



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

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

Nomor : 606/UN48.12.6/ KM / 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Singaraja, 12 Juni 2019

Yth. Praktek Mandiri Bidan
Ibu Nopriati Titiek Cendrawati, 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 : Ni Kadek Sephira Dwiyanti , NIM : 1606091051, 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.



P. B. H. A.
I Ketut Bidastra, S.Pd., M.Or
NIP. 19680408 199703 1 002

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Kubutambahan I
2. Arsip



PRAKTIK MANDIRI BIDAN

Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.Keb

Desa Kubutambahan, Kecamatan Kubutambahan, Kabupaten Buleleng

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.Keb

NIP : 196811301989032008

Alamat : Desa Kubutambahan, Kecamatan Kubutambahan, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Kadek Septira Dwiyanti

NIM : 1606091051

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di PMB wilayah kerja Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019"

Singaraja , 12 Juni 2019

Mengetahui,

Praktik Mandiri Bidan

Nopriati Titiek Cendrawati, A.Md.Keb

NIP. 196811301989032008



Scanned with
CamScanner

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

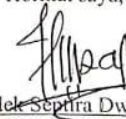
Kepada :
Calon Responden
di PMB "TC" di Wilayah Kerja
Puskesmas Kubutambahan I

Dengan hormat,

Saya, Ni Kadek Septira Dwiyanti, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada perempuan di PMB "TC" di Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I, sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini dibutuhkan partisipasi ibu saat hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB.

Untuk kepentingan tersebut, saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi responden dalam studi kasus ini dan saya mohon ibu untuk menandatangani lembar persetujuan mengenai kesediaan menjadi responden. Saya menjamin kerahasiaan identitas ibu. Atas partisipasi dan kesediaan menjadi responden peneliti ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



(Ni Kadek Septira Dwiyanti)

NIM. 1606091051

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Luh Ika Kurnia Dewi

Umur : 31 tahun

Alamat : Br. Dinas tegal, Kubutambahan

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan "LI" di BPM "TC" di Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I".

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

Singaraja, 13 Juni 2019

Responden


(Luh Ika Kurnia Dewi)

FORMAT PENGKAJIAN IBU HAMIL
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Tempat pelayanan:	Nomor RM :							
	Tanggal diberikan pelayanan :							
	Tanggal/jam pengkajian :							
Dokter yang merawat: Bidan :	Cara Masuk <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi <input type="checkbox"/> Rujukan..... <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin							
A. Data Subyektif								
1. Identitas	Ibu	Suami						
Nama	.....	.....				
Umur	.....	.....				
Suku Bangsa	.....	.....				
Agama	.....	.....				
Pendidikan	.....	.....				
Pekerjaan	.....	.....				
Alamat Rumah	.....	.....				
No telepon	.....	.....				
Alamat Kerja	.....	.....				
No Telepon	.....	.....				
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. Lama kawin.....tahun								
6. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu								
No	Tgl/Bln/Thn Partus/umur anak	Tempat / Penolong Partus	UK saat Persalinan	Jenis Persalinan	Kondisi Saat Bersalin	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ JK/ BBL/ Keadaan Sekarang	Laktasi

<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"/> belum <input type="checkbox"/> sudah sejak .....minggu/bulan yang lalu Saat ini.....</p> <p>Obat dan suplemen yang pernah diminum :</p> <p>Perilaku yang membahayakan kehamilan :</p> <p><input type="checkbox"/> Merokok pasif/aktif <input type="checkbox"/> minum jamu <input type="checkbox"/> minum-minuman keras <input type="checkbox"/> kontak dengan binatang <input type="checkbox"/> narkoba <input type="checkbox"/> diurut dukun</p> <p>Riwayat pemeriksaan penunjang :</p>								
<p>8. Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh Ibu/ Riwayat Operasi</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Epilepsi Kapan.....</p> <p><input type="checkbox"/> TORCH <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> PMS Kapan.....</p> <p><input type="checkbox"/> Operasi Jenis..... Kapan.....</p>								
<p>9. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, Ibu, Adik, Paman, Bibi) yang Pernah Menderita Sakit :</p> <p>Keturunan :</p> <p><input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Penyakit Jiwa <input type="checkbox"/> Melainan</p> <p>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>Lain-lain.....</p>								
<p>10. Riwayat Gynekologi</p> <p><input type="checkbox"/> Infertilitas <input type="checkbox"/> Cervicitis cronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Polip Servik</p> <p><input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan</p>								
<p>11. Riwayat & Rencana Penggunaan Kontrasepsi :</p> <p>Metode kontrasepsi yang pernah dipakai: Lama:</p> <p>Efek samping/ komplikasi kontrasepsi :</p>								

Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan :
.....
Rencana jumlah anak :
.....
Alasan :
.....
12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual
<p>a. Biologis :</p> <p>1) Bernafas : <input type="checkbox"/> tidak ada keluhan <input type="checkbox"/> ada keluhan :.....</p> <p>2) Makan Frekuensi .....x sehari Jenis : <input type="checkbox"/> makanan pokok..... <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 .....gelas/hari, Jenis : <input type="checkbox"/> Kopi <input type="checkbox"/> Teh</p> <p>3) Eliminasi BAK, frekuensi.....x sehari, warna :....., Keluhan:..... BAB, frekuensi.....x sehari, Konsistensi:....., Keluhan :.....</p> <p>4) Istirahat dan Tidur Siang : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya,.....jam Malam :.....jam Keluhan :.....</p> <p>5) Hubungan Seksual Perubahan pola : <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya Dampak perubahan pola : <input type="checkbox"/> pada suami..... <input type="checkbox"/> pada kehamilan.....</p> <p>b. Psikososial 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 Alasan :..... 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"/> Keluarga lain..... Persiapan persalinan: <input type="checkbox"/> Tempat <input type="checkbox"/> Enolong <input type="checkbox"/> Pengkapan Ibu dan bayi <input type="checkbox"/> Donor..... <input type="checkbox"/> Transportasi..... <input type="checkbox"/> Pendamping <input type="checkbox"/> Pengasuh anak di rumah <input type="checkbox"/> Social Support : <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Mertua <input type="checkbox"/> Keluarga lain..... Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....</p> <p>c. Spiritual:</p>

13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan

TW I : tanda bahaya dan cara mengatasinya keluhan lazim dan cara mengatasinya dukungan keluarga deteksi dan pencegahan kelainan konginetal hubungan seksual yang aman

TW II : tanda bahaya dan cara mengatasinya nutrisi gerakan dan aktivitas

cara mengatasi keluhan lazim persiapan persalinan personal hygiene pola hidup sehat

TW III : tanda bahaya dan cara mengatasinya deteksi tum-bang janin

tanda-tanda persalinan teknik mengatasi rasa nyeri persalinan peran pendamping teknik dan posisi meneran IMD

B. Data Obyektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum: baik lemah jelek

Kesadaran : kompos mentis apatis delirium somnolen stupor comatose

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

Keadaan Psikologi : tenang gelisah takut cemas bingung kecewa

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

Tanda-tanda Vital : tekanan darah:..... mmHg, tekanan darah sebelumnya (tgl.....).....mmHg, Nadi:..... x/menit, Suhu : °C, Respirasi:.....x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

a. Wajah : tidak kelainan oedema pucat

b. Mata :

1) conjungtiva: merah muda pucat merah

2) Sclera: putih kuning merah

c. Mulut :

1) Mukosa: lembab kering

2) Bibir: segar pucat biru

3) Gigi : tidak ada caries ada caries

4) Lain-lain.....

