

Lampiran 2

SURAT PERSETUJUAN/KESEDIAAN TEMPAT PRAKTEK KLINIK KEBIDANAN III

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Amik Maryatin, A.Md.,Keb

No SIPB : 503 / 2211 / DPMPPTSP / 2020

Alamat: Banjar Mertasari, Desa Pujungan, Kec. Pupuan, Kab. Tabanan

Bahwa saya selaku pemilik/penanggungjawab di Praktik Mandiri Bidan (PMB) Amik Maryatin, A.Md.,Keb, menyatakan bersedia untuk menjadi pembimbing dan memberikan ijin praktek di PMB ini dalam kegiatan Praktek Klinik Kebidanan III pada mahasiswa semester enam (6) Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha a/n:

Nama :Ni Komang Laksmi Sari

NIM : 1806091074

Alamat: Banjar Mertasari, Desa Pujungan, Kec. Pupuan, Kab. Tabanan

Demikian surat persetujuan/kesediaan ini dibuat untuk dipergunakan sebagai mestinya.

Atas perhatiannya saya ucapkan terimakasih.

Tabanan, 03 Maret 2021



Amik Maryatin, A.Md.,Keb

NIP. 19660815198812 2 004

Lampiran 3.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden

Di PMB "AM" Wilayah Kerja

Puskesmas Pupuan 1

Dengan Hormat,

Saya Ni Komang Laksmi Sari, Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "RM" di PMB "AM" Wilayah Kerja Puskesmas Pupuan 1", sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan D3 Kebidanan pada Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini dibutuhkan partisipasi perempuan "RM" di PMB "AM" Wilayah Kerja Puskesmas Pupuan 1.

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 terimakasih.

Hormat saya,



(Ni Komang Laksmi Sari)

NIM. 1806091074

Lampiran 4.

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN (*Informed Consent*)

Bahwa saya yang tersebut di bawah ini :

Nama : Dsk. Putu Riska Mayani

Umur : 20 Tahun

Alamat : Desa Pujungan, Kecamatan Pupuan, Kabupaten Tabanan.

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Pada Perempuan "RM" di PMB "AM" Wilayah Kerja Puskesmas Pupuan I.

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

Tabanan, 02 Mei 2021

Responden



Dsk. Putu Riska Mayani

Lampiran 5.

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Amik Maryatin, A.Md.Keb

NIP : 19660815198812 2 004

Alamat : Desa Pujungan, Kec. Pupuan, Kab. Tabanan, Prov. Bali

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Komang Laksmita Sari

Nim : 1806091074

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB "AM" dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "RM" di wilayah kerja Puskesmas Pupuan I Tahun 2021 namun pasien mengalami KPD.

Pupuan, 07 Mei 2021



Amik Maryatin, A.Md..Keb

NIP. 19660815198812 2 004

Lampiran 6

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	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 ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan a. 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					
17	Letak sungsang*	8					
18	Letak lintang*	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini*	8				
	20	Preeklamsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Ket:

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

**FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

I. DATA SUBYEKTIF (HARI Jumat TGL. 23-04-21 JAM. 17.05)

1) Identitas

Ibu	Suami
Nama : Ny. "RM"	Nama : Tn "OA"
Umur : 20 th	Umur : 24 th
Suku Bangsa : Bali/Indonesia	Suku Bangsa : Bali/Indonesia
Agama : Hindu	Agama : Hindu
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Wrraswasta
Alamat Rumah: Br. Tamansari	Alamat Rumah: Br. Tamansari
No. Telp Rumah: 081237904991	No. Telp Rumah: -
HP : -	HP : 081236438002
Alamat Tempat: -	Alamat Tempat: Desa Pugungan
Kerja : -	Kerja : -
No. Telp : -	No. Telp : -
Tempat Kerja : -	Tempat Kerja : -

2) Alasan Datang ke Pelayanan Kesehatan

(1) Alasan Memeriksa Diri: Ibu mengatakan datang untuk memeriksakan kehamilannya.

(2) Keluhan Utama: Ibu mengeluh nyeri punggung bawah.

3) Riwayat Menstruasi

(1) Menarche : 13 th

(2) Siklus : Teratur (28 hari)

(3) Lama Haid : 9 hari

(4) Dismenorea : Kadang-kadang

(5) Jumlah Darah yang Keluar: 2-3x ganti pembalut

(6) HPHT : 03-08-20

(7) TP : 10-05-21

4) Riwayat Perkawinan

(1) Pernikahan ke- : I

(2) Status Pernikahan : Sah

(3) Lama Pernikahan : 5 bulan

(4) Jumlah Anak : Tidak ada.

