbox"/> asimetris, Puting: <input type="checkbox"/> datar <input type="checkbox"/> masuk <input type="checkbox"/> dimpling <input type="checkbox"/> retraksi  Kebersihan: <input type="checkbox"/> bersih <input type="checkbox"/> kotor.....  f. Tangan dan Kaki:  1) Tangan : <input type="checkbox"/> oedema warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda  2) Kaki : <input type="checkbox"/> oedema..... <input type="checkbox"/> varises.....  warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda  Reflek patella : ...../.....</p>
<p>3. Pemeriksaan Khusus Obstetri  a. Abdomen :  Pembesaran  <b>perut.....</b>  Inspeksi: arah pembesaran <input type="checkbox"/> memanjang <input type="checkbox"/> melebar  <input type="checkbox"/> Linea alba <input type="checkbox"/> Linea nigra <input type="checkbox"/> Striae Livide <input type="checkbox"/> Striae Albicans  Bekas luka operasi Lain-lain .....  Tinggi Fundus Uteri :.....cm/..... (jari)</p>

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 : DJJ** .....x/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	<b>Terlalu muda hamil I <math>\leq 16</math> Tahun</b>	4				
	2	Terlalu tua <b>hamil I <math>\geq 35</math> Tahun</b>	4				
		<b>Terlalu lambat hamil I kawin <math>\geq 4</math> Tahun</b>	4				
	3	<b>Terlalu lama hamil lagi <math>\geq 10</math> Tahun</b>	4				
	4	<b>Terlalu cepat hamil lagi <math>\leq 2</math> Tahun</b>	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	<b>Terlalu tua umur <math>\geq 35</math> Tahun</b>	4				
	7	<b>Terlalu pendek <math>\leq 145</math> cm</b>	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a. tarikan tang/vakum b. uri dorogoh c. diberi infus/transfuse	4 4 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	Hydramion	4				
	15	Bayi mati dalam kandunga	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
III	17	Letak sungsang*	8				
	18	Letak lintang*	8				
	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  $\geq 12$

### FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

#### I. DataSubyektif (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
- 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
  - 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

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 terababagian ....

L2 :disebelahkananteraba .... disebelahiriteraba ....

L3 :Bagianbawahteraba ....

bisadigoyangkan, tidak bias digoyangkan

L4 :konvergen .... sejajardivergen

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

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

Auskultasi : DJJ .....

g. Genetaliadan 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): .....%, selaputketuban : □utuh, □tidakutuh
  - Persentasi : ....  
Denominator ... posisi...
  - Moulage : □ 0 □1 □2 □3
  - Penurunan : Hodge □I □II □III □IV
  - Bagiankeci : □ada□tidakada
  - Talipusat : □ada□tidak ( jika ada: □berdenyut□tidak )
  - Pemeriksaan panggul ( berdasarkan indikasi )  
Promontorium : □teraba□tidak  
Linea anominata kanan/kiri teraba : ...../.....  
bagian

- c) Anus: Haemoroid : □ada, □tidak
- 3. Pemeriksaan Penunjang :  
Tanggal : ..... jam .....
- Darah HB : ..... gr% Urine protein : .....
- Urine reduksi : .....
- CTG/NST : .....
- USG : .....
- Lain –lain : .....