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

e. Dada

Kelainan : dyspneu orthopneu thacypneu wheezing

Payudara : tidak ada kelainan Areola hiperpigmentasi olostrum bersih

Kelainan : asimetris, Puting: datar masuk dimpling retraksi

Kebersihan: bersih kotor

f. Tangan dan Kaki:

1) Tangan : oedema warna kuku: pucat merah muda

2) Kaki : oedema..... varises.....

warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda Reflek patella :/.....
<p>3. Pemeriksaan Khusus Obstetri</p> <p>a. Abdomen :</p> <p>Pembesaran perut.....</p> <p>Inspeksi: arah pembesaran <input type="checkbox"/> memanjang <input type="checkbox"/> melebar <input type="checkbox"/> Linea alba <input type="checkbox"/> Linea nigra <input type="checkbox"/> Striae Livide <input type="checkbox"/> Striae Albicans <input type="checkbox"/> Bekas luka operasi Lain-lain </p> <p>Tinggi Fundus Uteri :cm/.....(jari)</p> <p>Palpasi Leopold</p> <p>L I : TFU.....pada fundus teraba bagian.....</p> <p>L II : di sebelah kanan teraba..... di sebelah kiri.....</p> <p>L III : bagian bawah teraba <input type="checkbox"/> bisa digoyangkan <input type="checkbox"/> tidak bisa digoyangkan</p> <p>L IV : <input type="checkbox"/> konvergen..... <input type="checkbox"/> sejajar <input type="checkbox"/> divergen</p> <p>TBJ :</p> <p>His (kalau ada), frekuensi:..... <input type="checkbox"/> Nyeri tekan</p> <p>Auskultasi : DJJ .....x/menit <input type="checkbox"/> Teratur <input type="checkbox"/> Tidak Teratur</p> <p>b. Anogenital</p> <p>Inspeksi : pengeluaran pervaginam <input type="checkbox"/> darah <input type="checkbox"/> lender <input type="checkbox"/> air ketuban <input type="checkbox"/> keputihan</p> <p>Inspekulo vagina (kalau ada indikasi).....</p> <p>Vagina Toucher (kalau ada indikasi).....</p>
<p>4. Pemeriksaan Penunjang</p> <p>Tanggal : Jam :</p> <p>Darah Hb :gr % Urine protein:.....</p> <p>Urine reduksi:.....</p> <p>CTG/NST:.....</p> <p>USG:.....</p> <p>..</p> <p>Lain-lain :</p>
<p>C. ANALISA</p>

D. PENATALAKSANAAN



Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan				
				I	II	III.1	III.2	
				Skor Awal Ibu Hamil				
I	1	Terlalu muda hamil $I \leq 16$ Tahun	4					
	2	Terlalu tua hamil $I \geq 35$ Tahun	4					
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 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	4				
a. tarikan tang/vakum			4					
b. uri dorogoh			4					
		c. diberi infus/transfuse	4					
10		Pernah operasi sesar*	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4					
		a. Kurang darah b. Malaria						
		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

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

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

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

Kehamilan ke-	Tgl lahir/ umur anak	UK	Jenis persalinan	Penolong/t empat	Bayi		Komplikasi ibu dan bayi	Laktasi	Ket.
					BB/ PB	JK			

5. Riwayat kehamilan sekarang
 - a. HPHT...TP
 - b. Pemeriksaan sebelumnya
ANC...kali di..., TT...kali, Tanggal...gerakan janin dirasakan, sejak....bulan yang lalu
 - c. Tanda bahaya kehamilan yang pernah dialami: ada tidak ada....tindakan...terapi
6. Riwayat kesehatan
 - a. Penyakit yang sedang atau pernah diderita ibu: jantung, hipertensi, asma, TBC, hepatitis, PMS, HIV/AIDS, TORCH, infeksi saluran kencing, epilepsi, malaria

- b. Penyakit keluarga yang menular: HIV/AIDS, hepatitis, TBC, PMS
- c. Riwayat penyakit keturunan: DM, hipertensi, jantung
- d. Riwayat faktor keturunan: faktor keturunan kembar, kelainan kongenital, kelainan jiwa, kelainan darah
7. Riwayat menstruasi dan KB
- a. Siklus menstruasi : teratur, tidak....hari
- b. Lama haid :hari
- c. Kontrapsesi yang pernah dipakai :...lama...,rencana yang akan digunakan...
- d. Rencana jumlah anak :...anak
8. Data biologis, psikologis, sosial, spiritual
- a. Keluhan bernafas : tidak ada, ada
- b. Nutrisi
-Makan terakhir pukul..., porsi..., jenis...
-Minum terakhir pukul..., jumlah...cc, jenis...
-Nafsu makan: baik, menurun
- c. Istirahat
-Tidur malam :..jam, keluhan...
-Istirahat siang:..jam,
Keluhan.....
-Kondisi saat ini
- Bisa istirahat diluar kontraksi : ya, tidak, alasan.....
 - Kondisi fisik : kuat, lemah, terasa mau pingsan
- c. Eliminasi
BAB terakhir : pukul.....konsistensi.....
BAK terakhir : pukul.....jumlah.....
Keluhan saat BAB/BAK.....
- d. Psikologis
Siap melahirkan : ya, tidak, alasan.....
Perasaan ibu saat ini: bahagia dan kooperatif, kecewa, malu, takut, sedih, cemas, menolak, putus asa
- e. Sosial
Perkawinan..... kali, status : sah, tidak sah
Lama perkawinan dengan suami sekarang :tahun
Hubungan dengan suami dan keluarga : harmonis, kurang harmonis
Pengambilan keputusan : suami&isteri, suami, istri, keluarga besar, lain-lain....
Persiapan persalinan yang sudah siap : perlengkapan ibu, perlengkapan bayi, biaya, calon donor, pendamping, transportasi

- f. Spiritual dan ritual yang perlu dibantu :.....
9. Pengetahuan ibu dan pendamping yang dibutuhkan : tanda dan gejala persalinan, teknik mengatasi rasa nyeri, mobilisasi dan posisi persalinan, teknik meneran, teknik inisiasi menyusui dini (IMD), peran pendamping, proses persalinan
- II. Data obyektif
1. Keadaan umum : ...
- GCS : E.....M.....V.....
- Kesadaran : kompos mentis, somnia, sopor, sopor somnolent, koma
- Keadaan emosi : stabil, tidak stabil
- Keadaan psikologi : takut, murung, bingung
- Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya (tgl...)kg, TB...cm
- Tanda vital : TD..mmHg, TD sebelumnya (tgl.....)mmHg
2. Pemeriksaan fisik
- a. Wajah : tidak ada kelainan, oedema, pucat
- b. Mata
- Conjunctiva : merah muda, pucat, merah
- Sclera : putih, kuning, merah
- c. Mulut
- Mukosa : lembab, kering
- Bibir : segar, pucat, biru
- d. Leher : tidak ada kelainan pembengkakan kelenjar limfe bendungan vena jugularis pembesaran kelenjar tiroid lain-lain.....
- e. Dada dan aksila : tidak ada kelainan ada.....
- Payudara : tidak ada kelainan areola hiperpigmentasi kolostrum bersih
- Kelainan : asimetris, puting: datar, masuk, dimpling, retraksi
- Kebersihan : bersih sedang kotor
- f. Abdomen
- pembesaran perut: sesuai UK, tidak sesuai UK,....,arah: melebar, memanjang
- bekas luka operasi: tidak ada, ada,...
- palpasi Leopold :
- L1 : TFU.... pada fundus terabagian
- L2 :disebelahkananteraba disebelahkiriteraba
- L3 :Bagianbawahteraba
- bisadigoyangkan, tidak bias digoyangkan
- L4 :konvergen sejajardivergen
- TBJ : perlukaan
- His : frekuensi :..... Durasi.....
- Auskultasi : DJJ
- g. Genetaliadan Anus :
- VT :tanggal jamoleh
- a) Vulva :

