

LAMPIRAN-LAMPIRAN



Lampiran 1. Jadwal Pelaksanaan Penelitian

No	Rencana Kegiatan	Oktober				November				Desember			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Melakukan Pengambilan Data Awal												
2	Pendekatan Pada Ibu Hamil												
3	Pengumpulan Data												
4	Memberikan Asuhan Komprehensif												
5	Melakukan Pendokumentasian												
6	Menyusun Laporan												



Lampiran 2. Surat Persetujuan dan Pengambilan Studi Kasus

SURAT IZIN PENELITIAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Bdn. Hanapiah, S.Keb

SIPB : 503-38.8/292/SIPB/DPMTSP/2022

Alamat : Br. Gondol, Ds. Penyabangan

Bahwa saya selaku pemilik/penanggung jawab di Tempat Praktik Mandiri Bidan (TPMB) Hanapiah menyatakan bersedia untuk memberikan izin pengambilan studi kasus Tugas Akhir pada mahasiswa Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesha atas nama :

Nama : Kadek Ayu Paramita

Nim : 2206091012

Demikian surat izin penelitian ini saya buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya. Atas perhatiannya, saya ucapkan terimakasih.

Singaraja, 23 September 2025

(Bdn. Hanapiah, S.Keb)

NIP. 197503052006042026



Lampiran 3. Lembar Permohonan Responden

155

Lampiran 3. Surat Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden

Di TPMB Hanapiah, S.Keb

Wilayah Kerja Puskesmas Gerokgak I

Dengan Hormat,

Saya Kadek Ayu Paramita, Mahasiswa Prodi D3 Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "II" di TPMB "H" Wilayah Kerja Puskesmas Gerokgak I", sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini akan dilaksanakan asuhan secara berkelanjutan dimulai dari masa kehamilan trimester III hingga masa nifas 14 hari dan bayi baru lahir serta neonatus usia 14 hari. Studi kasus ini memberikan manfaat sesuai dengan kebutuhan ibu dan mengenali tanda bahaya yang terjadi pada kehamilan trimester 3 hingga masa nifas dan memberikan asuhan yang berkesinambungan pada klien. Risiko kemungkinan yang terjadi adalah tersiratnya waktu klien untuk pelaksanaan asuhan. 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 mengucapkan terimakasih.

Hormat Saya,



(Kadek Ayu Paramita)

Lampiran 4. Lembar Persetujuan Responden

156

Lampiran 4. Persetujuan Responden

Yang bertanda tangan di bawah ini,

Nama Lengkap : Iffatul Intan

Tanggal Lahir : 04 Januari 1992

Alamat : Bd. Banyuwedang , Ds. Pejarakan

Menyatakan bersedia dan tidak keberatan menjadi pasien dalam studi kasus yang dilakukan oleh Kadek Ayu Paramita dengan NIM 2206091012 mahasiswa di Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Pendidikan Ganesh Surat pernyataan persetujuan ini saya buat dengan kesadaran saya sendiri tanpa tekanan maupun paksaan dari pihak manapun.

Singaraja, 06 Oktober 2025

(Iffatul Intan)



Lampiran 5. Lembar Pengkajian Awal Kehamilan

FORMAT PENGKAJIAN KEHAMILAN

Pada perempuan no. 11 - 63 P2AO UK 26 minggu preskep V puka D/T/H

Hidup Intera Utera di TPM B "H"

I. DATA SUBYEKTIF (Hari: Tgl. 16 - 10 - 25 Jam 17.00 wita)

1) Identitas

Ibu	Suami
Nama : Pr. H	Nama : Th. M
Umur : 23 th	Umur : 36 th
Suku Bangsa : BAW / Indonesia	Suku Bangsa :
Agama : Islam	Agama : Islam
Pendidikan : SMA	Pendidikan : SI
Pekerjaan : IRT	Pekerjaan : Ibu rumah
Alamat Rumah : B. Banyuwangi	Alamat Rumah : Ds. Pejarakan
No. Telp/HP : 085 xxx	No. Telp/HP :
Golongan Darah : O	Golongan Darah :
Jaminan Kesehatan : BPJS	Jaminan Kesehatan :

2) Alasan Datang ke Pelayanan Kesehatan

(1) Alasan Memeriksa Diri: Ibu mengatakan ingin kontrol kehamilan

(2) Keluhan Utama: Ibu mengatakan sering kencing lebih dari 9x dan mengganggu di malam hari