### III. Analisa

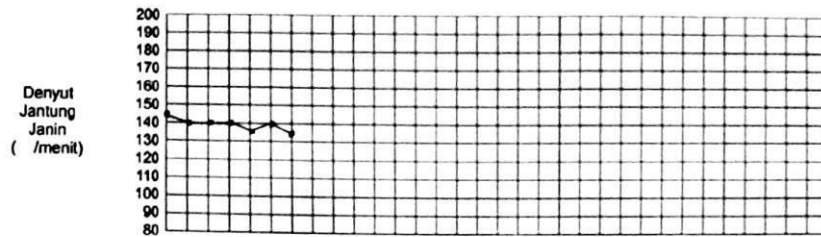
### IV. Penatalaksanaan

## CATATAN PERKEMBANGAN

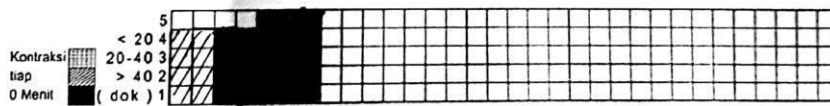
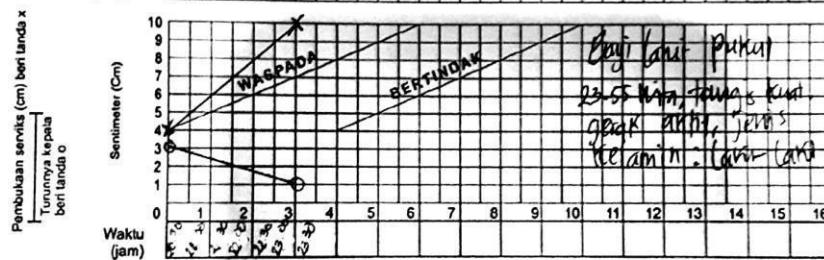
NAMA :		NO. RM :	RUANG :
UMUR :		TANGGAL :	KELAS :
TGL/ JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)		PARAF & NAMA
			

**PARTOGRAF**

No. Register  Nama Ibu : KT Umur : 23 G | P : O A O  
 No. Puskesmas  Tanggal : 08-06-2019 Jam : 20.30 Alamat : Des. Gunung Sari  
 Keluhan pecah  Sejak jam 20.30 mules sejak jam 09.10

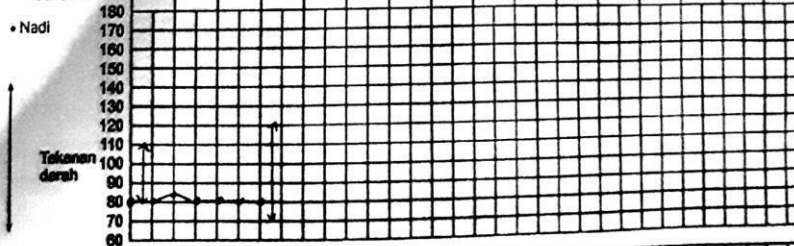


Air ketuban  Penyusupan



Oksidasi U/L  tetes/menit

Obat dan Cairan IV



Suhu °C

Urin  Protein  Aseton  Volume

**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 08 Juni 2018
2. Nama bidan : Grah Ketur Sodikin M, A.Md, Mb
3. Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya : PMB
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 / D
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
12. Hasilnya : .....

**KALA II**

13. Episiotomi :
  - Ya, indikasi .....
  - Tidak
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 : 15 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
  - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan .....
  - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya,
  - Tidak, alasan .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	00.05	120/70	80	36,5	2 jari ↓ pusat	Kuat	tdk penuh	± 200cc
	00.20	120/70	80		2 jari ↓ pusat	Kuat	tdk penuh	± 50cc
	00.35	120/80	80		2 jari ↓ pusat	Kuat	tdk penuh	± 30cc
	00.50	120/80	80		2 jari ↓ pusat	Kuat	tdk penuh	± 30cc
2	01.20	120/80	80	36,5	1 jari ↓ pusat	Kuat	tdk penuh	± 10cc
	01.50	120/70	80		2 jari ↓ pusat	Kuat	tdk penuh	± 50cc