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 : Tidak ada
 (2) Pemberian ASI eksklusif : Tidak ada
 (3) Lama menyusui : Tidak ada
 (4) Kendala : Tidak ada

6) Riwayat Kehamilan Sekarang

(1) Iktisar pemeriksaan kehamilan sebelumnya :

TM I : Ibu ANC 2x dirvdan dg keluhan mual muntah, Ibu juga melakukan ANC 1x di puskesmas cek lab dg hasil normal. Ibu diberikan suplemen anelak, livron b-plex, arkarit (ixi) dan KIE mengenai pemenuhan nutrisi, cara mengatasi keluhan yg dialami.

TM II : Ibu ANC 3x dirvdan dan tidak ada keluhan. Ibu juga ANC 1x dr dr. SpOG utk USG dg hasil normal. Ibu diberikan suplemen LC, hyfabron, livron b-plex (ixi) dan diberikan KIE mengenai keluhan dan tanda bahaya pd TM II.

TM III : Ibu ANC 3x dirvdan dan 1x di dr. SpOG utk USG dg hasil normal dan mengeluh nyeri punggung bawah diberikan suplemen kalsium, vitonol F (ixi) dan juga diberikan KIE mengenai penyebab dan cara mengurangi nyeri yg dialami, persiapan persalinan dan tanda-tanda persalinan.

(2) Gerakan janin dirasakan pertama kali sejak :
 uk 6 mg

(3) Bila gerakan janin sudah dirasakan, gerakan janin dalam 24 jam
 ± 10 kali

(4) Tanda bahaya yang pernah dirasakan (lingkari tanda yang pernah dirasakan)

a. Trimester I:

- a) Mual muntah berlebihan e) Sulit kencing/ sakit saat kencing
 b) Suhu badan meningkat f) Keputihan berlebihan, bau, gatal
 c) Kotoran berdarah g) Perdarahan
 d) Nyeri perut

- b. Trimester II dan III:
- | | |
|---|----------------------------|
| a) Demam | h) Perdarahan |
| b) Kotoran berdarah | i) Nyeri perut |
| c) Bengkak pada muka dan tangan | j) Nyeri ulu hati |
| d) Varises | k) Sakit kepala yang hebat |
| e) Gusi berdarah yang berlebihan | l) Pusing |
| f) Keputihan yang berlebihan, berbau, gatal | m) Cepat lelah |
| g) Keluar air ketuban | n) Mata berkunang-kunang |

(5) Keluhan-keluhan umum yang dirasakan (lingkari keluhan yang dirasakan)

a. Trimester I:

- | | |
|-----------------------|--|
| a) Sering kencing | e) Ludah berlebihan |
| b) Mengidam | <input checked="" type="checkbox"/> f) Mual muntah |
| c) Keringat bertambah | g) Keputihan meningkat |
| d) Pusing | |

b. Trimester II dan III:

- | | |
|-------------------|---|
| a) Cloasma | e) Kram pada kaki |
| b) Edema dependen | <input checked="" type="checkbox"/> f) Sakit punggung bagian bawah dan atas |
| c) Striae linea | g) Sering kencing |
| d) Gusi berdarah | |

c. Obat dan suplemen yang pernah diminum selama kehamilan ini: *asam folat, kalsium, FE, Vitamin.*

(6) Perilaku yang membahayakan kehamilan

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

7) Riwayat Kesehatan

(1) Penyakit/ gejala penyakit yang pernah diderita ibu:

- | | |
|-----------------------|-------------|
| a. Penyakit jantung | : Tidak ada |
| b. Terinfeksi TORCH | : Tidak ada |
| c. Hipertensi | : Tidak ada |
| d. Diabetes melitus | : Tidak ada |
| e. Asthma | : Tidak ada |
| f. TBC | : Tidak ada |
| g. Hepatitis | : Tidak ada |
| h. Epilepsi | : Tidak ada |
| i. PMS | : Tidak ada |
| j. Riwayat ginekologi | : Tidak ada |
| a) Infertilitas | : Tidak ada |
| b) Cervicitis kronis | : Tidak ada |
| c) Endometritis | : Tidak ada |
| d) Myoma | : Tidak ada |
| e) Kanker kandungan: | : Tidak ada |
| f) Perkosaan | : Tidak ada |
| (2) Riwayat Operasi | : Tidak ada |

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

- | | |
|---------------------|-------------|
| a. Keturunan | |
| a) Penyakit jantung | : Tidak ada |
| b) Diabetes Militus | : Tidak ada |