3) Riwayat Menstruasi

(1) Menarche : 12 tahun

(2) Siklus : 28 hari

(3) Lama Haid : 7 hari

(4) Dysmenorhea :

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

(6) HPHT : 28 Januari 2015

(7) PPHT : 03 November 2015

(8) TP :

4) Riwayat Perkawinan

(1) Pernikahan ke- : 1

(2) Status Pernikahan : sah

(3) Lama Pernikahan : 9 tahun

(4) Jumlah Anak : 2

5) Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Laktasi yang lalu

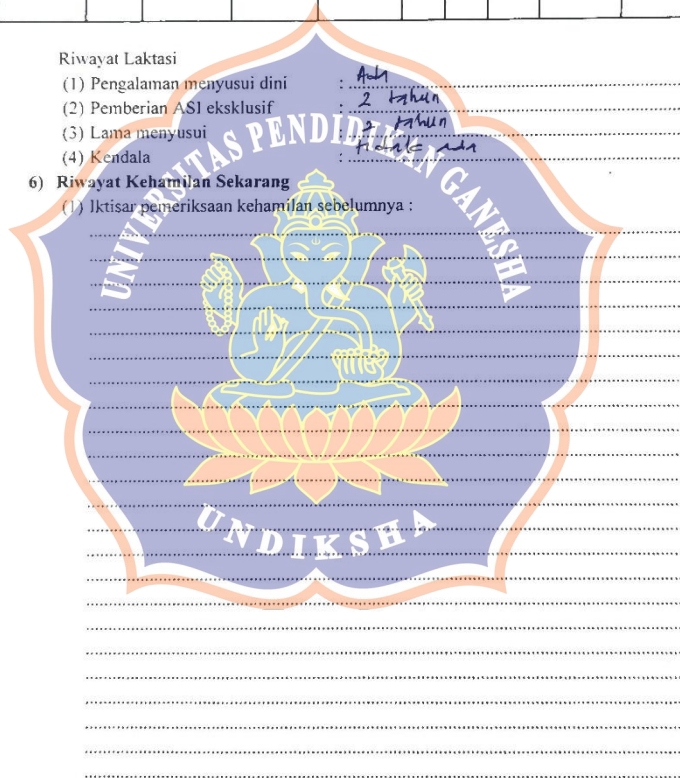
Hamil Ke-	Tgl Lahir/ Umur Anak	UK (btl)	Jenis Persalinan	Tempat/ Penolong	Kondisi Saat Bersalin	Keadaan Bayi Saat Lahir					Kondisi Nifas
						PB	BB	JK	Kondisi Saat Lahir	Kondisi Sekarang	
1	8/6/17	Aterm	SPB	Bidan	Baik	49	3500	L	Baik	Baik	Baik
2	9/10/20	Aterm	SPB	Bidan	Baik	48	3900	L	Baik	Baik	Baik
3	Hamil	Nil									

Riwayat Laktasi

- (1) Pengalaman menyusui dini : Ada
- (2) Pemberian ASI eksklusif : 2 tahun
- (3) Lama menyusui : 2 tahun
- (4) Kendala : Tidak ada

6) Riwayat Kehamilan Sekarang

- (1) Iktisar pemeriksaan kehamilan sebelumnya :



(2) Gerakan janin dirasakan pertama kali sejak :

2 bulan

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

5-10 x di 12 jam

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

a. Trimester I: Tidak ada

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

b. Trimester II dan III: Tidak ada

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

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

a. Trimester I:

- | | |
|-----------------------|------------------------|
| a) Sering kencing | e) Ludah berlebihan |
| b) Mengidam | f) Mual muntah |
| c) Keringat bertambah | g) Keputihan meningkat |
| d) Pusing | |

b. Trimester II dan III:

- | | |
|-------------------|---|
| a) Cloasma | e) Kram pada kaki |
| b) Edema dependen | f) Sakit punggung bagian bawah dan atas |
| c) Striae linea | g) Sering kencing |
| d) Gusi berdarah | |

c. Obat dan suplemen yang pernah diminum selama kehamilan ini: St. Bala, Vit C, Asam polat

(6) Perilaku yang membahayakan kehamilan: Tidak ada

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

7) Riwayat Kesehatan

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

- | | | |
|----------------------|---|---|
| a. Penyakit jantung | : | - |
| b. Terinfeksi TORCH | : | - |
| c. Hipertensi | : | - |
| d. Diabetes mellitus | : | - |
| e. Asthma | : | - |
| f. TBC | : | - |
| g. Hepatitis | : | - |

