

Jadwal Pelaksanaan Penelitian

No	Kegiatan	Bulan																											
		Jan '19				Peb '19				Mar '19				Apr '19				Mei '19				Juni '19				Juli-Ags'19			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
I	Perencanaan																												
1	Konsultasi masalah dan judul	x																											
2	Konsultasi proposal							x	x	x	x	x	x																
3	Persiapan Ujian Proposal											x	x	x	x														
4	Ujian Proposal													x	x														
II	Pelaksanaan																												
1	Pengurusan izin																	x											
2	Pengumpulan data																	x	x	x	x	x	x	X	x				
3	Analisa data																	x	x	x	x	x							
4	Penatalaksanaan																	x	x	x	x								
III	Pelaporan																												
1	Penyusunan laporan																												
																		x	x	x	x	X	x	x	x	x			



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

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

Nomor : 464 / UN48.12 / KM / 2019 Singaraja, 06 Mei 2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan Ijin Pengambilan Data

Yth. Praktek Mandiri Bidan
Ibu Ni Made Yani, 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 Luh Made Sri Ritnasari, NIM : 1606091018 agar diperkenankan mengadakan penelitian/ pengumpulan data yang berhubungan dengan judul studi kasusnya pada praktek yang berada di bawah pengawasan Ibu.

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

Dekan

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

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Sukasada I
2. Arsip



PRAKTIK MANDIRI BIDAN

Ni Made Yani, A.Md.,Keb

Desa Tegallingah, Kecamatan Sukasada, Kabupaten Buleleng

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Made Yani, A.Md.,Keb.

NIP :19760516 200604 2 021

Alamat : Desa Tegallingah, Kecamatan Sukasada, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Luh Made Sri Ritnasari

Nim : 1606091018

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Ni Made Yani, A.Md.,Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "SJ" Di PMB Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada 1 Tahun 2019

Singaraja , 7 Mei 2019

Mengetahui,

Bidan



Ni Made Yani, A.Md.,Keb

NIP.19760516 200604 2 021

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :
Calon Responden
Di PMB Wilayah Kerja
Puskesmas Sukasada I,
Kabupaten Buleleng

Dengan hormat,

Saya, Ni Luh Made Sri Ritnasari, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di PMB Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Kabupaten Buleleng" 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 Luh Made Sri Ritnasari)
NIM. 1606091018

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Perempuan "SJ"

Umur : 29

Alamat : Dsn. Bukit Sari, Ds. Tegallingah, Kec. Sukasada, Kab. Buleleng

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

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

Singaraja, 7 Mei 2019

METERAI
TEMPEL
esponden
#B19EAF736882956
6000
ENAM RIBU RUPIAH



(Perempuan "SJ")

<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 sejakminggu/bulan yang lalu Saat ini.....</p> <p>Obat dan suplemen yang pernah diminum :</p> <p>Perilaku yang membahayakan kehamilan :</p> <p><input type="checkbox"/> Merokok pasif/aktif <input type="checkbox"/> minum jamu <input type="checkbox"/> minum-minuman keras <input type="checkbox"/> kontak dengan binatang <input type="checkbox"/> narkoba <input type="checkbox"/> diurut dukun</p> <p>Riwayat pemeriksaan penunjang :</p>								
<p>8. Riwayat Penyakit yang pernah diderita oleh Ibu/ Riwayat Operasi</p> <p><input type="checkbox"/> Kardiovaskuler <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Epilepsi Kapan.....</p> <p><input type="checkbox"/> TORCH <input type="checkbox"/> TBC <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> PMS Kapan.....</p> <p><input type="checkbox"/> Operasi Jenis..... Kapan.....</p>								
<p>9. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, Ibu, Adik, Paman, Bibi) yang Pernah Menderita Sakit :</p> <p>Keturunan :</p> <p><input type="checkbox"/> Kanker <input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Penyakit Jiwa <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan 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 <input type="checkbox"/> Kanker Kandungan <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan <input type="checkbox"/> Perkosaan</p>								
<p>11. Riwayat & Rencana Penggunaan Kontrasepsi :</p> <p>Metode kontrasepsi yang pernah dipakai: Lama:</p> <p>Efek samping/ komplikasi kontrasepsi :</p> <p>Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan :</p>								

