

LAMPIRAN

Lampiran 1

Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Tahun 2019																														
		Januari					Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli					
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	5	
I	Perencanaan																															
1	Konsultasi masalah dan judul	x	x	x																												
2	Konsultasi Proposal			x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x																	
3	Persiapan Ujian Proposal														x	x																
4	Ujian proposal																x															
II	Pelaksanaan																															
1	Pengurusan Izin																	x	x													
2	Pengumpulan Data																	x	x	x												
3	Analisa Data																		x	x												
4	Penatalaksanaan																		x	x	x											
III	Pelaporan																															
1	Penyusunan Laporan																															
2	Pengetikan Laporan																															
3	Konsultasi Laporan																															
4	Penyebaran Studi Kasus																															
5	Ujian Studi Kasus																															



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

Singaraja, 06 Mei 2019

Yth. Praktek Mandiri Bidan
Ibu Margaretha Rhene Bhoki, 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 : Kadek Yuni Pratiwi, NIM : 1606091044 agar diperkenankan mengadakan penelitian/ pengumpulan data yang berhubungan dengan judul studinya 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 Kubutambahan I
2. Arsip

PRAKTEK MANDIRI BIDAN

Margaretha Rhene Bhoki, A.Md.,Keb

Desa Bulian, Kecamatan Kubutambahan, Kabupaten Buleleng

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Margaretha Rhene Bhoki, A.Md.,Keb

NIP : 197209171992032011

Alamat : Desa Bulian, Kecamatan Kubutambahan, Kabupaten
Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Kadek Yuni Pratiwi

Nim : 1606091044

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Margaretha Rhene Bhoki, A.Md.,Keb dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "KS" Di PMB "MG" Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019.

Bulian, 10 Mei 2019

Mengetahui,

Praktek Mandiri Bidan



Margaretha Rhene Bhoki, A.Md.,Keb

NIP : 197209171992032011

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden

Di PMB “MG” Wilayah Kerja

Puskesmas Kubutambahan I

Dengan hormat,

Saya, Kadek Yuni Pratiwi, Mahasiswa Jurusan Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan “KS” di PMB “MG” 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,



(Kadek Yuni Pratiwi)
NIM. 1606091044

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Pr "KS"

Umur : 19 tahun

Alamat : Banjar Dinas Bantes, Desa Bulian, Kecamatan Kubutambahan,
Kabupaten 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 "KS" di PMB "MG" 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, 26 Mei 2019

Responden



(Pr "KS")

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 :		

Disminorhea Spoting Menoragia Metrorrhagia Premenstrual Syndrome

5. Riwayat Perkawinan : kawin tidak kawin sah 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

7. Riwayat Hamil ini :

Pemeriksaan sebelumnya: ANC kali, di, TT kali,
Tgl.....

Keluhan/ Tanda Bahaya:

TW I mual muntah berlebih perdarahan lain-lain: mual-mual saat hamil muda

TW II/ III pusing sakit kepala perdarahan keluar air pervaginam
 pandangan kabur lain-lain.....

Merasakan gerakan janin : belum sudah sejakminggu/bulan yang lalu
Saat ini.....

<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 <input type="checkbox"/> Keturunan <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 kronis <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> <p>Rencana alat kontrasepsi yang akan digunakan :</p> <p>Rencana jumlah anak :</p> <p>Alasan :</p>
<p>12. Data Bio Psikososial, dan Spiritual</p> <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</p>

Jenis : makanan pokok..... Lauk pauk :

Sayur :..... Buah.....

Porsi : Kecil Sedang Besar

Perubahan nafsu makan : Ada,..... Tidak

Pantangan makanan :tidak ada.....

Minum : Jumlahgelas/hari, Jenis : Kopi Teh

3) Eliminasi

BAK, frekuensi.....x sehari, warna :, Keluhan:.....

BAB, frekuensi.....x sehari, Konsistensi:....., Keluhan :

4) Istirahat dan Tidur

Siang : Tidak Ya,.....jam

Malam :jam

Keluhan :

5) Hubungan Seksual

Perubahan pola : Tidak Ya

Dampak perubahan pola : pada suami.....

pada kehamilan.....

b. Psikososial

Perasaan sebagai calon orang tua dan suasana hati:

Rasa takut Malu Kecewa Bahagia Siap secara mental

Penerimaan terhadap kehamilan ini:

Direncanakan : Ya Tidak Diterima : Ya Tidak

Alasan :

Hubungan dengan keluarga Baik Renggang Tidak baik

Pengambilan Keputusan : Suami Sendiri Orang tua Mertua

Keluarga lain.....

Persiapan persalinan: Tempat Penolong Pelengkapan

Ibu dan bayi Donor..... Transportasi..... Pendamping

Pengasuh anak di rumah

Social Support : Suami Orang tua Mertua Keluarga lain.....

Kebiasaan/budaya yang merugikan kesehatan/kehamilan.....

c. Spiritual:
<p>13. Pengetahuan Ibu yang Perlu Dijelaskan</p> <p>TW I : <input type="checkbox"/> tanda bahaya dan cara mengatasinya <input type="checkbox"/> keluhan lazim dan cara mengatasinya dukungan keluarga <input type="checkbox"/> deteksi dan pencegahan kelainan konginetal <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> teknik dan posisi meneran <input type="checkbox"/> IMD</p>
B. Data Obyektif
<p>1. Pemeriksaan Umum</p> <p>Keadaan umum: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> lemah <input type="checkbox"/> jelek</p> <p>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</p> <p>GCS : E.....V.....M.....</p> <p>Keadaan Psikologi : <input type="checkbox"/> tenang <input type="checkbox"/> gelisah <input type="checkbox"/> takut <input type="checkbox"/> murung <input type="checkbox"/> bingung <input type="checkbox"/> kecewa</p> <p>Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya (tgl.....)..... Kg, TB..... cm</p> <p>Tanda-tanda Vital : tekanan darah:..... mmHg, tekanan darah sebelumnya (tgl.....).....mmHg, Nadi:..... x/menit, Suhu : °C, Respirasi:.....x/menit</p>
<p>2. Pemeriksaan Fisik</p> <p>a. Wajah : <input type="checkbox"/> tidak kelainan <input type="checkbox"/> oedema <input type="checkbox"/> pucat</p> <p>b. Mata :</p> <p>1) conjungtiva: <input type="checkbox"/> merah muda <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah</p> <p>2) Sclera: <input type="checkbox"/> putih <input type="checkbox"/> kuning <input type="checkbox"/> merah</p> <p>c. Mulut :</p> <p>1) Mukosa: <input type="checkbox"/> lembab <input type="checkbox"/> kering</p> <p>2) Bibir: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> biru</p>

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 kolostrum 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: pucat merah muda

Reflek patella :

3. Pemeriksaan Khusus Obstetri

a. Abdomen :

Pembesaran

perut.....