- Pengeluaran : tidak, ada, berupa:, oedema, sikatrik, varises
 - tandainfeksi : merah, bengkak, nyeri(jikaada: 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 : adatidakada
 - Talipusat : adatidak (jikaada: berdenyuttidak)
 - Pemeriksaanpanggul (berasarkanindikasi)
Promontorium :terabatidak
Linea anominata kanan/kiri teraba :...../.....
bagian
Dindingpanggul :sejajardivergenkonvergen
Sacrum :konkafkonfeks
Spinaischiadika :tumpulmenonjolsangatmenonjol
Oscoccygeus :dapatdidorong : yatidak
Arkuspubis :≥90°< 90°
Kesanpanggul :
 - Pelvic score (biladiperlukan).....
 - c) Anus: Haemoroid : ada, tidak
3. PemeriksaanPenunjang :
- Tanggal : jam
 - DarahHB :..... gr% Urine protein :
 - Urine reduksi :
 - CTG/NST :
 - USG :....
 - Lain –lain :....

III. Analisa

IV. Penatalaksanaan

LANGKAH-LANGKAH APN+IMD
I. Mengenali Gejala dan Tanda Kala Dua
<p>1. Mendengar dan melihat tanda kala dua persalinan</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ibu merasa ada dorongan kuat dan meneran • Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina • Perineum tampak menonjol • Vulva dan sfinger ani membuka
II. Menyiapkan Pertolongan Persalinan
<p>2. Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan menatalaksana komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir :</p> <p>Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi siapkan ➔</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempat datar, rata, bersih, kering dan hangat, • 3 handuk/ kain bersih dan kering (termasuk ganjal bahu bayi), • Alat penghisap lendir, • Lampu sorot 60 watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi <p>Untuk ibu :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Menggelar kain di perut bawah ibu • Menyiapkan oksitosin 10 unit • Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set
3. Pakian celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan
4. Melepaskan dan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering
5. Pakai sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam
6. Masukkan oksitosin ke dalam tabung suntik (gunakan tangan yang memakai sarung tangan DTT atau steril dan pastikan tidak terjadi kontaminasi pada alat suntik)
III. Memastikan Pembukaan Lengkap dan Keadaan Janin
<p>7. Membersihkan vulva dan perineum, 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"> • Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi tinja, bersihkan dengan seksama dari arah depan ke belakang • Buang kapas atau kasa pembersih (terkontaminasi) dalam wadah yang tersedia • Jika terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, lepaskan dan rendam sarung tangan tersebut dalam larutan klorin 0,5% : langkah #9. Pakai sarung tangan DTT/steril untuk melaksanakan langkah selanjutnya.
<p>8. Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilaselaputketubanmasih utuh saatpembukaansudahlengkap, maka lakukanamniotomi.
9. Dekontaminasi sarung tangan (mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kedalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam klorin 0,5% selama 10 menit). Cuci tangan setelah sarung tangan dilepaskan dan setelah itu tutup kembali partus set.
<p>10. Periksa denyut jantung janin (DJJ) setelah kontraksi uterus mereda (relaksasi) untuk memastikan DJJ masih dalam batas normal (120 – 160 kali / menit). Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ, semua temuan pemeriksaan dan asuhan yang diberikan ke dalam partograf.
IV. MENYIAPKAN IBU DAN KELUARGA UNTUK MEMBANTU PROSES MENERAN

<p>11. Beritahukan padaibubahwa pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin cukup baik.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, lanjutkan pemantauan kondisi dan kenyamanan ibu dan janin (ikuti pedoman penatalaksanaan fase aktif) dan dokumentasikan semua temuan yang ada. • Jelaskan kepada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.
<p>12. Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.</p>
<p>13. Laksanakan bimbingan meneranpada saatibuingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bimbing ibu agar dapat meneran secara benar dan efektif • Dukung dan beri semangat pada saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila caranya tidak sesuai. • Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (kecuali posisi berbaring terlentang dalam waktu yang lama). • Anjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi. • Anjurkan keluarga memberi dukungan dan semangat untuk ibu. • Berikan cukup asupancairan per-oral (minum). • Menilai DJJ setiapkontraksi uterus selesai • Segera rujuk jika bayi belum lahir atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran ≥ 120 menit (2 jam) pada primigravida atau ≥ 60menit (1 jam) pada multigravida.
<p>14. Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman, jika ibu belum merasa ada dorongan untuk meneran dalam selang waktu 60 menit.</p>
<p>V. PERSIAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</p>
<p>15. Letakkan handuk bersih (untuk mengeringkan bayi) di perut bawah ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm.</p>
<p>16. Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian sebagai alas bokong ibu.</p>
<p>17. Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.</p>
<p>18. Pakai sarung tangan DTT/steril pada kedua tangan.</p>
<p>VI. PERTOLONGAN UNTUK MELAHIRKAN BAYI</p>
<p>Lahirnya Kepala</p>
<p>19. Setelah tampak kepala bayi dengan diameter 5-6 cm membuka vulva maka lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi dengan kain bersih dan kering, tangan yang lain menahan belakang kelapa untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu meneran secara efektif atau bernafas cepat dan dangkal</p>
<p>20. Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat (ambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, segera lanjutkan proses kelahiran bayi. <i>Perhatikan!</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi.</i> • <i>Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.</i>