Rencana jumlah anak :
Alasan :
12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual
<p>a. Biologis :</p> <p>1) Bernafas : <input type="checkbox"/> tidak ada keluhan <input type="checkbox"/> ada keluhan :.....</p> <p>2) Makan Frekuensix 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 : Jumlahgelas/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 :</p> <p>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.....</p> <p>Persiapan persalinan: <input type="checkbox"/> Tempat <input type="checkbox"/> Penolong <input type="checkbox"/> Pelengkapan Ibu dan bayi <input type="checkbox"/> Donor..... <input type="checkbox"/> Transportasi..... <input type="checkbox"/> Pendamping <input type="checkbox"/> Pengasuh anak di rumah</p> <p><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
<p>TW I : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> keluhan <input type="checkbox"/> zima dan cara mengatasinya dukungan keluarga deteksi dan pencegahan kelainan konginetal hubungan seksual yang aman</p> <p>TW II : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> nutrisi <input type="checkbox"/> gerakan dan aktivitas <input type="checkbox"/> cara mengatasi keluhan lazim <input type="checkbox"/> persiapan persalinan <input type="checkbox"/> personal hygiene <input type="checkbox"/> pola hidup sehat</p>

<p>TW III : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> deteksi tum-bang janin <input type="checkbox"/> tanda-tanda persalinan <input type="checkbox"/> teknik mengatasi rasa nyeri persalinan <input type="checkbox"/> peran pendamping teknik dan posisi meneran <input type="checkbox"/> peran IMD</p>
<p>B. Data Obyektif <input type="checkbox"/></p>
<p>1. Pemeriksaan Umum Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> lemah <input type="checkbox"/> jelek Kesadaran : <input type="checkbox"/> kompos mentis <input type="checkbox"/> apatis <input type="checkbox"/> delirium <input type="checkbox"/> somnolen <input type="checkbox"/> stupor <input type="checkbox"/> comatose GCS : E.....V.....M..... Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/> nang <input type="checkbox"/> ge'сах <input type="checkbox"/> takut <input type="checkbox"/> murun <input type="checkbox"/> bingung <input type="checkbox"/> 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</p>
<p>2. Pemeriksaan Fisik a. Wajah : <input type="checkbox"/> tidak kelainan <input type="checkbox"/> oedema <input type="checkbox"/> pucat b. Mata : 1) conjungtiva: <input type="checkbox"/> merah muda <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah 2) Sclera: <input type="checkbox"/> putih <input type="checkbox"/> kuning <input type="checkbox"/> merah c. Mulut : 1) Mukosa: <input type="checkbox"/> lembab <input type="checkbox"/> kering 2) Bibir: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> biru 3) Gigi : <input type="checkbox"/> tidak ada caries <input type="checkbox"/> ada caries 4) Lain-lain..... d. Leher: <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> pembengkakan kelenjar limfe <input type="checkbox"/> bendungan vena jugularis <input type="checkbox"/> pembesaran kelenjar tyroid <input type="checkbox"/> Lain-lain..... e. Dada Kelainan : <input type="checkbox"/> dyspneu <input type="checkbox"/> orthopneu <input type="checkbox"/> thacypneu <input type="checkbox"/> wheezing Payudara : <input type="checkbox"/> tidak ada kelainan <input type="checkbox"/> Areola hiperpigmentasi <input type="checkbox"/> kolostrum <input type="checkbox"/> bersih Kelainan : <input type="checkbox"/> asimetris, Puting: <input type="checkbox"/> datar <input type="checkbox"/> nasuk <input type="checkbox"/> limpling <input type="checkbox"/> ekstraksi Kebersihan: <input type="checkbox"/> bersih <input type="checkbox"/> kotor f. Tangan dan Kaki: 1) Tangan : <input type="checkbox"/> oedema warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda 2) Kaki : <input type="checkbox"/> oedema..... <input type="checkbox"/> varises..... warna kuku: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah muda Reflek patella :/.....</p>
<p>3. Pemeriksaan Khusus Obstetri a. Abdomen : Pembesaran perut..... 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 Tinggi Fundus Uteri :cm/.....(jari) 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:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Nyeri tekan</p> <p>Auskultasi : DJJx/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>Lain-lain :</p>
<p>C. ANALISA</p>
<p>D. PENATALAKSANAAN</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