- c) Asthma : Tidak ada
- d) Hipertensi : Tidak ada
- e) Epilepsi : Tidak ada
- f) Gangguan jiwa : Tidak ada
- b. Sering kontak dengan penderita keluarga ibu dan suami
 - a) HIV/ AIDS : Tidak ada
 - b) TBC : Tidak ada
 - c) Hepatitis : Tidak ada
- (4) Riwayat keturunan kembar: Tidak ada -

8) Riwayat Keluarga Berencana

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

9) Keadaan Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

- (1) Bernafas : (~~ada keluhan~~/ tidak)
- (2) Pola makan dan minum
 - a. Menu yang sering dikonsumsi: Nasi, sayur
 - b. Komposisi : Daging, tahu, sayur
 - c. porsi : Sedang
 - d. Frekuensi : 5x sehari
 - e. Pola minum : 8-10 gelas/hari
 - f. Pantangan/alergi : Tidak ada
 - g. Keluhan : Tidak ada
- (3) Pola Eliminasi
 - a. BAK
 - Frekuensi : 5-7x sehari
 - Keadaan : Jernih
 - Keluhan : Tidak ada
 - b. BAB
 - Frekuensi : 1x sehari
 - Keadaan : lembek
 - Keluhan : Tidak ada
- (4) Istirahat dan tidur
 - a. Tidur malam : PK. 23.00 - 06.00
 - b. Tidur siang : ± 1 jam
 - c. Gangguan tidur : Tidak ada
- (5) Pekerjaan
 - a. Lama kerja sehari : ± 2 jam
 - b. Jenis aktivitas : Pekerjaan RT spt menyapu, memarak, mencuci, dll
 - c. Kegiatan lain : Tidak ada
- (6) Personal Hygiene
 - a. Keramas : 3x sehari
 - b. Gosok gigi : 2x sehari
 - c. Mandi : 2x sehari
 - d. Ganti pakaian/ pakaian dalam : Sehabis mandi/ ketika basah -
- (7) Perilaku Seksual
 - a. Frekuensi : Ibu masih depri utk melakukan hubungan seksual

- b. Posisi : Tidak ada
- c. Keluhan : Tidak ada
- (8) Sikap/ respon terhadap kehamilan sekarang
- Direncanakan dan diterima
 - Direncanakan tapi tidak diterima
 - Tidak direncanakan tapi diterima
 - Tidak direncanakan dan tidak diterima
- (9) Kekhawatiran-kekhawatiran terhadap kehamilan sekarang
Ibu mengatakan sedikit khawatir akan keadaannya saat ini
- (10) Respon keluarga terhadap kehamilan
Sangat senang dan menerima kehamilan ibu.
- (11) Dukungan suami dan keluarga
Suami dan keluarga sangat mendukung ibu.
- (12) Rencana persalinan (tempat dan penolong)
Ibu berencana melahirkan di PUS "AM" dan dibolong oleh bidan.
- (13) Persiapan persalinan lainnya
Ibu sudah mempersiapkan pertengkapan ibu, bayi, Surat-surat, braya, calon pendonor dan kendaraan.
- (14) Perilaku spiritual selama kehamilan
Ibu mengatakan tidak ada perilaku spiritual yg mempengaruhi kehamilan ibu.
- 10) Pengetahuan (sesuaikan dengan umur kehamilan)
Ibu sudah mengetahui tanda yg lazim terjadi maupun tanda bahaya pada trimester II, tanda persalinan, dan persiapan persalinan. Namun ibu belum mengetahui cara mengatasi nyeri punggung yg dialami.
- II. DATA OBYEKTIF (HARI JUMAT TGL 29-04-21 JAM 17.10)
- Keadaan Umum**
 - Keadaan umum : baik/lemah/jelek
 - Keadaan emosi : stabil/labil
 - Postur : normal/lordose/hiperlordose
 - Tanda-tanda Vital**
 - Tekanan darah : 110/90 mmHg
 - Nadi : 98 kali/menit
 - Suhu : 36,3 °C
 - Respirasi : 20 kali/menit
 - Antropometri**
 - Berat badan : 66,5 Kg
 - Berat badan sebelum hamil : 59 Kg
 - Berat badan pada pemeriksaan sebelumnya : 66 Kg
 - Tinggi badan : 155 Kg (tanggal 19-04-21)
 - LILA : 29 Cm
 - Keadaan Fisik**
 - Kepala
 - Wajah Edema : tidak