21. Setelah kepala lahir, tunggu putaran paksi luar yang berlangsung secara spontan.
Lahirnya Bahu
22. Setelah putaran paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparental. Anjurkan untuk meneran saat kontraksi. Dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah dan distal hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke arah atas dan distal untuk meliharakan bahu belakang.
Lahirnya Badan dan Tungkai
23. Setelah kedua bahu lahir, satu tangan menyangga kepala dan bahu belakang, tangan yang lain menelusuri lengan dan siku anterior bayi serta menjaga bayi terpegang baik.
24. Setelah tubuh dan lengan lahir, penelusuran tangan atas berlanjut ke punggung, bokong, tungkai dan kaki. Pegang kedua mata kaki (masukkan telunjuk diantara kedua kaki dan pegang kedua kaki dengan melingkarkan ibu jari pada satu sisi dan jari-jari lainnya pada sisi yang lain agar bertemu dengan jari telunjuk).
VII. ASUHAN BAYI BARU LAHIR
<p>25. Lakukan penilaian (selintas):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apakah bayi cukup bulan? • Apakah bayi menangis kuat dan /atau bernapas tanpa kesulitan? • Apakah bayi bergerak dengan aktif ? <p>Bila salah satu jawaban adalah “TIDAK”, lanjut kelangkah resusitasi pada bayi baru lahir dengan asfiksia (lihat penuntun belajar resusitasi pada bayi asfiksia). Bila semua jawaban adalah “YA”, lanjut ke -26</p>
<p>26. Keringkan tubuh bayi</p> <p>Keringkan tubuh bayi mulai dari muka, kepala, dan bagian tubuh lainnya (kecuali kedua tangan) tanpa membersihkan verniks. Ganti handuk basah dengan baduk atau kain yang kering. Pastikan bayi dalam posisi dan kondisi aman di perut bagian bawah ibu.</p>
27. Periksa kembali uterus untuk memastikan hanya satu bayi yang lahir (hamil tunggal) dan bukaan kehamilan ganda (gemeli)
28. Beritahu ibu ia akan disuntik oksitosin agar uterus berkontraksi baik.
29. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit (intramuskuler) di 1/3 distal lateral paha (lakukan akspirasi sebelum menyuntikkan oksitosin).
30. Setelah 2 menit semenjak bayi baru lahir (cukup bulan), jepit tali pusat dengan klem kira-kira 2-3 cm dari pusar bayi. Gunakan jari telunjuk dan jari tengah tangan yang lain untuk mendorong isi tali pusat kearah ibu, dan klem tali pusat pada sekitar 2cm distal dari klem pertama.
<p>31. Pematangan dan pengikatan tali pusat</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dengan satu tangan, pegang tali pusat yang telah dijepit (lindungi perut bayi) dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem tersebut. • Ikat tali pusat dengan benang DTT/Steril pada satu sisi kemudian lingkarkan lagi benang tersebut dan ikat tali pusat dengan simpul kunci pada sisi lainnya. • Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah yang telah disediakan.

32. Letakkan bayi tengurap di dada ibu untuk kontak kulit ibu-bayi. Luruskan bahu bayi sehingga dada bayi menempel di dada ibunya. Usahakan kepala bayi berdpda diantara payudara ibu dengan posisi lebih rendah dari putting susu atau areola mammae ibu.
- Selimuti ibu-bayi dengan kain kering dan hangat, pasang topi di kepala bayi.
 - Biarkan bayi melakukan kontak kulit-ke kulit di dada ibu paling sedikit 1 jam.
 - Sebagian besar bayi akan berhasil melakukan inisiasi menyusui dini dalam waktu 30-60 menit. Menyusu untuk pertama kali akan berlangsung 10-15 menit. Bayi cukup menyusu dari satu payudara.
 - Biarkan bayi berada di dada ibu selama 1 jam walaupun bayi sudah berhasil menyusu.

VIII. MANEJEMEN AKTIF KALA III PERSALINAN (MAK III)

33. Pindahkan klem tali pusat singga berjarak 5-10 cm dari vulva.

34. Letakkan satu tangan diatas kain, pada perut bawah ibu(diatas simpisis), untuk mendeteksi kontraksi. Tangan lain memengang klem untuk menengangkan tali pusat.

35. Pada saat uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat kearah bawah sambil tangan yang lain mendorong uterus ke arah belakang-atas (dorso-cranial). Secara hati-hati (untuk mencegah inversio uteri). Jika plasenta tidak lepas setelah 30-40 detik, hentikan penengangan tali pusat dan tunggu kontraksi berikutnya kemudian ulangi kembali prosedur diatas.

- Jika uterus tidak segera berkontraksi, minta ibu/suami untuk melakukan stimulasi putting susu.

Mengeluarkan plasenta

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.

- Ibu boleh meneran tetapi tali pusat hanya ditegangkan (jangan ditarik secara kuat terutama jika uterus tidak berkontraksi) sesuai dengan sumbu jalan lahir(kearah bawah-sejajar lantai-atas).
- Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5-10 cm dari vulva dan lahiran plasenta
- Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit menengangkan tali pusat :
 1. Ulangi pemberian oksitosin 10 unit IM
 2. Lakukan kateterisasi (gunakan teknik aseptik) jika kandung kemih penuh
 3. Minta keluarga untuk menyiapkan rujukan
 4. Ulangi tekanan dorso-cranial dan penengangan tali pusat 15 menit berikutnya
 5. Jika plasenta lahir dalam 30 menit sejak bayi lahir atau terjadi perdarahan maka segera lakukan tindakan plasenta manual.

37. Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pengang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin kemudian lahir dan tempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan.

- Jika selaput ketuban robek, pakai sarung tangan DTT atau steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum DTT/Steril untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.

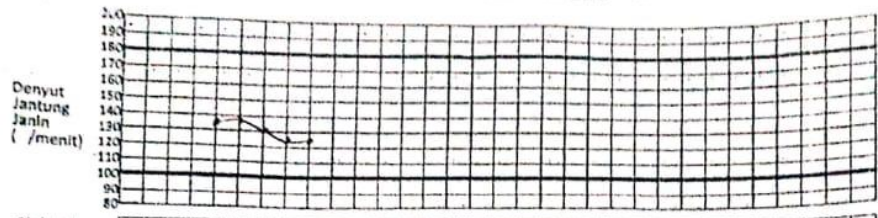
Rangsangan Taktil (Masase) Uterus
<p>38. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, lakukan masase uterus, letakkan telapak tangan di fundus dan lakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus teraba keras)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lakukan tindakan yang diperlukan (ompresi bimanual internal, kompresi aorta abdominalis, tampon kondom-kateter) jika uterus tidak berkontraksi dalam 15 detik setelah rangsangan taktil/masase. (lihat penatalaksanaan atonia uteri)
IX. MENILAI PERDARAHAN
<p>39. Evaluasi kemungkinan perdarahan dan laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi derajat 1 atau derajat 2 dan atau menimbulkan perdarahan. Bila ada robekan yang menimbulkan perdarahan aktif, segera lakukan penjahitan.</p>
<p>40. Periksa kedua sisi plasenta (maternal-fetal) pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Masukkan plasenta ke dalam kantung plastic atau tempat khusus.</p>
X. ASUHAN PASCA PERSALINAN
<p>41. Pastikan uterus berkontraksi dengan baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam</p>
<p>42. Pastikan kandung kemih kosong jika penuh, lakukan kateterisasi.</p>
Evaluasi
<p>43. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5% bersihkan noda darah dan cairan tubuh, dan bilas di air DTT tanpa melepas sarung tangan kemudian keringkan dengan tissue atau handuk pribadi yang bersih dan kering.</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"> • Jika bayi sulit bernafas, merintih, atau retraksi, resusitasi dan segera merujuk ke rumah sakit • Jika bayi nafas terlalu cepat atau sesak nafas, segera rujuk ke rumah sakit Rujukan • Jika kaki teraba dingin, pastikan ruangan hangat. Lakukan kembali kontak kulit ibu-bayi dan hangatkan ibu-bayi dalam satu selimut.
Kebersihan dan keamanan
<p>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.</p>
<p>49. Pastikan ibu merasa nyaman. Bantu ibu memberikan ASI. Anjurkan keluarga untuk member ibu minuman dan makanan yang diinginkannya.</p>
<p>50. Tempatkan semua peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Cuci dan bilas peralatan setelah didekontaminasi.</p>