Inspeksi: arah pembesaran memanjang melebar

Linea alba Linea nigra Striae Livide Striae Albicans Bekas luka operasi Lain-lain

Tinggi Fundus Uteri :cm/.....(jari)

Palpasi Leopold

L I : TFU.....pada fundus teraba.....

L II : di sebelah kanan teraba.....
di sebelah kiri.....

L III : bagian bawah teraba
 bisa digoyangkan tidak bisa digoyangkan

L IV : konvergen..... sejajar divergen

TBJ :

His (kalau ada), frekuensi:.....

CATATAN PERKEMBANGAN

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

Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	IV SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				2
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9		Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4			
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria,	4				
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		Kencing Manis (Diabetes)	4				
		Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Keterangan:

- (1) Jumlah skor: 2 (kelompok kehamilan resiko tinggi)
- (2) Jumlah skor: 6-10 (kelompok resiko tinggi)
- (3) Jumlah skor: ≥ 12 (kelompok resiko sangat tinggi)

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. Kontrasepsi yang pernah dipakai :...lama...,keluhan selama memakai alat kontrasepsi... 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 ccoperatif, 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 somnolens,
koma

Keadaan emosi : stabil, tidak stabil

Keadaan psikologi : takut, murung, bingung

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

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

2. Pemeriksaan fisik

a. Wajah : tidak ada kelainan, oedema, pucat

b. Mata

Conjunctiva : merah muda, pucat, merah

Sclera : putih, kuning, merah

c. Mulut

Mukosa : lembab, kering

Bibir : segar, pucat, biru

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

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

Payudara : tidak ada kelainan areola hiperpigmentasi kolostrum
bersih

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

Kebersihan : bersih sedang kotor

f. Abdomen

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

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

-palpasi Leopold :

L1 : TFU.... pada fundus teraba bagian

L2 : disebelah kanan teraba di sebelah kiri teraba

L3 : Bagian bawah teraba

bisa digoyangkan , tidak bias digoyangkan

L4 : konvergen sejajar divergen

TBJ : perlimaan

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

Auskultasi : DJJ

g. Genetalia dan Anus :

VT : tanggal jam oleh

a) Vulva :

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

b) Vagina : Skibala, sistokel, rectokel

- Porsio : Konsistensi : lunak, kaku, dilatasi :cm, penipisan (effacement):%, selaput ketuban : utuh, tidak utuh
- Persentasi :
Denominator ... posisi...
- Moulage : 0 1 2 3
- Penurunan : Hodge I II III IV
- Bagian keci : ada tidak ada
- Tali pusat : ada tidak (jika ada: berdenyut tidak)
- Pemeriksaan panggul (berdasarkan indikasi)

Promontorium : teraba tidak

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

Dinding panggul : sejajar divergen konvergen

Sacrum : konkaf konfeks

Spina ischiadika : tumpul menonjol sangat menonjol

Os coccygeus : dapat didorong : ya tidak

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

Kesan panggul :

Pelvic score (bila diperlukan).....

c) Anus: Haemoroid : ada, tidak

3. Pemeriksaan Penunjang :

Tanggal : jam

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

Urine reduksi :

CTG/NST :

USG :.....

Lain –lain :.....

III. Analisa

IV. Penatalaksanaan

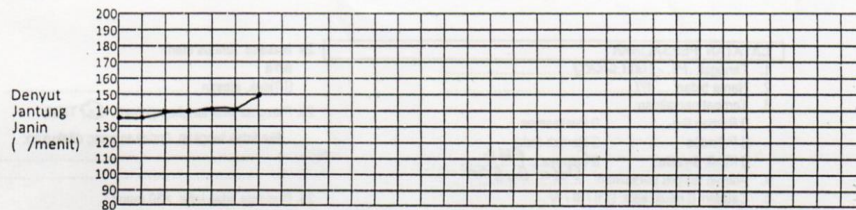


CATATAN PERKEMBANGAN

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

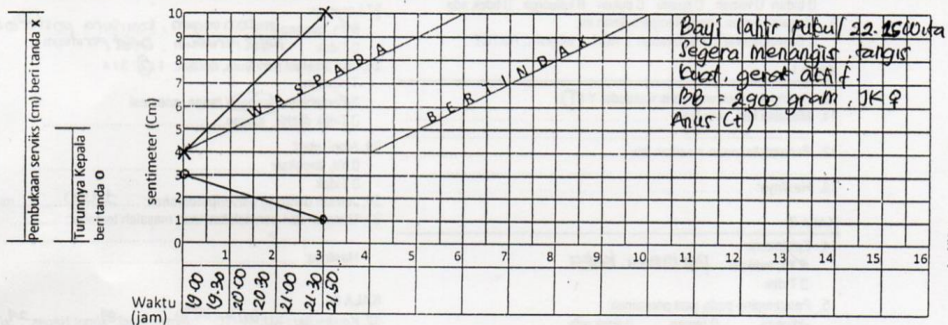
PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu: P. KS Umur: 19 th G: 1 P: 0 A: 0
 No. Puskesmas Tanggal: 14-6-2019 Jam: 19.00 Wita
 Ketuban Pecah sejak jam 19.00 Wita Mules sejak jam 12.00 Wita