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 : medial vagina, komisura posterior, kula
    - Tidak, perineum, anal perineum
  28. Jika laserasi perineum, derajat : 1  2  3  4
    - Tindakan :
      - Penjahitan, tangan / tanpa anastesi
      - Tidak dijahit, alasan .....
  29. Atoni uteri :
    - Ya, tindakan
      - a. ....
      - b. ....
      - c. ....
    - Tidak
  30. Jumlah perdarahan : 500 ml
  31. Masalah lain, sebutkan : .....
  32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
  33. Hasilnya : .....
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan : 3,00 gram
  35. Panjang : 50 cm
  36. Jenis kelamin :  P  L
  37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
  38. Bayi lahir :
    - Normal, tindakan :
      - mengeringkan
      - menghangatkan
      - rangsang taktil
      - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
      - mengeringkan  bebaskan jalan napas
      - rangsang taktil  menghangatkan
      - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
      - lain - lain sebutkan .....
    - Cacat bawaan, sebutkan :
    - Hipotermi, tindakan :
      - a. ....
      - b. ....
      - c. ....
  39. Pemberian ASI
    - Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
    - Tidak, alasan .....
  40. Masalah lain,sebutkan : .....
  - Hasilnya : .....

## LEMBAR OBSERVASI

NAMA : Perempuan "KA"

ALAMAT : Desa Gunungsari

UMUR : 23 Tahun

Tgl/Jam	Tanda- tanda Vital				DJJ	Kontraksi	PD	Paraf & Nama
	TD	S	N	P				
08- 06- 2019/ 19.30	110/80 mmHg	36,4 <sup>o</sup> C	80x/ menit	20x/ menit	146x/ menit	3x/10'/40"	Pembukaan 3 cm, eff 25 %, ketuban (+), preskep, denominator belum jelas, HI, tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat	J (Murdi)
08- 06- 2019/ 20.00			80x/ menit		140x/ menit	3x/10'/45"		J (Murdi)

## LANGKAH-LANGKAH APN DAN IMD

<p><b>I. Mengenal Gejala dan Tanda Kala Dua</b></p> <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>
<p><b>II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan</b></p> <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>
<p>3. Pakian celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan</p>
<p>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</p>
<p>5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam</p>
<p>6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik ( gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik )</p>
<p><b>III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin</b></p> <p>7. Membersihkan vulva dan perrineum, menyekanya dengan hati-hati dari anterior ( depan) ke posterior ( belakang) menggunakan kapa 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 pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap, maka lakukan amniotomi.</li> </ul>
<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"> <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 pada ibu bahwa 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 meneran pada saat ibu ingin 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 asupan cairan per-oral (minum).</li> <li>• Menilai DJJ setiap kontraksi uterus selesai</li> <li>• Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah <b>pembukaan lengkap dan dipimpin meneran <math>\geq 120</math> menit (2 jam) pada primigravida atau <math>\geq 60</math> menit (1 jam) pada multigravida.</b></li> </ul>
<p>14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang</p>



aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.
<b>V. PERSIAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</b>
15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.
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>

<p><b>25. Lakukan penilaian (selintas):</b></p> <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> <p>Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi pada bayi asfiksia.</p> <p>Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke -26</p>
<p><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. Pemotongan 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 penggungtingan 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 putting 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</li> </ul>

<p>berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.</li> </ul>
<b>VIII. MANEJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)</b>
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.
<p>35. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-cranial). Secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur diatas.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi putting susu.</li> </ul>
<b>Mengeluarkan plasenta</b>
<p>36. Bila pada penekanan bagian bawah, dinding depan uterus kearah dorsal ternyata diikuti dengan pergeseran tali pusat kearah distal maka lanjutan dorongan kearah cranial. Hingga plasenta dapat dilahirkan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir( kearah bawah-sejajar lantai-atas).</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 menengangkan 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>
<p>37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pengang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpinil kemudian lahir dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.</p> <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>

<p>38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi ( fundus terba keras)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lakukan tindakan yang diperlukan (ompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri)</li> </ul>
<b>IX. MENILAI PERDARAHAN</b>
<p>39. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.</p>
<p>40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.</p>
<b>X. ASUHAN PASCA PERSALINAN</b>
<p>41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam</p>
<p>42. Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.</p>
<b>Evaluasi</b>
<p>43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.</p>
<p>44. Ajarkan ibu/keluarga cara melakukan masase uterus dan menilai kontraksi.</p>
<p>45. Memeriksa nadi ibu dan pastikan keadaan umum ibu baik.</p>
<p>46. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah.</p>
<p>47. Pantau keadaan bayi dan pastikan bahwa bayi bernafas dengan baik (40-60x/menit)</p> <ul style="list-style-type: none"> <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).