51. Buang bahan-bahan yang terkontaminasi ke tempat sampah yang sesuai
52. Dekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%
53. Celupkan tangan yang masih memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5%, lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
54. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan tangan dengan <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
55. Pakai sarung tangan bersih/DTT untuk memberikan salep mata profilaksis infeksi, vitamin k ₁ (1 mg) intramuskuler di paha kiri bawah lateral dalam 1 jam pertama.
56. Lakukan pemeriksaan fisik lanjutan bayi baru lahir. Pastikan kondisi bayi baik (pernafasan normal 40-60 kali/menit dan temperatur tubuh normal 36.5 - 37.5 ⁰ C) setiap 15 menit.
57. Setelah satu jam pemberian vitamin k ₁ berikan suntikan imunisasi Hepatitis B di paha kanan bawah lateral. Letakkan bayi di dalam jangkauan ibu agar sewaktu-waktu dapat disusukan.
58. Lepaskan sarung tangan dalam keadaan terbalik dan rendam di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
59. Cuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir kemudian keringkan dengan <i>tissue</i> atau handuk pribadi yang bersih dan kering.
Dokumentasi
60. Lengkapi partograf (halaman depan dan belakang).

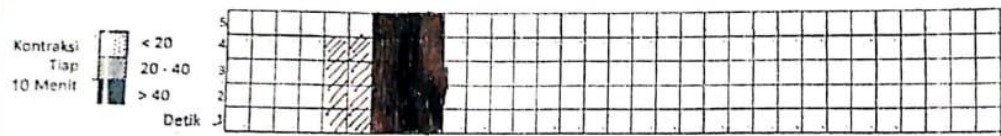
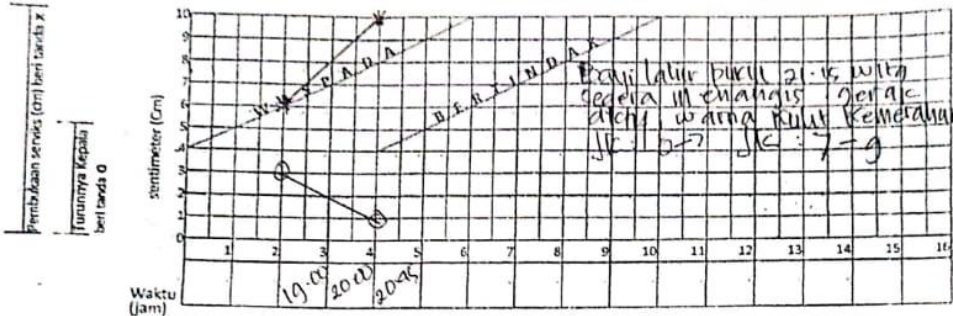
(Sumber: Asuhan Persalinan Normal tahun 2017).

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: PRILI Umur: 31 tgl G: P: A:
 No. Puskesmas Tanggal: 24-06-2019 Jam: 10:00 wita
 Ketuban Pecah sejak jam 20:40 wita Mules sejak jam 08:00 wita

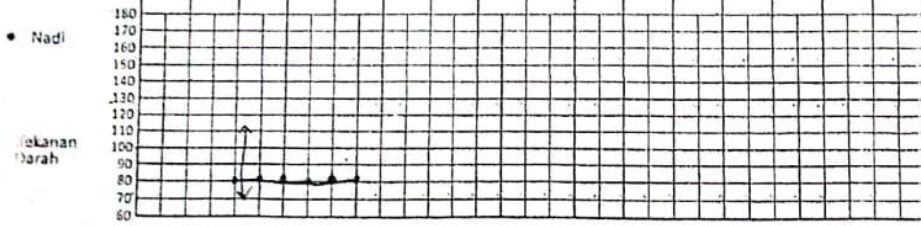


Alir ketuban penyusupan



Kontraksi Tiap 10 Menit: < 20, 20 - 40, > 40

Elastosin U/L: tetes/menit



Suhu °C

Urin: Protein , Aseton , Volume

Minum

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 26-08-2019
- Nama bidan: ITC
- Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindos
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: ppp
- Alamat tempat persalinan: kabin
- Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan menjuki:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat menjuki:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawat darurat
 - Perdarahan
 - HOK
 - Infeksi
 - PMTGT

KALA I

- Temuan pada fase laten: tidak Perlu intervensi Ya
- Grafik dilatasi melewati garis waspada Ya
- Masalah pada fase aktif, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

KALA II

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

KALA III

- Inisiasi Menyusu Dini:
 - Tidak, alasannya: Kelelahan saat proses persalinan
 - Tidak
- Lama kala III: 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U/m?
 - Ya, waktu: 2 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan:
- Penyepitan tali pusat: 2 menit setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
 - Ya
- Pengangkatan tali pusat terkendak?
 - Ya
 - Tidak, alasan:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kelemb/2, urin	Kelemb/2, ar
1	21.35	110/70 mmHg	80	36.7C	2 R PPT	kuat	Kering	tidak ada
	21.50	110/70 mmHg	80		2 R PPT	kuat	Kering	tidak ada
	22.05	110/70 mmHg	80		2 R PPT	kuat	Kering	tidak ada
	22.20	110/70 mmHg	80		2 R PPT	kuat	Kering	tidak ada
	22.50	110/70 mmHg	80		2 R PPT	kuat	Kering	tidak ada
2	23.00	110/70 mmHg	80		2 R PPT	kuat	Kering	tidak ada
	23.30	110/70 mmHg	80		2 R PPT	kuat	Kering	tidak ada

- Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan:
- Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya/Tidak)
 - Ya
 - Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
- Plasenta tidak lahir >30 menit:
 - Tidak
 - Ya, tindakan:
- Leserasi:
 - Ya, dimana: Mukosa vagina, Komplexus portio
 - Tidak
- Jika leserasi perineum, derajat: 1/2/3/4
 - Tindakan:
 - Punjahan, dengan/waktu anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:
- Alan uteri:
 - Ya, tindakan:
 - Tidak
- Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 150 ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
- Masalah lain pada kala III dan penatalaksanannya:
- Hasilnya:

KALA IV

- Kondisi ibu: KU TD 100/70 mmHg Nadi 80x/mnt Nafas 20/mnt
 - Masalah kala IV dan penatalaksanannya:
 - Hasilnya:
- BAYI BARU LAHIR:**
- Berat badan: 3.20 gram
 - Panjang badan: 49 cm
 - Jenis kelamin: P
 - Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
 - Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - Menghentikan
 - Mengurangi
 - Mengurangi taktil
 - Asikala
 - Menghentikan
 - membebaskan jalan nafas (posisi dan isap lendir)
 - mengeringkan
 - Cekat bawahan, sebutkan:
 - Hipotermi, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
 - Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, waktu: 3 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
 - Masalah lain, sebutkan:
 - Hasilnya:

FORMAT PENGKAJIAN DATA
ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

Nama Rumah Sakit/RB/BPS :.....	Nomor RM :.....	
	Tanggal masuk dirawat :.....	
Dokter yang merawat :..... Bidan :.....	Tanggal pengkajian :..... Jam :.....	
I. DATA SUBJEKTIF		
A. Biodata		
1. Bayi Nama : Umur/tgl/jam lahir : Jenis kelamin : Anak ke- : Status anak :		
2. Orang tua	Ibu	Ayah
Nama : Umur : Pendidikan : Pekerjaan : Agama : Suku bangsa : Status perkawinan : Alamat rumah : No. telp : Alamat tempat kerja :	: : : : : : : : : :	: : : : : : : : : :

<p>B. Alasan dirawat :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>C. Keluhan utama :</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>D. Riwayat prenatal :</p> <p>GAPAH :</p> <p>Masa gestasi :</p> <p>Riwayat ANC :</p> <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"/> TT₁ tgl..... <input type="checkbox"/> TT₂ tgl..... <input type="checkbox"/> TT .....tgl.....</p> <p>Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin :</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> <p><input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> alergi lain-lain</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Riwayat pengobatan ibu</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		
<p>E. Riwayat intranatal :</p> <p>Penolong :..... tempat kelahiran tanggal.....</p>		

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

.....
<p>I. Riwayat imunisasi</p> <p><input type="checkbox"/> BCG Tgl..... <input type="checkbox"/> Polio₁ Tgl..... <input type="checkbox"/> Hb₁ Tgl.....</p> <p>Komplikasi.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> tidak imunisasi, alasan.....</p>
<p>J. Bio-psiko-sosial-spiritual</p>
<p>1. Biologis</p> <p>a. Pernafasan : <input type="checkbox"/> ada gangguan <input type="checkbox"/> tidak ada gangguan</p> <p>b. Nutrisi</p> <p>Jenis :.....</p> <p>Frekuensi :.....</p> <p>Porsi :.....</p> <p>Keluhan/kendala :</p> <p>c. Eleminasi</p> <p>BAK; frekuensi :....., warna :....., bau :.....</p> <p>BAB; frekuensi :....., warna :....., konsistensi :.....</p> <p>d. Istirahat :.....</p> <p>e. Aktivitas :.....</p>
<p>2. Psikososial</p> <p>Penerimaan orang tua dan keluarga terhadap anak :</p> <p>Dukungan keluarga :.....</p>
<p>3. Sosial</p> <p>Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :.....</p> <p>Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak :.....</p> <p>Pola Asuh Anak :.....</p>

<p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Spiritual</p> <p>Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan</p> <p><input type="checkbox"/> Tanda-tanda bahaya pada bayi :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Pemberian ASI :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Perawatan bayi sehari-hari :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Imunisasi :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> Pemberian MP-ASI :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> lain-lain</p> <p>.....</p>
<p>II. DATA OBJEKTIF</p>
<p>A. Pemeriksaan fisik</p>

Keadaan umum :

Tangis :.....,Gerak :....., Warna kulit :....., Turgor :
.....

HR....., RR....., Suhu.....

Tanda lahir : tidak ada ada
.....

Pengukuran :

BB..... PB..... LK.....LD..... lingkaran lengan.....

Kepala :

simetris asimetris cephal hematoma kaput suksedanium macrocephali
 microcephali rambut

UUB : menutup belum menutup datar cembung cekung

UUK : menutup belum menutup Sutura

lain-lain.....

Wajah :

simetris asimetris pucat oedema

Mata :

simetris asimetris gerakan bola mata: simetris asimetris

warna konjungtiva: merah muda pucat merah ikterus

warna sclera: putih merah ikterus

pengeluaran.....

lain-lain.....

Hidung :

NCH Pengeluaran.....

lain-lain.....

Mulut & bibir :

mukosa : kering lembab warna bibir : merah muda pucat

palatum : utuh palato schizis labiopalato schizis labiogenatopalato schizis

lidah

lain-lain.....

Telinga :

simetris asimetris pengeluaran.....
kelainan.....

Leher :

Pembengkakan kelenjar limfe Pembengkakan kelenjar tiroid Bendungan vena jugularis
pergerakan.....
lain-lain.....

Dada :

simetris asimetris retraksi
 dyspneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

Kedaaan payudara :

simetris asimetris puting.....
benjolan.....
pengeluaran.....

Abdomen :

distensi bising usus..... kondisi tali pusat.....
lain-lain.....

Punggung :

bentuk..... spina bifida gibus

Genitalia :

Perempuan : labia....., lubang uretra.....
lubang vagina.....pengeluaran.....
kelainan.....

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

hermaphrodit lain-lain.....

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

Ekstremitas :

Tangan : simetris asimetris jumlah jari.....

Kaki : simetris asimetris jumlah jari.....

kelainan.....

Refleks-Refleks :

Glabela reflex Rooting reflex Sucking reflex Swallowing refleks

Tonick neck reflex Morro reflex Graps reflex Babinsky reflex

B. Skor Bounding

C. Pemeriksaan penunjang

III. ANALISA

IV. PENATALAKSANAAN



ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

(5 W, 1H)

A. DATA SUBYEKTIF (Tgl.....jam.....)

1. Biodata

Identitas	Ibu	Suami
Nama	:	
Umur	:	
Agama	:	
Suku Bangsa	:	
Pendidikan	:	
Pekerjaan	:	
Alamat rumah	:	
Telepon/HP	:	

2. Alasan Datang /Keluhan Utama :

3. Riwayat Menstruasi

Menarche :
Siklus :
Lama :
Konsistensi :
Volume :
Keluhan :

4. Riwayat Pernikahan

5. Riwayat Kesehatan

6. Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

7. Riwayat Kehamilan sekarang

8. Persalinan

a. Kala I

b. Kala II

c. Kala III

d. Kala IV

9. Nifas sekarang

a. Ibu

b. Bayi

10. Riwayat Laktasi Sekarang

11. Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual

a. Biologis

1) Bernafas

2) Nutrisi

3) Eliminasi

- 4) Istirahat Tidur
- 5) Aktivitas
- 6) Personal Hygiene
- 7) Perilaku Seksual
- b. Psikologis
 - 1) Perasaan ibu saat ini
 - 2) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini
- c. Sosial
 - 1) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan
- d. Budaya
 - 1) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi
- j. Pengetahuan
- k. Perencanaan KB:
 - 1) Sudah
 - 2) Belum
 - 3) Rencana

- B. Obyektif
1. Keadaan umum :
 2. Kesadaran :
 3. Keadaan emosi :
 4. Tanda-tanda Vital
 - TD :
 - Nadi :
 - Pernapasan :
 - Suhu :
 5. Antropometri
 - BB sekarang :
 - BB tgl :
 - TB :
 6. Pemeriksaan Fisik
 - a. Kepala :
 - 1) Rambut :
 - 2) Telinga :
 - 3) Mata :
 - 4) Hidung :
 - 5) Bibir :
 - 6) Mulut dan gigi :
 - b. Leher :
 - c. Dada :
 - d. Payudara
 - 1) Bra :
 - 2) Payudara :
 - e. Abdomen
 - 1) Dinding abdomen :
 - 2) Kandung Kemih :

- 3) Uterus :
 - 4) Diastasis recti :
 - 5) CVAT :
 - f. Anogenital
 - 1) Vulva dan Vagina :
 - 2) Perineum :
 - 3) Anus :
 - g. Ekstremitas
 - Atas :
 - Bawah :
7. Pemeriksaan Penunjang :

C. ANALISA

P....A... Partus Spontan Belakang Kepala Nifas Jam

D. PENATALAKSANAAN



ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU “....”