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

Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
I	1	Terlalu muda hamil $I \leq 16$ Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil $I \geq 35$ Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 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	4				
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
12		Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
13		Hamil kembar	4				

	14	Hydramion	4				
	15	Bayi mati dalam kandunga	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang*	8				
	18	Letak lintang*	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini*	8				
	20	Preeklamsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Ket:

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



FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

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

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

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

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

- d. Riwayat faktor keturunan: faktor keturunan kembar, kelainan kongenital, kelainan jiwa, kelainan darah
7. Riwayat menstruasi dan KB
- Siklus menstruasi : teratur, tidak....hari
 - Lama haid : ...hari
 - Kontrapsesi yang pernah dipakai :...lama....,rencana yang akan digunakan...
 - Rencana jumlah anak :...anak
8. Data biologis, psikologis, sosial, spiritual
- Keluhan bernafas : tidak ada, ada
 - Nutrisi
 - Makan terakhir pukul..., porsi..., jenis...
 - Minum terakhir pukul..., jumlah...cc, jenis...
 - Nafsu makan: baik, menurun
 - Istirahat
 - Tidur malam :..jam, keluhan...
 - Istirahat siang:..jam,
 - Keluhan.....
 - Kondisi saat ini
 - Bisa istirahat diluar kontraksi : ya, tidak, alasan.....
 - Kondisi fisik : kuat, lemah, terasa mau pingsan
 - Eliminasi
 - BAB terakhir : pukul.....konsistensi.....
 - BAK terakhir : pukul.....jumlah.....
 - Keluhan saat BAB/BAK.....
 - Psikologis
 - Siap melahirkan : ya, tidak, alasan.....
 - Perasaan ibu saat ini: bahagia dan coperatif, kecewa, malu, takut, sedih, cemas, menolak, putus asa
 - Sosial
 - Perkawinan..... kali, status : sah, tidak sah
 - Lama perkawinan dengan suami sekarang :tahun
 - Hubungan dengan suami dan keluarga : harmonis, kurang harmonis
 - Pengambilan keputusan : suami&isteri, suami, istri, keluarga besar, lain-lain....
 - Persiapan persalinan yang sudah siap : perlengkapan ibu, perlengkapan bayi, biaya, calon donor, pendamping, transportasi
 - Spiritual dan ritual yang perlu dibantu :.....
9. Pengetahuan ibu dan pendamping yang dibutuhkan : tanda dan gejala persalinan, teknik mengatasi rasa nyeri, mobilisasi dan posisi persalinan,

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

II. Data obyektif

1. Keadaan umum : ...

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

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

Keadaan emosi : stabil, tidak stabil

Keadaan psikologi : takut, murung, bingung

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

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

2. Pemeriksaan fisik

a. Wajah : tidak ada kelainan, oedema, pucat

b. Mata

Conjunctiva : merah muda, pucat, merah

Sclera : putih, kuning, merah

c. Mulut

Mukosa : lembab, kering

Bibir : segar, pucat, biru

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

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

Payudara : tidak ada kelainan areola hiperpigmentasi kolostrum
bersih

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

Kebersihan : bersih sedang kotor

f. Abdomen

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

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

-palpasi Leopold :