Air ketuban penyusupan

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

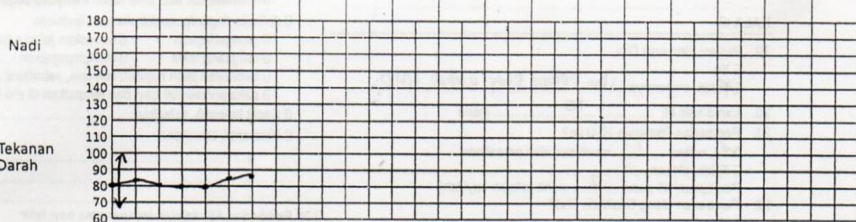


Oksitosin U/L tetes/menit

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Obat dan Cairan IV

0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---



Suhu °C 37°C 36.5°C

Urin
 Protein
 Aseton
 Volume 150cc

Hidrasi 200cc 150cc

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 19 Juni 2019
2. Nama bidan: M
3. Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakj
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: PMB
4. Alamat tempat persalinan: Desa Bulian
5. Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
6. Alasan merujuk:
7. Tempat rujukan:
8. Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawatdarurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

10. Partogram melewati garis waspada: Y (D)
11. Masalah lain, sebutkan:
12. Penatalaksanaan masalah tsb:
13. Hasilnya:

KALA II

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

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
 - Ya
 - Tidak, alasannya: ibu belum siap untuk IMD
20. Lama kala III: 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im?
 - Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan:
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan:
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan:

24. Masase fundus uteri?

- Ya
- Tidak, alasan:

25. Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak

- Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
- a.
 - b.

26. Plasenta tidak lahir >30 menit :

- Tidak
- Ya, tindakan:

27. Laserasi:

- Ya, dimana: muksa vagina, komisura posterior, perineum, defek perineum
- Tidak

28. Jika laserasi perineum, derajat: 1 (D) 3 / 4

- Tindakan:
- Penjahitan dengan tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:

29. Atoni uteri:

- Ya, tindakan:
- Tidak

30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: 150 ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya:

KALA IV

32. Kondisi ibu : KU: baik TD: 110/70 mmHg Nadi: 89 /mnt Napas: 24 /mnt

33. Masalah dan penatalaksanaan masalah:

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan: 3000 gram
35. Panjang badan: 49 cm
36. Jenis kelamin: L (D)
37. Penilaian bayi baru lahir baik ada penyulit
38. Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsang 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:
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 - Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
40. Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg ke
1	22-40	110/70 mmHg	84	36.5°C	2jr ↓ pusat	kuat	kosong	± 80 cc
	22-55	100/70 mmHg	84	36.5°C	2jr ↓ pusat	kuat	kosong	± 80 cc
	23-10	100/70 mmHg	82	36.5°C	2jr ↓ pusat	kuat	kosong	± 80 cc
	23-25	110/70 mmHg	80	36.5°C	2jr ↓ pusat	kuat	kosong	± 70 cc
2	23-55	100/70 mmHg	82	36.8°C	2jr ↓ pusat	kuat	kosong	± 80 cc
	00-25	120/80 mmHg	84	36.8°C	2jr ↓ pusat	kuat	kosong	± 80 cc

Langkah Asuhan Persalinan Normal (APN) dan IMD

LANGKAH-LANGKAH APN+IMD	
1.	Mengamati tanda dan gejala persalinan kala dua. 1) Ibu mempunyai keinginan untuk meneran. 2) Ibu merasa tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan/atau vaginanya. 3) Perineum menonjol. 4) Vulva-vagina dan sfingter anal membuka.
2.	Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial siap digunakan. Mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril sekali pakai di dalam partus set.
3.	Mengenakan baju penutup atau celemek plastik yang bersih.
4.	Melepaskan semua perhiasan yang dipakai di bawah siku, mencuci kedua tangan dengan sabun dan air bersih yang mengalir dan mengeringkan tangan dengan handuk satu kali pakai/pribadi yang bersih.
5.	Memakai satu sarung dengan DTT atau steril untuk semua pemeriksaan dalam.
6.	Mengisap oksitosin 10 unit ke dalam tabung suntik (dengan memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril) dan meletakkan kembali di partus set/wadah disinfeksi tingkat tinggi atau steril tanpa mengkontaminasi tabung suntik).
7.	Membersihkan vulva dan perineum, menyekanya dengan hati-hati dari depan ke belakang dengan menggunakan kapas atau kasa yang sudah dibasahi air disinfeksi tingkat tinggi. Jika mulut vagina, perineum atau anus terkontaminasi oleh kotoran ibu, membersihkannya dengan seksama dengan cara menyeka dari depan ke belakang. Membuang kapas atau kasa yang terkontaminasi dalam wadah yang benar. Mengganti sarung tangan jika terkontaminasi (meletakkan kedua sarung tangan tersebut dengan benar di dalam larutan dekontaminasi, langkah # 9).
8.	Dengan menggunakan teknik aseptik, melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan bahwa pembukaan serviks sudah lengkap. Bila selaput ketuban belum pecah, sedangkan pembukaan sudah lengkap, lakukan amniotomi.
9.	Mendekontaminasi sarung tangan dengan cara mencelupkan tangan yang masih memakai sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5% dan kemudian melepaskannya dalam keadaan terbalik serta merendamnya di dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit. Mencuci kedua tangan (seperti di atas).
10.	Memeriksa Denyut Jantung Janin (DJJ) setelah kontraksi berakhir untuk memastikan bahwa DJJ dalam batas normal (100 – 180 kali / menit). 1) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.

<p>2) Mendokumentasikan hasil-hasil pemeriksaan dalam, DJJ dan semua hasil-hasil penilaian serta asuhan lainnya pada partograf.</p>
<p>11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik. Membantu ibu berada dalam posisi yang nyaman sesuai keinginannya.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Menunggu hingga ibu mempunyai keinginan untuk meneran. Melanjutkan pemantauan kesehatan dan kenyamanan ibu serta janin sesuai dengan pedoman persalinan aktif dan mendokumentasikan temuan-temuan. 2) Menjelaskan kepada anggota keluarga bagaimana mereka dapat mendukung dan memberi semangat kepada ibu saat ibu mulai meneran. <p>12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran. (Pada saat ada his, bantu ibu dalam posisi setengah duduk dan pastikan ia merasa nyaman)</p> <p>13. Melakukan pimpinan meneran saat Ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Membimbing ibu untuk meneran saat ibu mempunyai keinginan untuk meneran 2) Mendukung dan memberi semangat atas usaha ibu untuk meneran. 3) Membantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya (tidak meminta ibu berbaring terlentang). 4) Menganjurkan ibu untuk beristirahat di antara kontraksi. 5) Menganjurkan keluarga untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu. 6) Menganjurkan asupan cairan per oral. 7) Menilai DJJ setiap lima menit. 8) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera dalam waktu 120 menit (2 jam) meneran untuk ibu primipara atau 60/menit (1 jam) untuk ibu multipara, merujuk segera. Jika ibu tidak mempunyai keinginan untuk meneran 9) Menganjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok atau mengambil posisi yang aman. Jika ibu belum ingin meneran dalam 60 menit, menganjurkan ibu untuk mulai meneran pada puncak kontraksi-kontraksi tersebut dan beristirahat di antara kontraksi. 10) Jika bayi belum lahir atau kelahiran bayi belum akan terjadi segera setelah 60 menit meneran, merujuk ibu dengan segera.
<p>14. Jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, meletakkan handuk bersih di atas perut ibu untuk mengeringkan bayi.</p> <p>15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, di bawah bokong ibu.</p> <p>16. Membuka partus set.</p> <p>17. Memakai sarung tangan DTT atau steril pada kedua tangan.</p>
<p>18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain tadi, letakkan tangan yang lain di kelapa bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat</p>