- h. Epilepsi : -
 i. PMS : -
 j. Riwayat gynekologi : -
 a) Infertilitas : -
 b) Cervicitis kronis : -
 c) Endometritis : -
 d) Myoma : -
 e) Kanker kandungan : -
 f) Perkosaan : -
 (2) Riwayat Operasi : -
 (3) Penyakit/ gejala penyakit yang pernah diderita keluarga ibu dan suami:

- a. Keturunan
 a) Penyakit jantung : -
 b) Diabetes Mellitus : -
 c) Asthma : -
 d) Hipertensi : -
 e) Epilepsi : -
 f) Gangguan jiwa : -
 b. Sering kontak dengan penderita keluarga ibu dan suami
 a) HIV/ AIDS : -
 b) TBC : -
 c) Hepatitis : -

(4) Riwayat keturunan kembar: saudara kandung

8) Riwayat Keluarga Berencana

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

9) Keadaan Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

- (1) Bernafas : (ada keluhan/ tidak)
 (2) Pola makan dan minum
 a. Menu yang sering dikonsumsi : Berumasi
 b. Komposisi : Berumasi
 c. Porsi : 2-3 porsi sedang
 d. Frekuensi : 2-3 x / hari
 e. Pola minum : 7-8 gelas
 f. Pantangan/ alergi :
 g. Keluhan :

(3) Pola Eliminasi

- a. BAK
 Frekuensi : 3 hari terakhir Kencing lebih 9x
 Keadaan : Kencing jeram
 Keluhan : Sering Kencing dan Mengganggu di malam hari
 b. BAB
 Frekuensi : 1-2 x / hari
 Keadaan : Baik

II. DATA OBYEKTIF (Hari.....Tgl.....Jam.....)

1) Keadaan Umum

- (1) Keadaan umum : baik/lemah/jelek
 (2) Keadaan emosi : stabil/lebil
 (3) Postur : normal/ Lordosc/ hiperlordosc

2) Tanda-tanda Vital

- (1) Tekanan darah : 110/70 mmHg (MAP 83.3)
 (2) Nadi : 80 x kali/menit
 (3) Suhu : 36.5 °C
 (4) Respirasi : 20 kali/menit

3) Antropometri

- (1) Berat badan : 76 Kg
 (2) Berat badan sebelum hamil : 73 Kg (IMT)
 (3) Berat badan pada pemeriksaan sebelumnya : 72 Kg (Tgl 30-9-25)
 (4) Tinggi badan : 155 Cm
 (5) LILA : 22 Cm

4) Keadaan Fisik

(1) Kepala

a. Wajah

- Edema : ada/ tidak
 Pucat : ada/ tidak
 Gigitasma : ada/ tidak
 Respon : 0.112

b. Mata

- Konjungtiva : merah/ merah muda/
 pucat Sklera : putih/ merah/ ikterus

c. Mulut dan gigi

- Bibir : pucat/ kemerahan,
 lembab/ kering Caries pada Gigi : ada/ tidak

(2) Leher

a. Kelenjar limfe

: ada/ tidak ada pembesaran

b. Kelenjar Tiroid

: ada/ tidak ada pembesaran

c. Vena jugularis

: ada/ tidak ada pelebaran

(3) Dada

a. Dyspneu/Orthopneu/Thacypneu

: ada/ tidak

b. Wheezing

: ada/ tidak

c. Nyeri dada

: ada/ tidak

d. Payudara dan aksila

a) Bentuk

: simetris/asimetris

b) Puting susu

: menonjol/ datar/ masuk ke dalam

c) Kolostrum

: ada/ tidak ada, cairan lain:

d) Kelainan

: masa atau benjolan ada/ tidak, retraksi ada/ tidak

e) Kebersihan

: bersih/ kotor

f) Aksila

: ada/ tidak ada pembesaran limfe

Keluhan :

(4) Istirahat dan tidur :

a. Tidur malam : 6-7 jam sehari

b. Tidur siang : 20 menit - 1 jam

c. Gangguan tidur : Sering terbangun di malam hari karena sering kencing

(5) Pekerjaan :

a. Lama kerja sehari : tidak menentu

b. Jenis aktivitas : mengerjakan pekerjaan rumah

c. Kegiatan lain : tidak ada

(6) Personal Hygiene :

a. Keramas : 2x seminggu

b. Gosok gigi : 2x sehari

c. Mandi : 2x sehari

d. Ganti pakaian/ pakaian dalam : Setelah mandi / basah

(7) Perilaku Seksual :

a. Frekuensi : sesuai kebutuhan

b. Posisi : berbagai posisi

c. Keluhan :