**FORMAT PENGKAJIAN DATA**  
**ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

Nama Rumah Sakit/RB/BPS :..... .....	Nomor RM :..... .....	
	Tanggal masuk dirawat :.....	
Dokter yang merawat :..... Bidan :.....	Tanggal pengkajian :..... Jam :.....	
<b>I. DATA SUBJEKTIF</b>		
<b>A. Biodata</b>		
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><b>GAPAH :</b> .....</p> <p><b>Masa gestasi :</b> .....</p> <p><b>Riwayat ANC :</b> .....</p> <p>.....</p> <p>Penerimaan Kehamilan : <input type="checkbox"/> direncanakan <input type="checkbox"/> tidak direncanakan, <input type="checkbox"/> diterima <input type="checkbox"/> tidak diterima</p> <p>Penyulit selama masa prenatal :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Konsumsi obat dan suplemen :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Imunisasi TT : <input type="checkbox"/> TT<sub>1</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT<sub>2</sub> tgl..... <input type="checkbox"/> TT .....tgl.....</p> <p><b>Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin :</b> .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Riwayat penyakit ibu :</p> <p><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</p>		



<input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> alergi      lain-lain .....  Riwayat pengobatan ibu ..... .....
E. Riwayat intranatal : <b>Penolong</b> :..... <b>tempat kelahiran</b> ..... <b>tanggal</b> ..... <b>Kala I: lama</b> :..... <b>jam, penyulit</b> : ..... ..... <b>Tindakan</b> :..... <b>Kala II; lama</b> :..... <b>jam/menit, penyulit</b> :..... ..... ..... <b>Tindakan</b> :..... <b>Bayi lahir jam</b> :....., <b>jenis kelamin</b> :..... <b>Keadaan saat lahir</b> : <b>tangis</b> ..... <b>gerak</b> ..... Warna kulit..... <b>Kala III; lama</b> :..... <b>jam, keadaan plasenta</b> : <input type="checkbox"/> lengkap <input type="checkbox"/> tidak lengkap <input type="checkbox"/> <b>kalsifikasi</b> Keadaan tali pusat: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> layu <input type="checkbox"/> simpul <b>Jenis persalinan</b> : ..... Indikasi.....
F. Faktor resiko infeksi Mayor : <input type="checkbox"/> suhu ibu >38° C <input type="checkbox"/> KPD >24 jam <input type="checkbox"/> ketuban hijau <input type="checkbox"/> korioamniotis <input type="checkbox"/> fetal distress  Minor : <input type="checkbox"/> <b>KPD &gt;12 jam</b> <input type="checkbox"/> asfiksia <input type="checkbox"/> BBLR <input type="checkbox"/> ISK <input type="checkbox"/> UK<37 minggu <input type="checkbox"/> gemeli  <input type="checkbox"/> keputihan <input type="checkbox"/> suhu ibu >37°C
G. Riwayat postnatal : <b>APGAR Skor</b> :.....  Inisiasi menyusui dini : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> <b>tidak dilakukan, alasan</b> ..... .....