pada kepala bayi, membiarkan kepala keluar perlahan-lahan. Menganjurkan ibu untuk meneran perlahan-lahan atau bernapas cepat saat kepala lahir.

Jika ada mekonium dalam cairan ketuban, segera hisap mulut dan hidung setelah kepala lahir menggunakan penghisap lendir DeLee disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau bola karet penghisap yang baru dan bersih.

19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain atau kasa yang bersih.
20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi, dan kemudian meneruskan segera proses kelahiran bayi:
 - 1) Jika tali pusat melilit leher janin dengan longgar, lepaskan lewat bagian atas kepala bayi.
 - 2) Jika tali pusat melilit leher bayi dengan erat, mengklemnya di dua tempat dan memotongnya.
21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan.
22. Setelah kepala melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan di masing-masing sisi muka bayi. Menganjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi berikutnya. Dengan lembut menariknya ke arah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul di bawah arkus pubis dan kemudian dengan lembut menarik ke arah atas dan ke arah luar untuk melahirkan bahu posterior.
23. Setelah kedua bahu dilahirkan, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada di bagian bawah ke arah perineum tangan, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir ke tangan tersebut. Mengendalikan kelahiran siku dan tangan bayi saat melewati perineum, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan. Menggunakan tangan anterior (bagian atas) untuk mengendalikan siku dan tangan anterior bayi saat keduanya lahir.
24. Setelah tubuh dari lengan lahir, menelusurkan tangan yang ada di atas (anterior) dari punggung ke arah kaki bayi untuk menyangganya saat punggung dari kaki lahir. Memegang kedua mata kaki bayi dengan hati-hati membantu kelahiran kaki.
25. Menilai bayi dengan cepat, kemudian meletakkan bayi di atas perut ibu dengan posisi kepala bayi sedikit lebih rendah dari tubuhnya (bila tali pusat terlalu pendek, meletakkan bayi di tempat yang memungkinkan). Bila bayi mengalami asfiksia, lakukan resusitasi.
26. Menjepit tali pusat menggunakan klem kira-kira 3 cm dari pusat bayi. Melakukan urutan pada tali pusat mulai dari klem ke arah ibu dan memasang klem kedua 2 cm dari klem pertama (ke arah ibu).
27. Memegang tali pusat dengan satu tangan, melindungi bayi dari gunting dan memotong tali pusat di antara dua klem tersebut.
28. Mengeringkan bayi, mengganti handuk yang basah dan menyelimuti bayi dengan kain atau selimut yang bersih dan kering, menutupi bagian kepala, membiarkan tali pusat terbuka. Jika bayi mengalami kesulitan bernapas, mengambil tindakan yang sesuai.
29. Tetap menjaga kehangatan bayi dan biarkan kontak kulit ibu-bayi.

<p>30. Memberikan bayi kepada ibunya dan menganjurkan ibu untuk memeluk bayinya dan memulai pemberian ASI jika ibu menghendakinya.</p>
<p>31. Meletakkan kain yang bersih dan kering. Melakukan palpasi abdomen untuk menghilangkan kemungkinan adanya bayi kedua.</p> <p>32. Memberi tahu kepada ibu bahwa ia akan disuntik.</p> <p>33. Dalam waktu 2 menit setelah kelahiran bayi, memberikan suntikan oksitosin 10 unit IM di gluteus atau 1/3 paha kanan atas ibu bagian luar, setelah mengaspirasinya terlebih dahulu. Penegangan tali pusat terkendali</p> <p>34. Memindahkan klem pada tali pusat</p> <p>35. Meletakkan satu tangan diatas kain yang ada di perut ibu, tepat di atas tulang pubis, dan menggunakan tangan ini untuk melakukan palpasi kontraksi dan menstabilkan uterus. Memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain.</p> <p>36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan ke arah bawah pada tali pusat dengan lembut. Lakukan tekanan yang berlawanan arah pada bagian bawah uterus dengan cara menekan uterus ke arah atas dan belakang (dorso kranial) dengan hati-hati untuk membantu mencegah terjadinya inversio uteri. Jika plasenta tidak lahir setelah 30 – 40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan menunggu hingga kontraksi berikut mulai. Jika uterus tidak berkontraksi, meminta ibu atau seorang anggota keluarga untuk melakukan ransangan puting susu. Mengeluarkan plasenta.</p> <p>37. Setelah plasenta terlepas, meminta ibu untuk meneran sambil menarik tali pusat ke arah bawah dan kemudian ke arah atas, mengikuti kurve jalan lahir sambil meneruskan tekanan berlawanan arah pada uterus.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem hingga berjarak sekitar 5–10cm dari vulva. 2) Jika plasenta tidak lepas setelah melakukan penegangan tali pusat selama 15 menit : <ol style="list-style-type: none"> (1) Mengulangi pemberian oksitosin 10 unit IM. (2) Menilai kandung kemih dan mengkateterisasi kandung kemih dengan menggunakan teknik aseptik jika perlu. (3) Meminta keluarga untuk menyiapkan rujukan. (4) Mengulangi penegangan tali pusat selama 15 menit berikutnya. (5) Merujuk ibu jika plasenta tidak lahir dalam waktu 30 menit sejak kelahiran bayi. <p>38. Jika plasenta terlihat di introitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan menggunakan kedua tangan. Memegang plasenta dengan dua tangan dan dengan hati-hati memutar plasenta hingga selaput ketuban terpinlin. Dengan lembut perlahan melahirkan selaput ketuban tersebut.</p>