- Pucat : ~~ada~~/ tidak
- Cloasma : ~~ada~~/ tidak
- Respon : baik.....
- 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 : searah dg sumbu ibu
 - c. ~~Linea nigra~~/linea alba : ~~ada~~/ tidak ada .
 Striae livide/striae albicans: ~~ada~~/ tidak
 Respon : baik.....
 - d. Tinggi fundus uteri : 51 rd px jari (sebelum UK 22 minggu)
30cm (mulai UK 22-24 minggu)
 - e. Perkiraan berat janin : 2700 gram
 - f. Palpasi Leopold (mulai UK 32 minggu, atau 28 minggu apabila ada indikasi)
 - Leopold I : Tfu 31 rd px, Pd fundus teraba bulat, besar dan lunak.
 - Leopold II : Pd sisi kiri teraba b. datar dan memanjang. Pd sisi kanan teraba b. kecil dan m.
 - Leopold III : Pd b. bawah perut sby teraba b. bulat kecil, melenjing.
 - Leopold IV : dan tak dapat digosongkan.
 - g. Nyeri tekan : posisi tangan divergen.....
 - h. DJJ : ~~ada~~/ tidak
 - i. Punctum Maksimum : 31 rd pstr
 - j. Frekuensi : 145kali /menit
 - k. 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. Inspeksi 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 : Tidak dilakukan
- (2) Hb : Tidak dilakukan
- (3) Protein Urine : Tidak dilakukan
- (4) Urine Reduksi : Tidak dilakukan

III. ANALISA

- 1) G.P.O.A.D. UK 37 minggu, 4 uhr 4 pulcr presentasi..... janin tunggal/ ~~ganda~~
hidup ~~intra~~ ~~uteri~~ dengan
- 2) Masalah - Kurang pengetahuan mengenai nyeri punggung bawah.

IV. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu mengenai hasil pemeriksaan dalam batas normal. Ibu sudah mengetahui hasil pemeriksaan.
2. Meminta persetujuan scr lisan mengenai tindakan yg akan dilakukan. Ibu menyetujui tindakan yg akan dilakukan.
3. Memberitahu ibu tgg penyebab nyeri punggung yg dialami. Ibu mengerti dg penjelasan yg diberikan.
4. Memberitahu ibu mengenai cara mengurangi nyeri punggung yg dialami. Ibu sudah mengerti dg penjelasan yg diberikan.
5. Mengingatkan ibu utk tetap mematuhi protokol kesehatan. Ibu mengerti dan bersedia utk tetap mematuhi protokol kesehatan.
6. Memberikan ibu suplemen vitamin F dan askavit (1x1). Ibu sudah mengerti cara mengkonsumsi suplemen yg diberikan.
7. Mengajukan ibu utk melakukan kunjungan ulang 1 mg lagi tgl 30-04-21 atau bila ada keluhan. Ibu bersedia utk melakukan kunjungan ulang.
8. Melakukan pendokumentasian pd buku register dan KIA ibu. Pendokumentasian sudah dilakukan.

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI

.....

Tanggal Pengkajian : Minggu, 09 - Mer - 2024
 Pukul : 17.20.

A. DATA SUBYEKTIF

1. Identitas

a. Anak

Nama : Ny "RM"
 Umur/tgl/jam lahir : 2 hr / 07-05-21 / 23.45 wita
 Jenis kelamin : ♀
 Anak ke- : 1
 Status anak : Sah

b. Orang Tua

	Ibu	Ayah
Nama	: Ny "RM"	Tn "OA"
Umur	: 20 th	24 th.
Pendidikan	: SMA	SMA
Pekerjaan	: IRT	Wiraswasta
Agama	: Hindu	Hindu
Suku bangsa	: Bali/Indonesia	Bali/Indonesia
Status perkawinan	: Sah	Sah
Alamat rumah	: Bt. Tamansari	Bt. Tamansari
No. Telepon	: 081237594991	081236438002
Alamat tempat kerja	: -	Ps. Pyungan.

2. Alasan Dirawat dan Keluhan Utama
 Ibu ingin melakukan kunjungan neonatal dan bayi tidak ada keluhan.
3. Riwayat Prenatal (sumber) Buku KIA.

- a. GPA : G1P0A0
- b. Masa gestasi 39 minggu 4hr
- c. Riwayat ANC : tidak ya, di bedan, frekuensi 8, TT 5 kali
- d. Kahamilan direncanakan: ya tidak

Alasan.....

- e. Penyakit selama perinatal: tidak ada ada
- f. Konsumsi obat dan suplemen yang didapatkan : kalk, FE, asam folat, vif
- g. Perilaku atau kebiasaan ibu memperburuk kesejahteraan janin :
 tidak ada, ada, antara lain : nutrisi ibu, menyusui,
 Aktivitas ibu, yaitu.....
- h. Riwayat penyakit ibu
 DM, hepatitis B, B24, asma, HT, PMS,
 jantung, TB, alergi, lainnya Tidak ada.....