AKSEPTOR KB BARU/LAMA.....

Tempat Pelayanan	Nomor RM:	
	Tanggal diberikan pelayanan: Tanggal jam pengkajian:	
Dokter yang merawat: Bidan:	Cara masuk: <input type="checkbox"/> IRJ <input type="checkbox"/> Unit Emergensi <input type="checkbox"/> Rujukan..... <input type="checkbox"/> Langsung Kamar Bersalin	
A. Data Subjektif		
I. Identitas	Ibu	Suami
Nama	.....	.....
Umur	.....	.....
Suku bangsa	.....	.....
Agama	.....	.....
Pendidikan	.....	.....
Pekerjaan	.....	.....
Alamat rumah	.....	.....
No. telepon	.....	.....
Alamat tempat kerja	.....	.....
No. telepon	.....	.....
2. Alasan Memeriksa Diri :		
.....		
.....		
3. Keluhan Utama :		

.....

4. Riwayat Menstruasi

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

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

Dismenorrhea Spoting Menoragia Metrorhagia

Premenstruasi Syndrome

Lain – lain:.....

5. Riwayat Perkawinan:

Pernikahanke :.....

Lama :.....

Status :.....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

No	Tgl, bln/thnpart us, umuranak	Tmp.pen olongpart us	UK saatPersalihan	Jenis persalinan	Kondisi saatbersalin	Keadaan anak			Keadaan sekarang
						BB	PB	JK	

7. Riwayat Laktasi

a. Pengalaman menyusui : ada tidak

b. Anak ke :

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

d. Lama menyusui :.....

e. Kendala :.....

<p>8. Riwayat KB</p> <p>a. Jenis KB yang sedang/pernah digunakan: <input type="checkbox"/> PIL <input type="checkbox"/> IUD <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Suntik</p> <p>b. Lama :.....</p> <p>c. Keluhan/efek samping :.....</p> <p>d. Kapan berhenti:.....</p> <p>e. Alasan berhenti:.....</p> <p>f. Mulai penggunaan KB:.....</p>
<p>9. Riwayat Ginekologi</p> <p><input type="checkbox"/> Infertil <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan: <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> serviks</p> <p><input type="checkbox"/> Cervicitis Kronis <input type="checkbox"/> corpus uteri <input type="checkbox"/> tuba fallopi</p> <p><input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> ovarium</p> <p><input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Tumorkandung: <input type="checkbox"/> vulva <input type="checkbox"/> vagina</p> <p><input type="checkbox"/> cerviks <input type="checkbox"/> Perkosaan <input type="checkbox"/> copus uteri <input type="checkbox"/> ovarium</p> <p><input type="checkbox"/> Polip Cervik Jenis: <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/> ganas</p> <p><input type="checkbox"/> Operasi Kandungan : <input type="checkbox"/> uterus <input type="checkbox"/> tuba fallopi <input type="checkbox"/> ovarium <input type="checkbox"/> serviks <input type="checkbox"/> vagina</p> <p>Kapan :.....</p>
<p>10. Riwayat Penyakit Ibu</p> <p><input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC</p>
<p>11. Riwayat Penyakit Keluarga</p> <p><input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Jantung <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Epilepsi</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> HIV/AIDS <input type="checkbox"/> TBC</p>
<p>12. Riwayat Bio-Psiko-Sosial-Spiritual</p> <p>a. Biologis</p> <p>1. Bernafas: <input type="checkbox"/> Tidak Ada</p> <p><input type="checkbox"/> Ada : <input type="checkbox"/> dyspneu <input type="checkbox"/> orthopneu <input type="checkbox"/> thacypneu <input type="checkbox"/> wheezing <input type="checkbox"/> ronchi</p> <p>2. Pola Nutrisi</p>

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

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

3. Eliminasi

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

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

c) Keluhan:.....

4. Istirahat/Tidur

a) Tidur malam :.....jam

b) Tidur siang :.....jam

c) Keluhan :.....

5. Aktivitas Sehari-Hari

a) Lama aktivitas :.....jam

b) Jenis aktivitas :.....

6. Personal Hygiene

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

b) Vulva hygiene
Waktu :.....

Kebiasaan :.....

Pemakaian pakaian dalam :.....

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

7. Prilaku Seksual

a) Cara :.....

b) Frekuensi :.....

c) Keluhan :.....

b. Psikososial

a) Persepsi tentang KB :

.....

.....

b) Kesiapan ber-KB: siap tidak

c) Perasaan saat ini: cemas sedih takut malu menolak

d) Dukungan:

1. Suami : mendukung tidak

2. Keluarga : mendukung tidak

e) Harapan :

.....
.....

c. kepercayaan / kebiasaan terkait dengan penggunaa alat kontrasepsi

.....
.....

d. Spiritual:

.....
.....

13. Pengetahuan

.....
.....

14. Konseling pra penggunaan

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

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan umum: baik lemah jelek

b. Tanda – tanda vital:

1) Tekanan darah :.....mmHg

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

3) Suhu :.....⁰C

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

c. Antropometri:

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

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

3. Tinggi badan :.....cm

2. Pemeriksaan Sistematis

a. Kepala

1. Wajah

Oedema : Ada Tidak ada

Pucat : Ada Tidak ada

Cloasma : Ada Tidak ada

2. Mata

Konjungtiva : merah muda pucat merah

Sklera : putih kuning merah

3. Mulut dan gigi

Bibir : pucat kemerahan dan lembab kering

Caries pada gigi : ada tidak ada

b. Leher

1. Kelenjar limfe : ada pembengkakan tidak ada

2. Kelenjar tiroid : ada pembengkakan tidak ada

3. Vena jugularis : ada pelebaran tidak ada

c. Dada

1. Nyeri tekan : ada tidak

2. Payudara dan aksila :

Bentuk : simetris asimetris

Puting susu : menonjol masuk datar
Kelainan : ada tidak
Kebersihan : bersih tidak
Aksila : pembengkakan tidak ada pembengkakan

d. Abdomen

Bekas luka operasi : ada tidak

e. Anogenital

Pengeluaran cairan : ada, jenis.....
Jumlah..... tidak

Tanda – tanda infeksi : Pembengkakan: ada tidak

Luka : ada tidak

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

Kelainan : ada tidak

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

Anus haemmoroid : ada tidak

f. Khusus Akseptor IUD

1. Inspikulo Vagina

Portio : lunak erosi kaku

Kelainan : ada tidak

Ukuran kelainan :cm

2. Bimanual

Nyeri goyang portio : ada tidak

Massa : ada tidak

Lain-lain :

3. Kontrol

Benang IUD : teraba tidak

g. Tangan dan Kaki

<p>1. Tangan</p> <p>Oedema : <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> tidak</p> <p>Keadaan kuku : <input type="checkbox"/> bersih <input type="checkbox"/> tidak</p> <p>2. Kaki</p> <p>Edema : <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> tidak</p> <p>Varises : <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> tidak</p> <p>Keadaan kuku : <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> tidak</p>
<p>3. Pemeriksaan Penunjang</p> <p><input type="checkbox"/> Pap Smear , hasil.....</p> <p><input type="checkbox"/> IVA , hasil.....</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain :....., hasil.....</p>
<p>C. ANALISA :.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>D. PENATALAKSANAAN</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>