(8) Sikap/respon terhadap kehamilan sekarang :

a. Direncanakan dan diterima

b. Direncanakan tapi tidak diterima

c. Tidak direncanakan tapi diterima

d. Tidak direncanakan dan tidak diterima

(9) Kekhawatiran-kekhawatiran terhadap kehamilan sekarang :

tidak ada

(10) Respon keluarga terhadap kehamilan :

baik

(11) Dukungan suami dan keluarga :

ada dukungan

(12) Rencana persalinan (tempat dan penolong) :

bidan

(13) Persiapan persalinan lainnya :

sudah tapi belum lengkap

(14) Perilaku spiritual selama kehamilan :

tidak ada mengganggu

10) Pengetahuan (sesuai dengan umur kehamilan) :

sudah tahu keluhan umum, tanda bahaya, persiapan persalinan, dan tanda persalinan

(4) Abdomen

- a. Bekas luka operasi : ada/ tidak ada
 b. Arah pembesaran : menonjol
 c. Linea nigra/linea alba : ada/ tidak
 Striae livide/striae albicans: ada/ tidak
 Respon : baik
 d. Tinggi fundus uteri : 3 jari, bukh px - Pst jari (sebelum UK 22 minggu)
 25 cm (mulai UK 22-24 minggu)
 e. Perkiraan berat janin : 2700 gram

f. Palpasi Leopold (mulai UK 36 minggu, atau 28 minggu apabila ada indikasi)

Leopold I :
 Fundus teras bulat lunak

Leopold II :
 Pupa

Leopold III :
 bulat bening masih bisa digoyangkan

Leopold IV :
 sudah masuk selangkang, sejajar

g. Nyeri tekan : ada/ tidak

h. DJJ : Pupa

Punctum Maksimum : 125

Frekuensi : teratur/ tidak teratur

(5) Anogenital

a. Pengeluaran cairan : ada/ tidak ada, warna, bau, volume

b. Tanda-tanda infeksi : ada/ tidak ada

c. Luka : ada/ tidak ada

d. Pembengkakan : ada/ tidak ada

e. Varises : ada/ tidak ada

f. Inspikulo vagina : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi

Hasil -

g. Vagina Toucher : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi

Hasil -

h. Anus

Haemoroid : ada/ tidak ada

(6) Tangan dan kaki

a. Tangan

Edema : ada/ tidak ada

Keadaan kuku : pucat/ sianosis/ kemerahan

b. Kaki

Edema : ada/ tidak ada

Varises : ada/tidak ada
 Keadaan kuku : pucat/ sianosis/ kemerahan
 Reflek patella : kanan : positif/ negatif
 kiri : positif/ negatif

5) Pemeriksaan Penunjang

- (1) PPT : tidak dilakukan
 (2) Hb :
 (3) Protein Urine :
 (4) Urine Reduksi :

III. ANALISA

- 1) Diagnosa Kebidanan : G3P2 A0 U0 36 minggu PrekIP U paku JITIW intramteri
 2) Masalah : belum mengerti penyebab dan cara mengatasi seringencing

- IV. PENATALAKSANAAN (Hari.....Tgl.....Jam.....)
1. Menjelaskan pada ibu hasil pemeriksaan bahwa keadaan ibu dan bayi sehat. Ibu paham
 2. Memberikan perspektif secara lisan pada ibu. Ibu setuju
 3. Memberikan AS mengenai penyebab seringencing. Ibu mengerti dan penjelasan
 4. Memberikan AS mengenai cara mengatasi. Plakun seringencing. Ibu mengerti dan penjelasan bidan.
 5. Menjelaskan tanda bahaya TMD 2. Ibu mengerti
 6. Menjelaskan lagi tanda-tanda persalinan. Ibu lanjut kembali
 7. Memberitahu ibu mengenai personal hygiene seperti mengotengin daerah genitalia menggunakan handuk atau HSA. Ibu paham
 8. Memberitahu ibu untuk mengikuti lagi persalinan. Ibu paham
 9. Memberikan SP dan buku di rumah Pagi dan malam ini. Ibu mengerti mau
 10. Melakukan kontrak untuk kunjungan ulang minggu lagi. Ibu setuju untuk kunjungan ulang
 11. Melakukan pendokumentasian. Sudah dilakukan