4. Riwayat Intranatal

- a. Penolong : dr. JPOG, tempat lahir RS, jam 09.45
- b. Jenis persalinan: Spt B, Spt P, SC, Vac E
 Manual aid, induksi, lainnya.....

Indikasi

Penyulit selama persalinan tdk ada

- c. Keadaan bayi : segera menangis, gerak aktif
 Penyulit atau komplikasi Tdk ada, tindakan.....

5. Riwayat Postnatal

- a. IMD : ya, tidak, alasan.....
- b. Bounding score :....., melihat....., meraba....., komunikasi.....
- c. Rooming-in : ya, tidak, alasan.....
- d. Tali pusat: tidak ada perdarahan, perdarahan, infeksi
- e. Pemberian Vitamin K: sudah, belum, alasan.....
- f. Salep mata tetrasiklin 1% : sudah, belum, alasan.....
- g. Hb0 : sudah, belum, alasan..... Reaksi alergi: ada/tidak

6. Riwayat Neonatus

Kelainan yang terjadi Tdk ada. sejak.....

Penyebab.....

7. Riwayat imunisasi

Jenis Imunisasi	Waktu Pemberian	Tempat Pemberian
HB 0	07-09-21	RS
BCG		
POLIO (1)		
DPT-HB-Hib (1)		
POLIO (2)		
DPT-HB-Hib (2)		
POLIO (3)		
DPT-HB-Hib (3)		
POLIO (4)		
CAMPAK		

8. Perkembangan Bayi

Motorik Kasar Tidak dirangsang

Motorik Halus Tidak dirangsang

Bahasa Tidak dirangsang

Prilaku Sosial Tidak dirangsang

9. Data Bio, Psiko, Sosial, Spiritual

a. Biologis

Bernafas : tidak ada keluhan, ada.....

Nutrisi : tidak ada keluhan, ada.....

Eliminasi : tidak ada keluhan, ada.....

Istirahat : tidak ada keluhan, ada.....

Gerak : tidak ada keluhan, ada.....

b. Psikologis

Penerimaan orang tua terhadap anak : baik, tidak, alasan.....

c. Sosial

Hubungan antar keluarga : baik, tidak baik, alasan.....

Dukungan keluarga : baik, tidak baik, alasan.....

Pengambilan keputusan : baik, tidak baik, alasan.....

Kebiasaan dalam keluarga yang mempengaruhi kesehatan anak:
 tidak ada, ada.....

Budaya yang mempengaruhi kesehatan anak : tidak ada, ada..

Pola pengasuh : orang tua, pengasuh/ TPA, keluarga

Kehidupan sosial anak : baik, tidak baik

Sibling Rivairy : ya, tidak

d. Spiritual

Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak : ada, tidak

10. Pengetahuan yang belum diketahui orang tua *tidak ada.*

tanda – tanda bahaya pada bayi, tumbuh kembang anak dan stimulasi, pemberian ASI pertolongan pertama

keawatdaruratan medic, perawatan sehari-hari, pemberian MP ASI, imunisasi

B. DATA OBYEKTIF

1. Keadaan saat ini

a. Gerak : aktif, lemah

b. Tangus : kuat, lemah

c. Warna kulit : kemerahan, sianosis, pucat, ikterus

2. Pemeriksaan umum

BB : *2800* gram, PB *50* cm, LK *33* cm, LD *34* cm,
HR *130* x/menit, S *36.3* °C, R *42* x/menit

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala : simetris, asimetris, cephalhematoma, caput
sukseedanium, anencephal, microcephal, hidrocephal,
lainnya.....

b. Ubun – ubu besar
 Cekung, datar, cembung, lainnya.....

c. Mata
 Simetris, asimetris, anemia, ikterus,
 Pengeluaran,

Warna konjungtiva : merah muda, merah pucat

d. Hidung : Lubang hidung tersumbat: ya, tidak
Pengeluaran : NCH, kelainan.....

e. Mulut dan bibir
Mukosa : kering, lembab, warna bibir : merah muda,
 Pucat

f. Telinga
 Simetris, asimetris, pengeluaran :, kelainan.....

g. Leher
 Pembengkakan kelenjar limfe, pembesaran kelenjar tiroid
 Bendungan vena jugularis, tidak ada kelainan

h. Dada
 Simetris asimetris retraksi otot dada kelainan.....