<p>39. Jika selaput ketuban robek, memakai sarung tangan disinfeksi tingkat tinggi atau steril dan memeriksa vagina dan serviks ibu dengan seksama. Menggunakan jari-jari tangan atau klem atau forseps disinfeksi tingkat tinggi atau steril untuk melepaskan bagian selapuk yang tertinggal.</p> <p>40. Segera setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus, meletakkan telapak tangan di fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi (fundus menjadi keras).</p>
<p>41. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel ke ibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh. Meletakkan plasenta di dalam kantung plastik atau tempat khusus. Jika uterus tidak berkontraksi setelah melakukan masase selama 15 detik</p> <p>42. Mengevaluasi adanya laserasi pada vagina dan perineum dan segera menjahit laserasi yang mengalami perdarahan aktif.</p>
<p>43. Menilai ulang uterus dan memastikannya berkontraksi dengan baik.</p> <p>44. Mencelupkan kedua tangan yang memakai sarung tangan ke dalam larutan klorin 0,5 %, membilas kedua tangan yang masih bersarung tangan tersebut dengan air disinfeksi tingkat tinggi dan mengeringkannya dengan kain yang bersih dan kering.</p> <p>45. Menempatkan klem tali pusat disinfeksi tingkat tinggi atau steril atau mengikat tali disinfeksi tingkat tinggi dengan simpul mati sekeliling tali pusat sekitar 1 cm dari pusat.</p> <p>46. Mengikat satu lagi simpul mati dibagian pusat yang berseberangan dengan simpul mati yang pertama.</p> <p>47. Melepaskan klem bedah dan meletakkannya ke dalam larutan klorin 0,5%.</p> <p>48. Menyelimuti kembali bayi dan menutupi bagian kepalanya. Memastikan handuk atau kainnya bersih atau kering</p> <p>49. Menganjurkan ibu untuk memulai pemberian ASI.</p> <p>50. Melanjutkan pemantauan kontraksi uterus dan perdarahan pervaginam :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 2-3 kali dalam 15 menit pertama pasca persalinan. 2) Setiap 15 menit pada 1 jam pertama pasca persalinan. 3) Setiap 20-30 menit pada jam kedua pasca persalinan. 4) Jika uterus tidak berkontraksi dengan baik, melaksanakan perawatan yang sesuai untuk menatalaksana atonia uteri. 5) Jika ditemukan laserasi yang memerlukan penjahitan, lakukan penjahitan dengan anestesia lokal dan menggunakan teknik yang sesuai. <p>51. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana melakukan masase uterus dan memeriksa kontraksi uterus.</p> <p>52. Mengevaluasi kehilangan darah.</p> <p>53. Memeriksa tekanan darah, nadi dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit selama satu jam pertama pasca persalinan dan setiap 30 menit selama jam kedua pasca persalinan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Memeriksa temperatur tubuh ibu sekali setiap jam selama dua jam pertama pasca persalinan. 2) Melakukan tindakan yang sesuai untuk temuan yang tidak normal.

54. Menempatkan semua peralatan di dalam larutan klorin 0,5% untuk dekontaminasi (10 menit). Mencuci dan membilas peralatan setelah dekontaminasi
55. Membuang bahan-bahan yang terkontaminasi ke dalam tempat sampah yang sesuai.
56. Membersihkan ibu dengan menggunakan air disinfeksi tingkat tinggi. Membersihkan cairan ketuban, lendir dan darah. Membantu ibu memakai pakaian yang bersih dan kering.
57. Memastikan bahwa ibu nyaman. Membantu ibu memberikan ASI. Menganjurkan keluarga untuk memberikan ibu minuman dan makanan yang diinginkan.
58. Mendekontaminasi daerah yang digunakan untuk melahirkan dengan larutan klorin 0,5% dan membilas dengan air bersih.
59. Mencelupkan sarung tangan kotor ke dalam larutan klorin 0,5%, membalikkan bagian dalam ke luar dan merendamnya dalam larutan klorin 0,5% selama 10 menit.
60. Mencuci kedua tangan dengan sabun dan air mengalir.

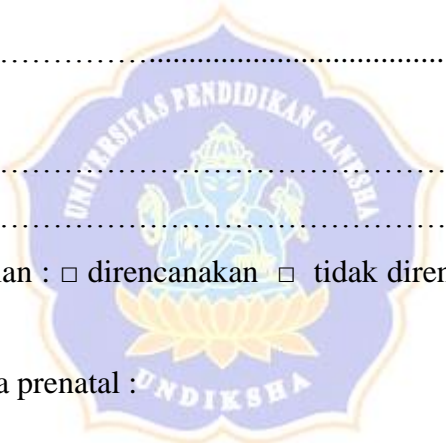
(Sumber : Asuhan Persalinan Normal, 2017)



**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"/> TT tgl..... Perilaku/kebiasaan yang mempengaruhi kesejahteraan janin : Riwayat penyakit ibu :		



<input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> hepatitis B <input type="checkbox"/> B24 <input type="checkbox"/> asma <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> PMS <input type="checkbox"/> jantung <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> alergi lain-lain Riwayat pengobatan ibu
E. Riwayat intranatal : Penolong : tempat kelahiran tanggal..... Kala I: lama :jam, penyulit : Tindakan:..... Kala II; lama :jam/menit, penyulit : Tindakan:..... Bayi lahir jam :, jenis kelamin : Keadaan saat lahir : tangis..... gerak..... Warna kulit..... Kala III; lama :jam, keadaan plasenta : <input type="checkbox"/> lengkap <input type="checkbox"/> tidak lengkap <input type="checkbox"/> kalsifikasi Keadaan tali pusat: <input type="checkbox"/> segar <input type="checkbox"/> layu <input type="checkbox"/> simpul Jenis persalinan : Indikasi.....
F. Faktor resiko infeksi Mayor : <input type="checkbox"/> suhu ibu >38° C <input type="checkbox"/> KPD >24 jam <input type="checkbox"/> ketuban hijau <input type="checkbox"/> korioamniotis <input type="checkbox"/> fetal distress Minor : <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> keputihan <input type="checkbox"/> suhu ibu >37°C

G. Riwayat postnatal :

APGAR Skor :

Inisiasi menyusui dini : dilakukan tidak dilakukan, alasan.....