Lampiran INC





LAMPIRAN BBL





Kunjungn Nifas dan Kunjungan Neonatus





LEMBAR PERSETUJUAN

PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI PMB "NS" DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKASADA I
TAHUN 2019

Diajukan oleh :

NI KADEK SEPTIRA DWIYANTI
1666091651

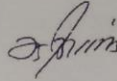
Telah disetujui oleh :

PEMBIMBING I



Luh Nik Armini, S.ST.,M.Keb
NIP. 19830716 200604 2 009

PEMBIMBING II



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

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI


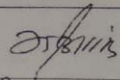

PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN DI PMB "NS"
DI WILAYAH KERJA PUSKESMAS SUKASADA 1
TAHUN 2019

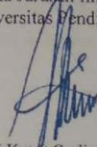
Nama : Ni Kadek Septira Dwiyanti
NIM : 1606091051

Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir Program Studi
D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha
Pada Tanggal : 23 April 2019

Tim Penguji

NAMA PENGUJI	NIP	TANDA TANGAN
Luh Nik Armini, S.ST.,M.Keb	19830716 200604 2 009	
Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST.,M.Pd	19720422 199503 2 002	
Luh Mertasari, S.ST.,M.Pd	19801115 200604 2 015	

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


Dr. I Ketut Sudiarta, S.Pd.,M.Kes
NIP. 19670527 200112 1 001



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

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ni Kadek Septira Dwiyantri
NIM : 1606091051
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan kebidanan komprehensif pada perempuan Di PMB "NS"
di Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2019

Hari Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin 25-01-2019	- BAB I - BAB II - BAB III	- Perbaiki BAB I, BAB II, BAB III	
Senin 01-02-2019	Konsultasi Revisi 1 BAB I, BAB II, BAB III	- Perbaiki BAB I, BAB II, BAB III	
Kamis 21-02-2019	Konsultasi Revisi 2 BAB I, BAB II, BAB III, dan lampiran	- Perbaiki BAB I, BAB II, BAB III, dan lampiran	
Senin 01-04-2019	Konsultasi Revisi 3 BAB I, BAB II, BAB III dan Lampiran	ACC	

Singaraja, Mei 2019
Pembimbing I

Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb
NIP. 19830716 200604 2 009



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

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

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ni Kadek Septira Dwiyanti
NIM : 1606091051
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan kebidanan komprehensif pada perempuan Di PMB "NS"
di Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin 25-02-2019	- BAB I - BAB II - BAB III	- Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	
Senin 28-02-2019	Konsultasi Revisi 1 BAB I, BAB II, BAB III	- Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III	
Kamis 01-03-2019	Konsultasi Revisi 2 BAB I, BAB II, BAB III, dan lampiran	- Perbaikan BAB I, BAB II, BAB III, dan lampiran	
Senin 02-04-2019	Konsultasi Revisi 3 BAB I, BAB II, BAB III dan Lampiran	ACC	

Singaraja, Mei 2019
Pembimbing II

Ni Nvoman Ayu Dwi Astini, S.ST., M.Pd

NIP. 19720422 199503 2 002

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

Pada hari ini Selasa Tanggal 23 Bulan April

Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di Ruang kelas Lantai 2 kampus prodi kebidanan
telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII
Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Ni kadet Septira Dwilyanti
NIM : 1606091051
Pembimbing I : Luh Nik Armini, S.ST.M.Keb
Pembimbing II : Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST.M.Pd
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan Di BPM "KN"
Wilayah kerja Puskesmas Bangli utara tahun 2019

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Lokasi penemuan subjek & pertimbangan (sesuai tempat PKL II)
2. Pada latar belakang masalah belum fokus (coc)
3. Lebih dikuasai teori "pembinaan asuhan kebidanan pd Pasus
4. Konsep KB pd bab 1 & perbaikan / diperluas
5. Kajian teori : partograf, kelengkapan TM 3, pelaksanaan BGL
6.
7.
8.
9.
10.

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

Singaraja, 23 April 2019

Dewan Penguji:

1. Luh Mertasan, S.ST., M.Pd
2. Luh Nik Armini, S.ST. M.Keb
3. Ni Nyoman Ayu Dwi Astini, S.ST. M.Pd
4.

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



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

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ni Kadek Septira Dwiyanti
NIM : 1606091051
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "LI" Di PMB TC Di Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019

Hari / Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 05 Juli 2019	BAB 4 Tinjauan kasus dan pembahasan	Perbaikan tinjauan kasus ibu Perbaikan pembahasan ibu Perbaikan tinjauan kasus bayi Perbaikan pembahasan bayi	
Selasa, 9 Juli 2019	BAB 1-4	Perbaikan BAB 1 – 3 Perbaikan tinjauan kasus dan pembahasan	
Selasa, 6 Agustus 2019	BAB 1 - 5	Perbaikan lengkap	
Senin, 19 Agustus 2019	Lengkap	ACC	

Singaraja, Agustus 2019

Pembimbing I

Luh Nik Armini,S.ST.,M.Keb
NIP. 19830716 200604 2 009



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

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

NamaMahasisiwa : Ni Kadek Septira Dwiyanti
NIM : 1606091051
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan kebidanan komprehensif pada perempuan "LI" Di PMB
"TC" di Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin/25-02-2019	- BAB I - BAB II - BAB III - BAB IV - BAB V	- Perbaikan BAB III, BABIV, BAB V	
Jumat/28-02-2019	Konsultasi Revisi 1 BAB III, BAB IV, BAB V	- Perbaikan BAB III, BAB IV, BAB V	
Kamis/01-03-2019	Konsultasi Revisi 2 BAB III , BAB IV, BAB V	ACC	

Singaraja, Agustus 2019
Pembimbing II

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



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, Selasa tanggal 09.09.2019 jam 10.00 s/d 11.00 Wita, bertempat di Ruang Kelas (Aula) Prdi D3 Kbidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir yang diajukan oleh:

Nama : NI Kadek Septira Dwiranti
NIM : 1600091051
Prodi : Diploma 3 Kebidanan
Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan
Judul TA : Asuhan Keperawatan Komprehensif pada Perempuan "U" di pusb TC diwilayah Kerja puskesmas Kutumbahan T
Pembimbing I : Luh Nite Armini .S.ST.M.Keb
Pembimbing II : Ni Nyoman Ayu Dwi Astuti .S.ST.M.Pd.

dengan hasil: ujian lulus tanpa revisi / ujian lulus dengan revisi / ujian ditulang* selama 1 bulan terhitung dari tanggal 09. September 2019 sampai dengan 10. September 2019.

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Luh Nite Armini .S.ST.M.Keb</u>	<u>191307162006092009</u>	<u>[Signature]</u>
2.	<u>Ni Nyoman Ayu Dwi Astuti .S.ST.M.Pd</u>	<u>197209922199502009</u>	<u>[Signature]</u>
3.	<u>Luh Mertasari .S.ST.M.Pd.</u>	<u>19001152006092015</u>	<u>[Signature]</u>

Mengetahui,
Ketua Jurusan

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

Singaraja, 09.09.2019.

Ketua Penilai

[Signature]
Luh Nite Armini .S.ST.M.Keb.
NIP. 191307162006092009