i. Abdomen
 Distansi bising usus kondisi tali pusat..... *Tdk ada perdarahan*
 Tidak ada kelainan

j. Punggung
 Spina bifida gibus lain-lain tidak ada kelainan

k. Genetalia
 Laki – laki: testis..... lubang penis.....kelainan.....
 Perempuan : *mayora* labia *mayora* lubang vagina..... *labia minora* kelainan.....
Anus : ada, tidak, mekonium

l. Ekstermitas

Tangan : simetris, asimetris, sianosis, jumlah jari.....¹⁰
Kaki : simetris, asimetris, sianosis, jumlah jari.....¹⁰

4. Reflek :

<input checked="" type="checkbox"/> Glabella	<input checked="" type="checkbox"/> rooting	<input checked="" type="checkbox"/> grasping
<input checked="" type="checkbox"/> Tonic neck	<input checked="" type="checkbox"/> moro	<input checked="" type="checkbox"/> swallowing
<input checked="" type="checkbox"/> Babinsky	<input checked="" type="checkbox"/> sucking	<input checked="" type="checkbox"/> stepping

5. Pemeriksaan penunjang

Tdk ada

C. ANALISA

Neonatus Cukup Bulan Sesuai Masa Kehamilan Lahir Spt. B.
Kepala Ura 2 Hari

D. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ortu hasil pemeriksaan di atas normal. Ortu sudah mengetahui hasil pemeriksaan.
2. Meminta persetujuan kpd ortu mengenai tindakan yg akan dilakukan. Ortu menyetujui tindakan yg akan dilakukan.
3. Melakukan perawatan tali pusat. Tali pusat sudah dirawat.
4. Memberitahu ortu agar tetap menjaga kesehatan bayinya. Ortu sudah mengerti dg penjelasan yg diberikan.
5. Memberitahu ortu agar memberikan ASI sesering dan membangunkan bayi setiap 2 jam sekali untuk diberikan ASI. Ibu mengerti dan bersedia melakukannya.
6. Memberikan kIE mengenai perawatan bayi sehari-hari. Ibu mengerti dg penjelasan yg diberikan.
7. Mengajarkan ortu agar mengasah bayi utk berjemur selama 15 menit. Ortu sudah mengerti dg penjelasan yg diberikan.
8. Mengajarkan ortu agar mengasah bayinya utk melakukan kunjungan jika ada keluhan. Ibu bersedia utk melakukan kunjungan ulang.
9. Melakukan pendokumentasian. Pendokumentasian sudah dilakukan.

FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

- I. DATA SUBYEKTIF (Hari... Minggu... Tgl. 09-05-21... jam. 17.10...)
- 1) Identitas
- | | | |
|----------------|------------------|----------------|
| | Ibu | Suami |
| Nama | : Ny. "PM" | Tn "D" |
| Umur | : 20 th. | 24 th. |
| Agama | : Hindu | Hindu |
| Suku bangsa | : Bali/Indonesia | Bali/Indonesia |
| Pendidikan | : SMA | SMA |
| Pekerjaan | : RT | Wiraswasta |
| Alamat rumah | : Br. Tamansari | Br. Tamansari |
| No. Telepon/HP | : 081 237 504891 | 081 236 438002 |
- 2) Alasan Datang dan Keluhan Utama :
Ibu mengatakan datang utk melakukan kunjungan nifas dan tidak ada keluhan
- 3) Riwayat Menstruasi
- | | |
|-------------|-----------------------|
| Menarche | : 13 th. |
| Siklus | : Teratur (28 hr) |
| Lama | : 5 hari |
| Konsistensi | : Merah segar |
| Volume | : 2-3x ganti pembalut |
| Keluhan | : Tidak ada |
- 4) Riwayat Pernikahan
Ibu mengatakan ini pernikahan yg pertama dan sudah sah.
- 5) Riwayat Kesehatan
Ibu mengatakan tidak ada memiliki riwayat penyakit baik dr keluarga ibu/suami
- 6) Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu
Ibu mengatakan ini merupakan kehamilannya yg pertama.
- 7) Riwayat Kehamilan sekarang
Ibu melakukan ANC pd Tm I di bidan 2x dan dipusik 1x utk cek lab. Tm 2 Ibu ANC 3x di bidan dan 1x di dr SpOG utk USG. Tm 3 Ibu ANC 3x di bidan dan 1x di dr SpOG dan Ibu selama hamil minum suplemen seperti kalsium, asam folat, FE dan vitamin.
- 8) Persalinan
- (1) Kala I
Berlangsung ± selama 2 1/2 jam. dan Ibu diberikan rangsangan.
- (2) Kala II
By lahir spt b. kepala tangis kuat gerak aktif Pk. 23.45 jenis kelamin perempuan.