L1 : TFU.... pada fundus terababagian

L2 :disebelahkananteraba disebelahkiriteraba

L3 :Bagianbawahteraba

bisadigoyangkan, tidak bias digoyangkan

L4 :konvergen sejajardivergen

TBJ : perlimaan

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 (berdasarkanindikasi)
Promontorium :terabatidak
Linea anominata kanan/kiri teraba :...../.....
bagian
Dindingpanggul :sejajardivergenkonvergen
Sacrum :konkafkonfeks
Spinaischiadika :tumpulmenonjolsangatmenonjol
Oscoccygeus :dapatdidorong : yatidak
Arkuspubis :≥90°< 90°
Kesanpanggul :

c) Anus: Haemoroid : ada, tidak

3. PemeriksaanPenunjang :
- Tanggal : jam
 - DarahHB :..... gr% Urine protein :
 - Urine reduksi :
 - CTG/NST :
 - USG :....
 - Lain –lain :....

III. Analisa

IV. Penatalaksanaan

CATATAN PERKEMBANGAN

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

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		
B. Alasan dirawat :		
C. Keluhan utama :		
D. Riwayat prenatal : GAPAH : Masa gestasi : Riwayat ANC : Penerimaan Kehamilan : <input type="checkbox"/> direncanakan <input type="checkbox"/> tidak direncanakan, <input type="checkbox"/> diterima <input type="checkbox"/> tidak diterima Penyulit selama masa prenatal : Konsumsi obat dan suplemen : Imunisasi TT : <input type="checkbox"/> TT ₁ tgl..... <input type="checkbox"/> TT ₂ tgl..... <input type="checkbox"/> TTtgl..... Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin : Riwayat penyakit ibu : <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> jantung <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> alergi lain-lain		

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

.....

 lain-lain

II. DATA OBJEKTIF

A. Pemeriksaan fisik

Keadaan umum :

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

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

Tanda lahir : tidak ada ada

Pengukuran :

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

Kepala :

simetris asimetris cephal hematoma kaput suksedanium macrohepali
 microhepali 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

Keadaan 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.....

<p>lubang vagina.....pengeluaran.....</p> <p>kelainan.....</p> <p>Laki-laki : testis....., lubang penis.....</p> <p><input type="checkbox"/> hermaprodit lain-lain.....</p> <p>Anus : lubang.....kelainan.....</p> <p><u>Ekstremitas :</u></p> <p>Tangan : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris jumlah jari.....</p> <p>Kaki : <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris jumlah jari.....</p> <p>kelainan.....</p> <p><u>Refleks-Refleks :</u></p> <p><input type="checkbox"/> Glabela reflex <input type="checkbox"/> Rooting reflex <input type="checkbox"/> Sucking reflex <input type="checkbox"/> Swallowing refleks</p> <p><input type="checkbox"/> Tonick neck reflex <input type="checkbox"/> Morro reflex <input type="checkbox"/> Graps reflex <input type="checkbox"/> Babinsky reflex</p>
B. Skor Bounding
C. Pemeriksaan penunjang
III. ANALISA
IV. PENATALAKSANAAN

CATATAN PERKEMBANGAN

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





FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

(5 W, 1H)

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

1. Biodata

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

2. Alasan Datang /Keluhan Utama :

3. Riwayat Menstruasi

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



CATATAN PERKEMBANGAN

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

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

(5 W, 1H)