<p><b>Skor Bounding</b> :.....</p> <p>Rooming-in : <input type="checkbox"/> dilakukan <input type="checkbox"/> tidak dilakukan, alasan.....</p> <p>.....</p> <p>Kondisi .....</p> <p>.....</p>
<p>H. Riwayat masa neonatus :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>I. Riwayat imunisasi</p> <p><input type="checkbox"/> BCG Tgl..... <input type="checkbox"/> Polio<sub>1</sub> Tgl..... <input type="checkbox"/> Hb<sub>1</sub> Tgl.....</p> <p>Komplikasi.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> tidak imunisasi,</p> <p>alasan.....</p>
<p>J. Bio-psiko-sosial-spiritual</p> <p>1. Biologis</p> <p>a. Pernafasan : <input type="checkbox"/> ada gangguan <input type="checkbox"/> tidak ada gangguan</p> <p>b. Nutrisi</p> <p><b>Jenis</b> :.....</p> <p><b>Frekuensi</b> :.....</p> <p><b>Porsi</b> :.....</p> <p><b>Keluhan/kendala</b> : .....</p> <p>.....</p> <p>c. Eleminasi</p> <p><b>BAK; frekuensi</b> :....., <b>warna</b> :....., <b>bau</b> :..... <b>BAB;</b></p> <p><b>frekuensi</b> :....., <b>warna</b> :....., <b>konsistensi</b> :..... ..</p> <p>d. <b>Istirahat</b> :.....</p> <p>e. <b>Aktivitas</b> :.....</p>
<p>2. Psikososial</p> <p>Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

	Dukungan keluarga :..... ..... .....
3. Sosial	<b>Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :.....</b> ..... .....  <b>Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak :.....</b> ..... .....  <b>Pola Asuh Anak :.....</b> ..... ..... .....
4. Spiritual	Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak : ..... ..... .....
K.	Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan <input type="checkbox"/> Tanda-tanda bahaya pada bayi : ..... ..... .....  <input type="checkbox"/> Pemberian ASI : ..... .....  <input type="checkbox"/> Perawatan bayi sehari-hari : ..... ..... ..... ..... .....  <input type="checkbox"/> 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**..... **lingkar lengan**.....

Kepala :

**simetris**  **asimetris**  **cephal hematoma**  **kaput suksedanium**

macrocephali

**microcephali**  **rambut** .....

**UUB** :  **menutup**  **belum menutup**  **datar**  **cebung**  **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 :

Glabella 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

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 PENGKAJIAN  
ASUHAN KEBIDANAN AKSEPTOR BARU/LAMA KB .....**

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

- |  |     |       |
|--|-----|-------|
|  | Ibu | Suami |
|--|-----|-------|
1. Identitas
    - Nama :
    - Umur :
    - Suku/Bangsa :
    - Agama :
    - Pendidikan :
    - Pekerjaan :
    - AlamatRumah :
    - No Telepon :
  2. AlasanDatang.
  3. KeluhanUtama
  4. RiwayatMenstruasi
    - Umur menarache :..... Lama haid :.....
    - Siklus haid :..... Volume :.....
    - Keluhan saat haid :.....
    - Dismenorrhea**  **Spoting**  **Menoragia**  **Metrorrhagia**
    - Premenstruasi Syndrome**  **Lain – lain:**.....
  5. RiwayatPerkawinan
    - Pernikahanke** : .....
    - Lama:** .....
    - Status : .....
  6. RiwayatGyneкологи
  7.  **Infertil**  **Cervicitis Kronis**  **Endometriosis**  **Myoma**  **Polip Cervik**  **Kanker**  
 Kandungan:  **vagina**  **serviks**  **corpus uteri**  **tuba fallopi**  **ovarium**  
 **Tumorkandungan:**  **vulva**  **vagina**  **cerviks**  **copus uteri**   
**ovariumJenis:**  **jinak**  **ganas**  **Perkosaan**  
 **Operasi Kandungan :**  **uterus**  **tuba fallopi**  **ovarium**  **serviks**  
 **vagina**  
**Kapan :**.....
  8. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh ibu
    - DM**  **Asthma**  **Jantung**  **Hipertensi**   **Epilepsi**
    - Hepatitis**  **PMS**  **HIV/AIDS**  **TBC**
  9. Riwayat Penyakit Keluarga
    - DM**  **Asthma**  **Jantung**  **Hipertensi**   **Epilepsi**
    - Hepatitis**  **PMS**  **HIV/AIDS**  **TBC**
  10. RiwayatKehamilan, PersalinandanNifas yang lalu