Skor Bounding :

Rooming-in : dilakukan tidak dilakukan, alasan.....

Kondisi

H. Riwayat masa neonatus :

I. Riwayat imunisasi

BCG Tgl..... Polio₁ Tgl..... Hb₁ Tgl.....

Komplikasi.....

tidak imunisasi,

alasan.....

J. Bio-psiko-sosial-spiritual

1. Biologis

a. Pernafasan : ada gangguan tidak ada gangguan

b. Nutrisi

Jenis :

Frekuensi :

Porsi :

<p>Keluhan/kendala :</p> <p>.....</p> <p>.....</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>.....</p>
<p>3. Sosial</p> <p>Pengambilan Keputusan Dalam Keluarga :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Kebiasaan Dalam Keluarga Yang Mempengaruhi Kesehatan Anak :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Pola Asuh Anak :</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>4. Spiritual</p> <p>Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan anak :</p> <p>.....</p>

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

K. Pengetahuan orang tua yang perlu dijelaskan

Tanda-tanda bahaya pada bayi :

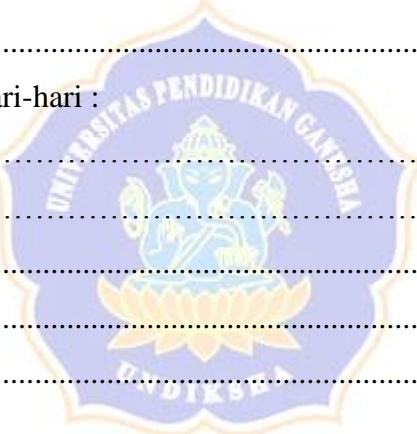
.....
.....
.....

Pemberian ASI :

.....
.....

Perawatan bayi sehari-hari :

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



Imunisasi :

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

Pemberian MP-ASI :

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

lain-lain

.....

<p>II. DATA OBJEKTIF</p> <p>A. Pemeriksaan fisik</p> <p><u>Keadaan umum</u> :</p> <p>Tangis :....., Gerak :....., Warna kulit :....., Turgor :</p> <p>HR....., RR....., Suhu.....</p> <p>Tanda lahir : <input type="checkbox"/> tidak ada <input type="checkbox"/> ada</p> <p><u>Pengukuran</u> :</p> <p>BB..... PB..... LK.....LD..... lingkaran lengan.....</p> <p><u>Kepala</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> cephal hematoma <input type="checkbox"/> kaput suksedanium <input type="checkbox"/> macrochepali</p> <p><input type="checkbox"/> microchepali <input type="checkbox"/> rambut</p> <p>UUB : <input type="checkbox"/> menutup <input type="checkbox"/> belum menutup <input type="checkbox"/> datar <input type="checkbox"/> cembung <input type="checkbox"/> cekung</p> <p>UUK : <input type="checkbox"/> menutup <input type="checkbox"/> belum menutup Sutura</p> <p><input type="checkbox"/> lain-lain.....</p> <p><u>Wajah</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> oedema</p> <p><u>Mata</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris gerakan bola mata: <input type="checkbox"/> simetris <input type="checkbox"/> asimetris</p> <p>warna konjungtiva: <input type="checkbox"/> merah muda <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah <input type="checkbox"/> ikterus</p> <p>warna sclera: <input type="checkbox"/> putih <input type="checkbox"/> merah <input type="checkbox"/> ikterus</p> <p>pengeluaran.....</p> <p>lain-lain.....</p> <p><u>Hidung</u> :</p> <p><input type="checkbox"/> NCH</p> <p>Pengeluaran.....</p> <p>lain-lain.....</p>
--

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.....
lubang vagina.....pengeluaran.....
kelainan.....

<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>
<p>B. Skor Bounding</p>
<p>C. Pemeriksaan penunjang</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>III. ANALISA</p>
<p>IV. PENATALAKSANAAN</p>

CATATAN PERKEMBANGAN

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



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
		

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU “.....”

AKSEPTOR KB BARU/LAMA.....

Tempat Pelayanan	Nomor RM:	
	Tanggal diberikan pelayanan:	
	Tanggal jam prngkajian:	
Dokter yang merawat:	Cara masuk:	
Bidan:	<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 Memeriksakan Diri :		
.....		
.....		
3. Keluhan Utama :		
.....		

4. Riwayat Menstruasi

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

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

Dismenorea Spoting Menoragia Metrorrhagia

Premenstruasi Syndrome

Lain – lain:.....

5. Riwayat Perkawinan :

Pernikahan ke :.....

Lama :.....

Status :.....

6. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas Yang Lalu

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

7. Riwayat Laktasi

a. Pengalaman menyusui : ada tidak

b. Anak ke :.....

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

d. Lama menyusui :.....

e. Kendala :.....

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

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

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

3. Eliminasi

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

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

c) Keluhan:.....

4. Istirahat/Tidur

a) Tidur malam :.....jam

b) Tidur siang :.....jam

c) Keluhan :.....

5. Aktivitas Sehari-Hari

a) Lama aktivitas :.....jam

b) Jenis aktivitas :.....

6. Personal Hygiene

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

b) Vulva hygiene

Waktu :.....

Kebiasaan :.....

Pemakaian pakaian dalam :.....

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

7. Prilaku Seksual

a) Cara :.....

b) Frekuensi :.....

c) Keluhan :.....

b. Psikososial

a) Persepsi tentang KB :

.....