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

1. Biodata

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

12. Alasan Datang /Keluhan Utama :

13. Riwayat Menstruasi

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

14. Riwayat Pernikahan

15. Riwayat Kesehatan

16. Riwayat Kehamilan persalinan dan nifas yang lalu

17. Riwayat Kehamilan sekarang

18. Persalinan

e. Kala I

f. Kala II

g. Kala III

h. Kala IV

19. Nifas sekarang

c. Ibu

d. Bayi

20. Riwayat Laktasi Sekarang

21. Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual

a. Biologis

8) Bernafas

9) Nutrisi

10) Eliminasi

- 11) Istirahat Tidur
 12) Aktivitas
 13) Personal Hygiene
 14) Perilaku Seksual
 e. Psikologis
 3) Perasaan ibu saat ini
 4) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini
 f. Sosial
 2) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan
 g. Budaya
 2) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi
 j. Pengetahuan
 k. Perencanaan KB:
 4) Sudah
 5) Belum
 6) Rencana
- B. Obyektif
8. Keadaan umum :
 9. Kesadaran :
 10. Keadaan emosi :
 11. Tanda-tanda Vital :
 TD :
 Nadi :
 Pernapasan :
 Suhu :
 12. Antropometri :
 BB sekarang :
 BB tgl :
 TB :
 13. Pemeriksaan Fisik :
 h. Kepala :
 7) Rambut :
 8) Telinga :
 9) Mata :
 10) Hidung :
 11) Bibir :
 12) Mulut dan gigi :
 i. Leher :
 j. Dada :
 k. Payudara :
 3) Bra :
 4) Payudara :
 l. Abdomen :
 6) Dinding abdomen :
 7) Kandung Kemih :

- 8) Uterus :
- 9) Diastasis recti :
- 10) CVAT :
- m. Anogenital
 - 4) Vulva dan Vagina :
 - 5) Perineum :
 - 6) Anus :
- n. Ekstremitas
 - Atas :
 - Bawah :
- 14. Pemeriksaan Penunjang :


C. ANALISA

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

D. PENATALAKSANAAN



CATATAN PERKEMBANGAN

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

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 23-5-2019
- Nama bidan: Bidan MGA
- Tempat persalinan:
 - Rumah Igu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: PMB
- Alamat tempat persalinan: Tegaltinggah
- Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan merujuk: ...
- Tempat rujukan: ...
- Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawatdarurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Partogram melewati garis waspada: Y / I
- Masalah lain, sebutkan: ...
- Penatalaksanaan masalah tsb: ...
- Hasilnya: ...

KALA II

- Episiotomi:
 - Ya, indikasi: ...
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - suami
 - teman
 - tidak ada
 - keluarga
 - dukun
- Gawat janin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - ...
 - ...
 - Tidak
- Distosia bahu:
 - Ya, tindakan yang dilakukan: ...
 - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya: ...

KALA III

- Inisiasi Menyusu Dini:
 - Ya
 - Tidak, alasannya: ...
- Lama kala III: 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im?
 - Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan: ...
- Penjepitan tali pusat: 2 menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan: ...
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan: ...

- Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan: ...
- Plasenta lahir lengkap (Intact) (Ya) Tidak
 - Ya
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 - ...
 - ...
- Plasenta tidak lahir >30 menit:
 - Tidak
 - Ya, tindakan: ...
- Laserasi:
 - Ya, dimana: mukosa vagina, kompartemen posterior, kuli t. perineum, otot perineum
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan:
 - Penjahitan, dengan/ tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan: ...
- Atoni uteri:
 - Ya, tindakan: ...
 - Tidak
- Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 150 ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
 - Hasilnya: ...

KALA IV

- Kondisi ibu: KU: baik TD: 101/70 mmHg Nadi: 80 x/mnt Napas: 22 x/mnt
- Masalah dan penatalaksanaan masalah: ...