No	Tgl lahir/ umur anak	UK	Jenis persalinan	Penolong / tempat	Kondisi saat Bersalin	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ BBL/ Keadaan Sekarang	JK/	Laktasi

11. Riwayat KB

**Jenis KB yang sedang/pernah digunakan:**  PIL  IUD  Implant

Suntik

Lama:.....

Keluhan/efek samping :.....

Kapan berhenti :.....

Alasan berhenti :.....

Mulai penggunaan KB :.....

12. Keadaan Bio-Psiko-Sosial- Spiritual

a. Biologis

a) Bernapas

**Tidak Ada**

**Ada :**  **dyspneu**  **orthopneu**  **thacypneu**  **wheezing**  **ronchi**

b) Nutrisi

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

**Minum:**.....gelas/hari, jenis:.....

Keluhan :.....

Pantangan/alergi: .....

c) Eliminasi

**BAK:**.....x/hari, warna....., bau.....

**BAB:**.....x/hari, konsistensi....., warna.....

**Keluhan:**.....

d) Istirahat dan tidur

Tidur malam :.....jam

**Tidur siang** :.....jam

**Keluhan** :.....

e) Aktivitas

**Lama aktivitas** :.....jam

**Jenis aktivitas** :.....

f) Perilaku Seksual

**Cara:**.....

**Frekuensi** :.....

**Keluhan** :.....

g) Personal Hygiene

Mandi :.....x/hari

Keramas :.....x/hari

Gosok gigi :.....x/hari

Vulva hygiene :.....

Waktu :.....

- Kebiasaan :.....  
 Pemakaian pakaian dalam :.....  
 Ganti pakaian/pakaian dalam :.....x/hari
- b. Psikologis
- a) Persepsi tentang KB:.....  
 KB:.....
- b) Kesiapan ber-KB:  siap  tidak  
 Perasaan saat ini:  cemas  sedih  takut  malu  menolak
- c) Dukungan:  
 Suami :  mendukung  tidak  
 Keluarga :  mendukung  tidak
- d) Harapan:.....  
 .....
- c. Sosial  
 Pengambilan keputusan :.....  
 Kebiasaan terkait dengan penggunaan alat kontrasepsi :.....  
 .....
- d. Spiritual  
 .....

13. Pengetahuan

**II. DATA OBYEKTIF**

1. Pemeriksaan Umum
- a. Keadaan umum :  baik  lemah  jelek
- b. Kesadaran :
- c. Keadaan emosi :
2. Tanda-tanda vital
- a. TD : ..... mmHg
- b. Nadi : ..... x/menit
- c. Respirasi : ..... x/menit
- d. Suhu : ..... °C
3. Antropometri
- a. BB : ..... kg
- b. **BB sebelumnya:**..... kg (tanggal:.....)
- c. TB : ..... cm
4. Pemeriksaan Fisik
- a. Wajah:
- Oedema** :  Ada  Tidak ada  
**Pucat** :  Ada  Tidak ada  
**Cloasma** :  Ada  Tidak ada
- b. Mata :
- Konjungtiva** :  merah muda  pucat  merah