(3) Kala III
Berlangsung selama 15 menit puerpera lahir lengkap.
Kontraksi uterus baik, perdarahan normal ± 150 cc.
Terdapat laserasi grade 2.

(4) Kala IV
Melakukan hecing pd robekan, perdarahan tidak ada/ tidak aktif
dan tidak ada penyulit.

9) Nifas sekarang

(1) Ibu
Sehat, ASI lancar

(2) Bayi
Sehat, aktif/kuat menyusu.

10) Riwayat Laktasi Sekarang

Dilakukan IMD- dan bayi diberikan ASI saja.

11) Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual

(1) Biologis

a. Bernafas : Tidak ada keluhan.

b. Nutrisi : Makan 3x sehari dg porsi sedang, minum 8 gelas sehari, tidak ada keluhan.

c. Eliminasi : BAB 5x sehari, BAK 1x sehari tidak ada keluhan.

d. Istirahat Tidur : Ibu tidur ± 7 jam dan sering terbangun utk menyusui

e. Aktivitas : Mengurus bayi dan melakukan pekerjaan RT

f. Personal Hygiene : Ibu mandi 2x sehari, gosok gigi 2x sehari ganti pembalut

g. Perilaku Seksual : 2-3x sehari, ganti pasangan 2x sehari atau sehari sekali
: tidak aktif utk melakukan hub. seksual saat ini

(2) Psikologis

a. Perasaan ibu saat ini

Ibu merasa sangat senang atas kelahiran anaknya.

b. Penerimaan terhadap kelahiran saat ini suami dan keluarga menerima kelahiran bayi

(3) Sosial

a. Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan

Dilakukan ser musyawarah, hub ibu dg keluarga baik.

b. Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi

Tidak ada.

(4) Spiritual : Tdk ada perilaku spiritual yg mempengaruhi ibu/bayi

12) Pengetahuan ibu kurang mengerti cara menyusui yg benar

13) Perencanaan KB:
a. Sudah : UD
b. Belum
c. Rencana

II. DATA OBYEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

Kedaaan umum : baik, ~~komposmen~~
Kesadaran : Composmentir
Kedaaan emosi : Stabil.

2) Tanda-tanda Vital

TD : 110/70 mmHg.
Nadi : 80x/mnt.
Pernapasan : 20x/mnt
Suhu : 36,9°C

3) Antropometri

BB sekarang : 63 kg
BB sebelumnya : 66,5 kg
TB : 155 cm

4) Pemeriksaan Fisik

(1) Kepala : Tdk ada benjolan
a. Rambut : Bersih
b. Telinga : Bersih
c. Mata : Konjungtiva merah muda, sklera putih
d. Hidung : Bersih
e. Bibir : Lembab
f. Mulut dan gigi : Tdk ada caries

(2) Leher : Tdk ada pembesaran kelenjar tiroid dan limfe.
(3) Dada : Tdk ada retraksi

(4) Payudara

a. Bra : Bersih
b. Payudara : Punggung susu menonjol, simetris, ASI keluar

(5) Abdomen

a. Dinding abdomen : Terdapat linea
b. Kandung Kemih : Tdk penuh
c. Uterus : 3, jr bps.
d. Diastasis recti : Tdk dilakukan
e. CVAT : tdk dilakukan

(6) Anogenital

a. Vulva dan Vagina : Tdk ada kelainan
b. Perineum : Laserasi grade 2 dg hecing

- c. Anus : tdk hemoroid
- (7) Ekstremitas : simetris, tdk turgid
- a. Atas : simetris, tdk transtif, tdk varises
- b. Bawah : tidak ada .
- 5) Pemeriksaan Penunjang : tidak ada .

III. ANALISA

P.L.A. Partus Spontan Belakang Kepala Nifas ... 2 Jam/Hari Minggu
 Masalah: ~~Penyakit~~ Tidak ada .


IV. PENATALAKSANAAN

1. Memberitahu ibu bahwa hasil pemeriksaan dlm batas normal. Ibu sudah mengerti dg hasil pemeriksaan.
2. Meminta persetujuan ibu mengenai tindakan yg akan dilakukan. Ibu menyetujui tindakan yg akan dilakukan.
3. Memberikan KIE mengenai ASI eksklusif. Ibu mengerti dg penjelasan yg diberikan.
4. Mengajarkan ibu cara menyusui yg benar. Ibu sudah mengerti dan bisa melakukannya.
5. Memberikan KIE mengenai nutrisi pd ibu nifas. Ibu sudah mengerti dg penjelasan yg diberikan.
6. Mengingatkan ibu mengenai tanda bahaya nifas. Ibu sudah mengerti dg penjelasan yg diberikan.
7. Memberikan KIE mengenai cara perawatan bayi sehari-hari. Ibu mengerti dg penjelasan yg diberikan.
8. Menganjurkan ibu utk melakukan kunjungan ulang jika ada keluhan. Ibu bersedia utk melakukan kunjungan ulang.
9. Melakukan pendokumentasian. Pendokumentasian sudah dilakukan.