Lampiran 6. Lembar Pengkajian Ulang Kehamilan

FORMAT PENGKAJIAN KEHAMILAN

Pada Perempaan 011 063 PM 04 ke 27 minggu prekepa di puka jalan tunggal
Hidup Intahtuki di TPMB 04 04 wlayah birta puccepmas berotgke 1
Kab. Buleleng

I. DATA SUBYEKTIF (Hari Senin Tgl. 13 - 10 - 25 Jam 10.00 wita)

1) Identitas

	Ibu	Suami
Nama	Pa. H	Tn. IM
Umur	35 th	35 th
Suku Bangsa	Bali Indonesia	Suku Bangsa
Agama	Islam	Agama
Pendidikan	SMR	Pendidikan
Pekerjaan	IRT	Pekerjaan
Alamat Rumah	Bd. Banguwary	Alamat Rumah
No.Telp/HP	085 xxx	No.Telp/HP
Golongan Darah	O	Golongan Darah
Jaminan Kesehatan	BPS	Jaminan Kesehatan

2) Alasan Datang ke Pelayanan Kesehatan

(1) Alasan Memeriksa Diri:
Ibu mengalami mngin melatukan kontrol

(2) Keluhan Utama:

3) Riwayat Menstruasi

(1) Menarche : 12 th

(2) Siklus : 28 hari

(3) Lama Haid : 7 hari

(4) Dismenorhea

(5) Jumlah Darah yang Keluar : 2-3x gmn / hari

(6) HPHT : 25 Januari 2025

(7) TP : 03 November 2025

4) Riwayat Perkawinan

(1) Pemikahan ke- : 1

(2) Status Pernikahan : sah

(3) Lama Pernikahan : 9 tahun

(4) Jumlah Anak : 2

h. Epilepsi :
i. PMS :
j. Riwayat gynekologi :
a) Infertilitas :
b) Cervicitis kronis :
c) Endometritis :
d) Myoma :
e) Kanker kandungan :
f) Perkosaan :
(2) Riwayat Operasi :
(3) Penyakit/ gejala penyakit yang pernah diderita keluarga ibu dan suami:
a. Keturunan :
a) Penyakit jantung :
b) Diabetes Mellitus :
c) Asthma :
d) Hipertensi :
e) Epilepsi :
f) Gangguan jiwa :
b. Sering kontak dengan penderita keluarga ibu dan suami :
a) HIV/ AIDS :
b) TBC :
c) Hepatitis :
(4) Riwayat keturunan kembar:

8) Riwayat Keluarga Berencana
(1) Metode KB yang pernah dipakai :
(2) Lama :
(3) Komplikasi/ efek samping dari KB:

9) Keadaan Bio-Psiko-Sosial-Spiritual
(1) Bernafas : (ada keluhan/ tidak)
(2) Pola makan dan minum
a. Menu yang sering dikonsumsi :
b. Komposisi :
c. Porsi :
d. Frekuensi :
e. Pola minum :
f. Pantangan/alergi :
g. Keluhan :
(3) Pola Eliminasi
a. BAK
Frekuensi :
Keadaan :
Keluhan :
b. BAB
Frekuensi :
Keadaan :

Keluhan : tidak ada

(4) Istirahat dan tidur

a. Tidur malam : 7-8 jam

b. Tidur siang : 1-2 jam

c. Gangguan tidur : tidak ada bangun di malam hari sudah berburang

(5) Pekerjaan

a. Lama kerja sehari : tidak menentu

b. Jenis aktivitas : mengerjakan pekerjaan rumah

c. Kegiatan lain : -

(6) Personal Hygiene

a. Keramas : 2x seminggu

b. Gosok gigi : 2x sehari

c. Mandi : 2x sehari

d. Ganti pakaian/pakaian dalam : setelah mandi

(7) Perilaku Seksual

a. Frekuensi : -

b. Posisi : -

c. Keluhan : -

(8) Sikap/ respon terhadap kehamilan sekarang

a. Direncanakan dan diterima

b. Direncanakan tapi tidak diterima

c. Tidak direncanakan tapi diterima

d. Tidak direncanakan dan tidak diterima

(9) Kekhawatiran-kekhawatiran terhadap kehamilan sekarang : tidak ada

(10) Respon keluarga terhadap kehamilan : baik

(11) Dukungan suami dan keluarga : mendukung

(12) Rencana persalinan (tempat dan penolong) : di bidan

(13) Persiapan persalinan lainnya : sudah disiapkan

(14) Perilaku spiritual selama kehamilan : tidak ada

10) Pengetahuan (sesuaikan dengan umur kehamilan)

.....