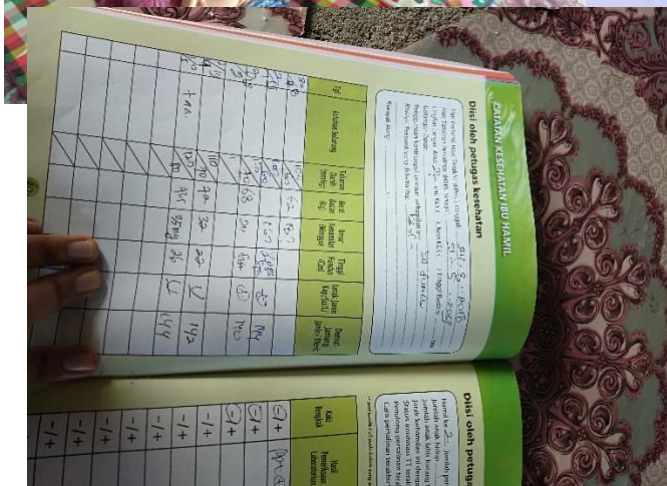
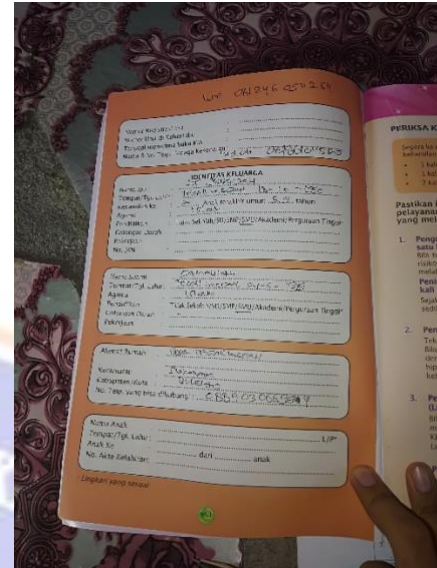
BAYI BARU LAHIR:

- Berat badan: 3000 gram
- Panjang badan: 50 cm
- Jenis kelamin: P
- Penilaian bayi baru lahir: baik/ ada penyulit
- Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
 - mengeringkan
 - bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil
 - menghangatkan
 - bebaskan jalan napas lain-lain, sebutkan: ...
 - pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan: ...
 - Hipotermi, tindakan:
 - ...
 - ...
 - ...
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, waktu: ... jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan: ...
- Masalah lain, sebutkan: ...
- Hasilnya: ...

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	01.15	110/70 mmHg	80 x/mnt	36.1	2 JF ↓ Pst	baik	tdk penuh	± 150 cc
	01.30	110/70 mmHg	80 x/mnt		2 JF ↓ Pst	baik	tdk penuh	± 60 cc
	01.45	110/70 mmHg	80 x/mnt		2 JF ↓ Pst	baik	tdk penuh	± 60 cc
	02.00	110/70 mmHg	80 x/mnt		2 JF ↓ Pst	baik	tdk penuh	± 60 cc
2	02.30	110/70 mmHg	80 x/mnt	36.1	2 JF ↓ Pst	baik	tdk penuh	± 60 cc
	03.00	110/70 mmHg	80 x/mnt		2 JF ↓ Pst	baik	tdk penuh	± 80 cc

Dokumentasi Kehamilan



Dokumentasi Persalinan





Dokumentasi KF dan KN



LEMBAR PERSETUJUAN

PROPOSAL TUGAS AKHIR

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

Diajukan oleh:

NI LUH MADE SRI RITNASARI
NIM. 1606091018

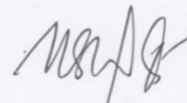
Telah disetujui oleh:

PEMBIMBING I



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

PEMBIMBING II



(Wawan Sugandini, S.ST., M.Pd)
NIP.19630303 198307 2 002

LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI


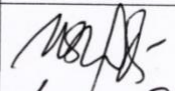
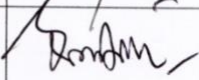
PROPOSAL TUGAS AKHIR

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

NAMA : NI LUH MADE SRI RITNASARI
NIM : 1606091018

Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir Program
Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Olahraga dan Kesehatan
Universitas Pendidikan Ganesha
Pada Tanggal: 23 Maret 2019

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1	Luh Mertasari, S.ST.,M.Pd	196801115 200604 2 015	
2	Wayan Sugandini, S.ST.,M.Pd	19630303 198307 2 002	
3	Ni Ketut Erawati, S.Kep.,Ns.,M.Pd	19770601 199903 2 003	

Singaraja, 23 Maret 2019
Ketua Jurusan Ilmu Olahraga dan Kesehatan
Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan
Ganesha