Lampiran 10

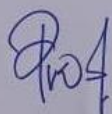

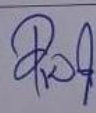



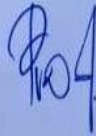
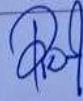
Lampiran 11

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

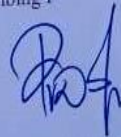
LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ni Komang Laksmi Sari
NIM : 1806091074
Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "RM"
Di PMB AM Wilayah Kerja Puskesmas Pupuan I
Kabupaten Tabanan Tahun 2021

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Kamis, 22 April 2021	Membahas mengenai latar belakang pada bab 1, tinjauan Pustaka mengenai kajian teori, manajemen varney dan landasan hukum pada bab 2, dan metode penelitian pada bab 3, daftar lampiran dan daftar pustaka.	Mahasiswa mengerti dan paham mengenai materi konsultasi dan juga dapat membuat laporan sesuai dengan panduan dan arahan yang diberikan.	
Selasa, 28 April 2021	Membahas mengenai penulisan pada latar belakang, penulisan sumber, penomoran, metode penelitian pada bab 3 dan lampiran lampiran.	Mahasiswa mengerti dan paham mengenai materi konsultasi dan juga dapat membuat laporan sesuai dengan arahan yang diberikan.	
Jumat, 30 April 2021	Konsultasi bab 1,2 dan 3.	ACC Proposal	

Rabu, 9 Juni 2021	Persamaan persepsi bab 4 dan 5	Mahasiswa mengerti dan paham mengenai materi konsul, dan juga dapat membuat laporan sesuai dengan panduan dan arahan yang diberikan	
Rabu, 23 Juni 2021	Membahas mengenai riwayat kehamilan BAB 4, menghitung jam pada catatan perkembangan, di pembahasan kajian teori menggunakan tahun di atas 2011 dan format di pembahasan masih salah.	Mahasiswa mengerti dan paham mengenai materi konsul, dan juga dapat membuat laporan sesuai dengan panduan dan arahan yang diberikan	
Jumat, 25 Juni 2021	Konsultasi bab 4-5.	ACC Tugas Akhir	

Singaraja, 9 juni 2021
Pembimbing I



Putu Irma Pratiwi, S.Tr.Keb., M.Keb
NIP. 19900722 201903 2 010



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

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ni Komang Laksmita Sari
NIM : 1806091074
Judul : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "RM"
Di PMB AM Wilayah Kerja Puskesmas Pupuan I
Kabupaten Tabanan Tahun 2021

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Kamis, 22 April 2021	Konsul BAB 1	Perbaikan BAB 1	
Kamis, 29 April 2021	Konsul BAB 2 dan 3	Perbaikan BAB 2 dan 3	
Senin, 03 Mei 2021	Konsul BAB 1, 2 dan 3	ACC Proposal	
Jumat, 11 Juni 2021	Konsul BAB 4	Perbaikan BAB 4	
Rabu, 23 Juni 2021	Konsul BAB 5	Perbaikan BAB 5	
Senin, 28 Juni 2021	Konsul BAB 4 dan 5	ACC Tugas Akhir	

Singaraja, 9 Juni 2021
Pembimbing II

Wigutomo Gozali, M.Kes
NIP. 19631213 1983101 1 001

Lampiran 12

PETUNJUK TEKNIS PENILAIAN

VAS : VISUAL ANALOGUE SCALE

Metode Pengukuran 1 :

1. Buat garis lurus sepanjang 10 cm dan berikan tanda 0 pada ujung kiri garis dan 10 pada ujung kanan garis. Berikan penjelasan pada titik 0 menunjukkan tidak nyeri dan sangat nyeri pada titik 10
2. Instruksikan kepada Pasien untuk membuat tanda garis lurus (|) yang memotong rentang garis dengan skala 0 - 10 cm diatas
3. Ukurlah dari titik 0 kearah tanda garis tersebut
4. Penilaian :
 - a. VAS > dari 7 : nyeri berat
 - b. VAS 4 - 6 : nyeri sedang
 - c. VAS < dari 3 : tidak nyeri - nyeri ringan
5. Perbuatan pasien memberi tanda pada kertas (|) untuk menunjukkan tingkat nyerinya lebih akurat dari pada bertanya langsung kepada pasien