- Sklera** :  putih  kuning  merah
- c. Mulut dan gigi:  
**Bibir** :  pucat  kemerahan dan  lembab  kering  
**Caries pada gigi** :  ada  tidak ada
- d. Leher :  
**Kelenjar limfe** :  ada pembengkakan  tidak ada  
**Kelenjar tiroid** :  ada pembengkakan  tidak ada  
**Vena jugularis** :  ada pelebaran  tidak ada
- e. Dada :  
**Nyeri tekan** :  ada  tidak  
**Retraksi** :  ada  tidak
- f. Payudara dan aksila:  
**Bentuk** :  simetris  asimetris  
**Puting susu** :  menonjol  masuk  datar  
**Kelainan** :  ada  tidak  
**Kebersihan** :  bersih  tidak  
**Aksila** :  pembengkakan  tidak ada pembengkakan
- g. Abdomen :  
**Bekas luka operasi** :  ada  tidak  
**Nyeri tekan** :  ada  tidak
- h. Anogenital:  
**Pengeluaran cairan** :  ada  tidak  
**jenis....., jumlah.....**  
**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  
**Khusus Akseptor IUD**
- a) Inspikulo Vagina  
**Portio** :  lunak  erosi  kaku  
**Kelainan** :  ada  tidak  
**Ukuran kelainan** : .....cm
- b) Bimanual  
**Nyeri goyang portio** :  ada  tidak  
**Massa** :  ada  tidak  
**Lain-lain** : .....
- c) Kontrol  
**Benang IUD** :  teraba  tidak
- i. Ekstremitas  
**Tangan** : Oedema :  ada  tidak  
**Keadaan kuku** :  bersih  tidak  
**Kaki** : Edema :  ada  tidak  
**Varises** :  ada  tidak  
**Keadaan kuku** :  bersih  tidak

5. Pemeriksaan Penunjang

- Pap Smear , hasil.....
- IVA , hasil.....
- Lain-lain :....., hasil.....

**III. ANALISA**

.....  
Masalah:  
.....  
.....

**IV. PENATALAKSANAAN**





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 KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Putu Murdi Astini  
NIM : 1606091041  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada  
Perempuan di BPM Wilayah Kerja Puskesmas  
Seririt II Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 1 Februari 2019	- Judul - BAB 1	- Perbaiki judul - Perbaiki introduksi masalah - Perbaiki justifikasi - Perbaiki kronologi - Perbaiki konsep solusi	f
Senin, 4 Februari 2019	- BAB 1-3	- Perbaiki introduksi, justifikasi dan kronologi masalah pada BAB 1 - Perbaiki kajian teori pada BAB 2	f
Senin, 15 April 2019	- BAB 1-3	- Perbaharui sumber - Penambahan konsep solusi pada BAB 1 - Perbaiki manajemen Askeb pada BAB 2	f
Kamis, 18 April 2019	- BAB 1-3	- Perbaiki manajemen askeb pada perencanaan pada BAB 2	f
Selasa, 23 April 2019	- BAB 1-3	- ACC	f

Singaraja, April 2019  
Pembimbing I

**Ketut Espana Giri, S.ST., M.Kes**  
NIP. 19820629 200604 2 016





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 KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Putu Murdi Astini  
NIM : 1606091041  
Angkatan : XVIII  
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada  
Perempuan di BPM Wilayah Kerja Puskesmas  
Seririt II Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Rabu, 27 Februari 2019	Cover, BAB 1	- Perbaiki penulisan daftar pustaka - Atur spasi pada cover - Lihat kembali pada pedoman tujuan penulisan proposal - Atur kembali spasi dengan benar - Cetak tebal judul BAB dalam daftar isi - Cek kembali penomoran sesuaikan dengan pedoman	
Senin, 15 April 2019	BAB 1-3	- ACC	

Singaraja, April 2019  
Pembimbing II

Made Juliani, S.Kep., Ns., M.Pd  
NIP. 19770701 199903 2 002



**LEMBAR PERSETUJUAN**

**PROPOSAL TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN  
DI BPM WILAYAH KERJA PUSKESMAS SERIRIT III  
TAHUN 2019**




Diajukan Oleh:  
**PUTU MURDI ASTINI**  
NIM. 1606091041

Telah Disetujui Oleh:

**PEMBIMBING I**

**PEMBIMBING II**

  
**Ketut Espana Giri, S.ST.,M.Kes**  
NIP.19820629 200604 2 016

  
**Made Juliani, S.Kep.,Ns.,M.Pd**  
NIP. 19770701 199903 2 002



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 Kamis Tanggal 25 Bulan April

Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di Puang Kelas Lantai 2 Kampus Prodi Kebidanan  
 telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII  
 Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Puni Murti Astini  
 NIM : 1006091041  
 Pembimbing I : Khut Espana Ceri, S.ST, M.Kes  
 Pembimbing II : Made Juliani, S.ST, S.Kep, Ns, M.Pd  
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan di BPM  
Wilayah Kerja Puskesmas Serint III Tahun 2019

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Kajian teori & kehamilan & sesuaikan dg kebutuhan skrining kehamilan
2. Tambahkan pemantauan persalinan
3. Diagnosa nomenklatur & 6. 8. dan
4. Tata tulis, penomoran, daftar pustaka
5. Perencanaan penelitian lebih dipaparkan
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

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

Singaraja, 25 April 2019

Dewan Penguji:

1. Khut Espana Ceri, S.ST, M.Kes
2. Made Juliani, S.ST, S.Kep, Ns, M.Pd
3. Ni Komang Subyastini, S.ST, M.Pd
4. ....

1. [Signature]  
 2. [Signature]  
 3. [Signature]  
 4. ....

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI




PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN  
DI PMB WILAYAH KERJA PUSKESMAS SERIRIT III  
TAHUN 2019

Nama : Putu Murdi Astini  
NIM : 1606091041

Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Studi Kasus  
Prodi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha  
Pada Tanggal : 25 April 2019

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1	Ketut Espana Giri, S.ST.,M.Kes	19820629 200604 2 016	
2	Ni Made Juliani,S.Kep.,Ns.,M.Pd	19770701 199903 2 002	
3	Ni Komang Sulyastini,S.ST.,M.Pd	19790802 200604 2 008	

Singaraja, 25 April 2019  
Ketua Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan  
Fakultas Olahraga dan Kesehatan  
Universitas Pendidikan Ganesha

( Dr. I Ketut Suidiana, S.Pd., M.Kes )  
NIP. 19670927 200112 1 001

ANC



INC





BBL



PNC





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 Jumat tanggal 30 Agustus 2019 jam 14:00 s.d. 16:00 Wita,  
 bertempat di Ruang Kelas Lantai 2, Prdi D3 Kebidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan  
 Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir  
 yang diajukan oleh

Nama

Rini Murdi Adini

NIM

1606010 41

Prodi

Diploma 3 Kebidanan

Jurusan

Ilmu Olahraga dan Kesehatan

Judul TA

Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan  
 "K" d. PMP "SM" Wilayah Kerja Puskesmas Seririt  
 II Tahun

Pembimbing I

Ketut Espana Ciri, s.st, M.Kes

Pembimbing II

Made Juliani, S.kep, Nc, M.Pd

dengan hasil: ujian lulus tanpa revisi / ujian lulus dengan revisi / ujian diulang\*  
 selama 1 msidat terhitung dari tanggal 31 Agustus sampai  
 dengan 8 September 2019

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Ketut Espana Ciri, s.st, M.Kes</u>	<u>198206202006042016</u>	<u>[Signature]</u>
2.	<u>Made Juliani, S.kep, Nc, M.Pd</u>	<u>19770101099032001</u>	<u>[Signature]</u>
3.	<u>Ni Komang Sulpashni, s.st, M.Pd</u>	<u>197908022006092008</u>	<u>[Signature]</u>

Mengetahui,  
 Ketua Jurusan

[Signature]  
 Dr. Ketut Sudiana, S.Pd., M.Kes.  
 NIP. 196705272001121001

Singaraja, 30 Agustus 2019

Ketua Penilai

[Signature]  
 Ketut Espana Ciri, s.st, M.Kes  
 NIP. 198206202006042016