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: <input type="checkbox"/> baik <input type="checkbox"/> lemah <input type="checkbox"/> jelek
b.	Tanda – tanda vital:
1)	Tekanan darah :.....mmHg
2)	Nadi :.....x/mnt
3)	Suhu :..... ⁰ C
4)	Respirasi :.....x/mnt
c.	Antropometri:
1.	Berat badan sekarang :.....kg
2.	Berat badan sebelumnya:.....kg (tanggal:.....)
3.	Tinggi badan :.....cm
2. Pemeriksaan Sistematis	
a.	Kepala
1.	Wajah
Oedema	: <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
Pucat	: <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
Cloasma	: <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak ada
2.	Mata
Konjungtiva	: <input type="checkbox"/> merah muda <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> merah
Sklera	: <input type="checkbox"/> putih <input type="checkbox"/> kuning <input type="checkbox"/> merah
3.	Mulut dan gigi
Bibir	: <input type="checkbox"/> pucat <input type="checkbox"/> kemerahan dan <input type="checkbox"/> lembab <input type="checkbox"/> kering
Caries pada gigi	: <input type="checkbox"/> ada <input type="checkbox"/> tidak ada
b.	Leher
1.	Kelenjar limfe : <input type="checkbox"/> ada pembengkakan <input type="checkbox"/> tidak ada
2.	Kelenjar tiroid : <input type="checkbox"/> ada pembengkakan <input type="checkbox"/> tidak ada
3.	Vena jugularis : <input type="checkbox"/> ada pelebaran <input type="checkbox"/> 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	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
Massa	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
Lain-lain	:	.....
3. Kontrol			
Benang IUD	:	<input type="checkbox"/> teraba	<input type="checkbox"/> tidak
g. Tangan dan Kaki			
1. Tangan			
Oedema	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
Keadaan kuku	:	<input type="checkbox"/> bersih	<input type="checkbox"/> tidak
2. Kaki			
Edema	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
Varises	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
Keadaan kuku	:	<input type="checkbox"/> ada	<input type="checkbox"/> tidak
3. Pemeriksaan Penunjang			
<input type="checkbox"/> Pap Smear	,	hasil.....	
<input type="checkbox"/> IVA	,	hasil.....	
<input type="checkbox"/> Lain-lain	:	....., hasil.....	
C. ANALISA :			
.....			
.....			
D. PENATALAKSANAAN			
:.....			
.....			
.....			
.....			

CATATAN PERKEMBANGAN

Nama:	Nomor RM:	PAV:
Umur:	Tanggal:	Kelas:

TANGGAL/JAM	CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)	PARAF & NAMA
		

LEMBAR PERSETUJUAN
PROPOSAL STUDI KASUS
ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI PMB WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUBUTAMBAHAN I
TAHUN 2019

Diajukan oleh:

KADEK YUNI PRATIWI
NIM. 1606091044

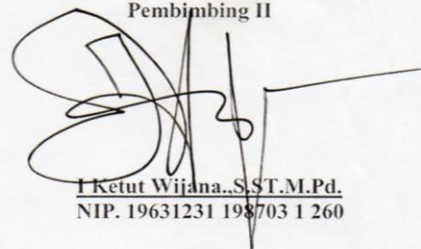
Telah disetujui oleh:

Pembimbing I



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

Pembimbing II



I Ketut Wijana.,S.ST.M.Pd.
NIP. 19631231 198703 1 260

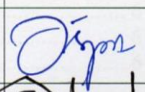
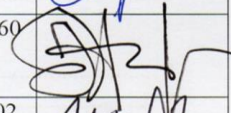
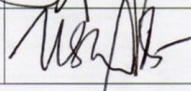
LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI
PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN DI PMB
"MG" WILAYAH KERJA PUSKESMAS KUBUTAMBAHAN I
TAHUN 2019

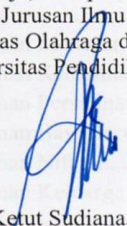
NAMA : KADEK YUNI PRATIWI
NIM : 1606091044

Telah Diajukan dan Dipertahankan di Depan Tim Penguji Proposal Tugas Akhir
Program Studi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha
Pada Tanggal 18 April 2019

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1.	Ketut Espana Giri.,S.ST.M.Kes.	198206292006042016	
2.	I Ketut Wijana., S.ST.M.Pd.	196312311987031260	
3.	Wayan Sugandini, S.ST.,M.Pd	196303031983072002	

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


Dr. I Ketut Sudiana, 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

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

Pada hari ini Kamis Tanggal 18 Bulan April
 Tahun dua ribu delapan belas, bertempat di Ruang Kelac Lantai II
 telah dilaksanakan Ujian /Seminar Proposal Laporan Tugas Akhir mahasiswa Prodi DIII
 Kebidanan Undiksha Tahun 2019.

Nama Mahasiswa : Kadek Yuni Pratiwi
 NIM : 1606091044
 Pembimbing I : Ketuk Espana Giri, S.ST. M.Kes
 Pembimbing II : I. Ketuk Wijana, S.ST. M.Pd
 Judul Proposal : Asupan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan di
 BPM Wilayah Kerja Rustermas Bangli Utara

Hasil Ujian dengan revisi sebagai berikut:

1. Introduksi masalah disesuaikan dg latar penelitian
2. Manajemen kebidanan dilengkapi
3. Perbaiki tata tulis, penomoran
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

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

Singaraja,

Dewan Penguji:

1. Ketuk Espana Giri, S.ST. M. Kes 1. [Signature]
2. I. Ketuk Wijana, S.ST. M. Pd 2. [Signature]
3. Wayan Sugandi, S.ST. M. Pd 3. [Signature]
4. 4.



UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
FAKULTAS PENDIDIKAN OLAHRAGA DAN KESEHATAN
JURUSAN KEBIDANAN

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

LEMBAR KONSUL LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Kadek Yuni Pratiwi
NIM : 1606091044
Angkatan : XVIII
Judul Laporan : Asuhan kebidanan komprehensif pada Perempuan di PMB Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019.