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



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

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

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ni Luh Made Sri Ritnasari
NIM : 1606091018
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada
Perempuan di PMB "MY" Wilayah Kerja
Puskesmas Sukasada I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 1 Februari 2019	- Judul - BAB 1	- Perbaiki judul - Perbaiki introduksi masalah - Perbaiki justifikasi - Perbaiki kronologi - Perbaiki konsep solusi	
Senin, 4 Februari 2019	- BAB 1-3	- Perbaiki introduksi, justifikasi dan kronologi masalah pada BAB 1 - Perbaiki kajian teori pada BAB 2	
Rabu, 6 Februari 2019	- BAB 1-3	- Perbaharui sumber - Penambahan konsep solusi pada BAB 1 - Perbaiki manajemen Askeb pada BAB 2	
Kamis, 14 Februari 2019	- BAB 1-3	- Perbaiki manajemen askeb pada perencanaan pada BAB 2	
Rabu, 27 Maret 2019	- BAB 1-3	- Perbaiki kronologis pada BAB 1 - Perbaiki manajemen askeb pada BAB 2	
Senin, 15 April 2019	- BAB 1-3	- ACC	

Singaraja, April 2019
Pembimbing I

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



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 PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ni Luh Made Sri Ritnasari
 NIM : 1606091018
 Angkatan : XVIII
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada
 Perempuan di PMB "MY" Wilayah Kerja
 Puskesmas Sukasada I Tahun 2019

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

Singaraja, April 2019
 Pembimbing II

Wayan Sugandini, S.ST, M.Pd
 NIP. 19630303 198307 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

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

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 FAKULTAS PRODI KEBIDANAN
 telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII
 Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : NI LUH MADE GRI RITNASARI
 NIM : 1606091018
 Pembimbing I : LUH MERTASARI, S.ST, M.Pd
 Pembimbing II : WAYAN SUGANDINI, S.ST, M.Pd
 Judul Proposal : ASIHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN DI PMB "NM" WILAYAH KERJA DISKEMAS KLUNGKUNG II KABUPATEN KLUNGKUNG TAHUN 2019

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Karena akan berada tempat penelitian agar disesuaikan masalahnya
2. Masalah agar dipertajam dan didukung oleh data & fakta
3. tauplan juga agar menarik dan latar belakang
4. Bab 3. Metodologi Penelitian bukan Metode Penelitian
5. Pertajam masalah dan kuasai aspek
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 MERTASARI, S.ST, M.Pd
2. WAYAN SUGANDINI, S.ST, M.Pd
3. NI KETUT PRAWATI, S.Kep.Ns, M.Pd
4.

1.

2.

3.

4.



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

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

BERITA ACARA

No.

Pada hari ini: Selasa tanggal 30 Juli 2019 jam 12.00 s.d. 11.00 Wita,
 bertempat di Ruang, Prdi D3 Kbidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan
 Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir
 yang diajukan oleh:

Nama : Ni Luh Mado Sri Ritawan
 NIM : 16060910
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan
 Judul TA : Ajukan Kebidanan Kompetensi Rata Perempuan "SI"
di PMB "MY" wilayah Kerja Puskesmas Sukaada I
Kabupaten Buleleng Tahun 2019

Pembimbing I : Luh Matasan, S.ST, M.Pd
 Pembimbing II : Wayan Sugandior, S.ST, M.Pd

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

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Luh Matasan, S.ST, M.Pd</u>	<u>19801111 20080201</u>	<u>[Signature]</u>
2.	<u>Wayan Sugandior, S.ST, M.Pd</u>	<u>196205 1983072 012</u>	<u>[Signature]</u>
3.	<u>Ni Ketut Erawati, S.Kep. Nl, M.Pd</u>	<u>197901 199002 003</u>	<u>[Signature]</u>

Mengetahui,
 Ketua Jurusan

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

Singaraja, 30 Juli 2019

Ketua Penilai

[Signature]
 Luh Matasan, S.ST, M.Pd
 NIP. 19801111 20080201