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 11 Januari 2019	1. Konsultasi BAB I	- Perbaikan BAB 1 dan cover depan	
Kamis, 24 Januari 2019	2. Konsultasi Revisi 1 BAB 1	- Perbaikan BAB 1 pada justifikasi, tujuan dan manfaat	
Selasa, 29 Januari 2019	3. Konsultasi Revisi 2 BAB 1	- Penambahan Sumber pada BAB 1 - Lanjutkan ke BAB 2,3	
Kamis, 21 Maret 2019	4. Konsultasi Revisi 3 BAB 1 dan konsultasi Revisi 1 BAB 2,3 dan tambahan daftar-daftar dan lampiran	- Perbaikan materi BAB 2 dan 3	
Selasa, 2 April 2019	5. Konsultasi Revisi 4 BAB 1 dan konsultasi Revisi 2 BAB 2,3 dan tambahan daftar-daftar dan lampiran	ACC	

Singaraja, April 2019
Pembimbing I

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







UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
 FAKULTAS PENDIDIKAN OLARAGA DAN KESEHATAN
 JURUSAN KEBIDANAN

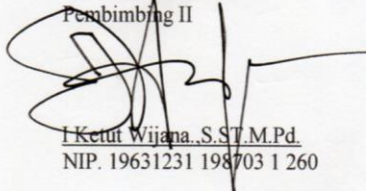
Jl. Bisma Barat No. 25A Tlp.(0362)70001042, Fax (0362)21340 Kode Pos 81117

LEMBAR KONSUL LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Kadek Yuni Pratiwi
 NIM : 1606091044
 Angkatan : XVIII
 Judul Laporan : Asuhan kebidanan komprehensif pada Perempuan di PMB
 Wilayah Kerja Puskesmas Kubutambahan I Tahun 2019.

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Rabu, 6 Februari 2019	1. Konsultasi BAB I	- Perbaikan pada latar belakang (latar belakang belum sistematis)	
Rabu, 27 Februari 2019	2. Konsultasi revisi 1 BAB 1	- Perbaikan sesuai revisin - Lanjut bab 2 dan 3	
Senin, 8 April 2019	3. Konsultasi revisi 2 BAB 1 dan konsultasi 1 BAB 2 dan 3	- Perbaikan tata tulis BAB 1,2 dan 3 - Perbaikan materi BAB 2 dan 3	
Kamis, 11 April 2019	4. Konsultasi revisi 3 BAB 1 dan konsultasi revisi 2 BAB 2 dan 3	ACC	

Singaraja, April 2019
 Pembimbing II


 I Ketut Wijana, S.ST, M.Pd.
 NIP. 19631231 198703 1 260



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 11.00 s/d 12.00 Wita,
 bertempat di Ruang Kelas Lantai 2 Prdi D3 Kbidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan
 Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir
 yang diajukan oleh:

Nama : Kadek Yuni Pratiwi
 NIM : 1606091044
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan
 Judul TA : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Pr "KES"
G1PoAo UK 37 Minggu 1 Hari Restep 2 Putri
Janin Tunggal Hidup Intra Uteri
 Pembimbing I : Ketut Espana Giri, S.ST., M.Kes
 Pembimbing II : Ketut Wijana, S.ST., M.Pd

dengan hasil: ujian lulus tanpa revisi / ujian lulus dengan revisi / ~~ujian ditulang*~~
 selama satu minggu terhitung dari tanggal 30 Juli sampai
 dengan 7 Agustus 2019.

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Ketut Espana Giri, S.ST., M.Kes</u>	<u>198206292006043016</u>	
2.	<u>Ketut Wijana, S.ST., M.Pd</u>	<u>196312311987030260</u>	
3.	<u>Wayan Sugandini, S.ST., M.Pd</u>	<u>196803031983072002</u>	

Singaraja, 30 Juli 2019...

Mengetahui,
 Ketua Jurusan

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

Ketua Penilai

Ketut Espana Giri, S.ST., M.Kes
 NIP. 198206292006043016



UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
FAKULTAS PENDIDIKAN OLAHRAGA DAN KESEHATAN
JURUSAN KEBIDANAN

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

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Kadek Yuni Pratiwi
NIM : 1606091044
Angkatan : XVIII
Judul Laporan : Asuhan kebidanan komprehensif pada Perempuan "KS"
G₁P₀A₀ UK 37 minggu 1 hari Preskep U Puki Janin
Tunggal Hidup Intra Uteri di PMB "MG" Wilayah Kerja
Puskesmas Kubutambahan 1 tahun 2019.

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 28 Juni 2019	1. Konsultasi BAB I,II,III,IV	- Perbaiki BAB I di rumusan masalah - Perbaiki BAB II di teori KB - Perbaiki BAB III - Perbaiki BAB IV di kasus	f.
Senin, 15 Juli 2019	2. Konsultasi Revisi 1 BAB I,II,III,IV,V	- Perbaiki BAB III - Perbaiki BAB IV - Perbaiki BAB V	f.
Jumat, 19 Juli 2019	3. Konsultasi Revisi 2 BAB III,IV,V	- Perbaiki BAB IV dan BAB V	f.
Jumat, 26 Juli 2019	4. Konsultasi Revisi 3 BAB IV dan BAB V	ACC	f.

Singaraja, Juli 2019
Pembimbing I

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




UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
 FAKULTAS PENDIDIKAN OLARHAGA DAN KESEHATAN
 JURUSAN KEBIDANAN

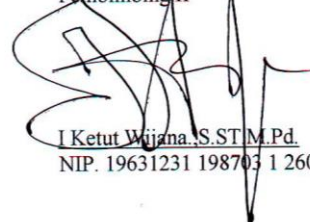
Jl. Bisma Barat No. 25A Tlp.(0362)70001042, Fax (0362)21340 Kode Pos 81117

LEMBAR KONSUL LAPORAN STUDI KASUS

Nama Mahasiswa : Kadek Yuni Pratiwi
 NIM : 1606091044
 Angkatan : XVIII
 Judul Laporan : Asuhan kebidanan komprehensif pada Perempuan "KS"
 G₁P₀A₀ UK 37 minggu 1 hari Preskep U Puki Janin
 Tunggal Hidup Intra Uteri di PMB "MG" Wilayah Kerja
 Puskesmas Kubutambahan 1 tahun 2019.

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 19 Juli 2019	1. Konsultasi BAB I,II,III,IV,V	- Perbaikan Bab IV di kasus	
Senin, 22 Juli 2019	2. Konsultasi Revisi 1 BAB I,II,III,IV,V dan Lampiran	- Perbaikan Bab V	
Jumat, 26 Juli 2019	3. Konsultasi Revisi 2 BAB I,II,III,IV,V dan Lampiran-Lampiran	ACC	

Singaraja, Juli 2019
 Pembimbing II


 I Ketut Wijana, S.ST.M.Pd.
 NIP. 19631231 198703 1 260

PERSALINAN



KN 1



KN 2

KF 2



KN 3