.....

.....

.....

II. DATA OBYEKTIF (Hari..... Tgl..... Jam.....)

1) **Kadaan Umum**

- (1) Kadaan umum : baik/lemah/jelek
 (2) Kadaan emosi : stabil/lembil
 (3) Postur : normal/ lordose/ hiperlordose

2) **Tanda-tanda Vital**

- (1) Tekanan darah : 10/80 mmHg (MAP 83.3)
 (2) Nadi : 86 kali/menit
 (3) Suhu : 36.5 °C
 (4) Respirasi : 20 kali/menit

3) **Antropometri**

- (1) Berat badan : 76 Kg
 (2) Berat badan sebelum hamil : 75 Kg (IMT)
 (3) Berat badan pada pemeriksaan sebelumnya : 76 Kg (Tgl)
 (4) Tinggi badan : 165 Cm
 (5) LILA : 21 Cm

4) **Kadaan Fisik**

(1) Kepala

a. Wajah

- Edema : ada/ tidak
 Pucat : ada/ tidak
 Cikoasma : ada/ tidak
 Respon : baik

b. Mata

- Konjungtiva : merah/ merah muda/
 pucat Sklera : putih/ merah/ ikterus

c. Mulut dan gigi

- Bibir : pucat/ kemerahan.
 lembab/ kering Caries pada Gigi: ada/ tidak

(2) Leher

- a. Kelenjar limfe : ada/ tidak ada pembesaran
 b. Kelenjar Tiroid : ada/ tidak ada pembesaran
 c. Vena jugularis : ada/ tidak ada pelebaran

(3) Dada

- a. Dyspneu/Orthopneu/Thacypneu
 b. Wheezing : ada/ tidak
 c. Nyeri dada : ada/ tidak
 d. Payudara dan aksila
 a) Bentuk : simetris/ asimetris
 b) Puting susu : menonjol/ datar/ masuk ke dalam
 c) Kolostrum : ada/ tidak ada, cairan lain:
 d) Kelainan : masa atau benjolan ada/tidak, retraksi ada/ tidak
 e) Kebersihan : bersih/ kotor
 f) Aksila : ada/ tidak ada pembesaran limfe

(4) Abdomen

- a. Bekas luka operasi : ada/ tidak ada
 b. Arah pembesaran : sesuai sumbu tubuh ibu
 c. Linea nigra/linea alba : ada/ tidak
 Striae livide/striae albicans: ada/ tidak
 Respon : baik
 d. Tinggi fundus uteri : Perut bagian Px - Pst jari (sebelum UK 22 minggu)
 32 cm (mulai UK 22-24 minggu)
 e. Perkiraan berat janin : 3250 gram

f. Palpasi Leopold (mulai UK 36 minggu, atau 28 minggu apabila ada indikasi)

Leopold I : Tpu Perut bagian Px - Pst. teraba bulat lunak

Leopold II : Puka

Leopold III : Teraba bulat karena masih bisa digoyangkan

Leopold IV : Perut bagian selanjut

- g. Nyeri tekan : ada/ tidak
 h. DRL : Puka
 Punctum Maksimum : Puka
 Frekuensi : 40 kali / menit
 Irama : teratur/ tidak teratur

(5) Anogenital

- a. Pengeluaran cairan : ada/ tidak ada, warna, bau, volume
 b. Tanda-tanda infeksi : ada/ tidak ada
 c. Luka : ada/ tidak ada
 d. Pembengkakan : ada/ tidak ada
 e. Varises : ada/ tidak ada
 f. Inspikulo vagina : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi Hasil
 g. Vagina Toucher : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi Hasil
 h. Anus :
 Haemoroid : ada/ tidak ada

(6) Tangan dan kaki

- a. Tangan
 Edema : ada/ tidak ada
 Keadaan kuku : pucat/ sianosis/ kemerahan
 b. Kaki
 Edema : ada/ tidak ada

Varises : ada/ tidak ada
 Keadaan kuku : pucat/ sianosis/ kemerahan
 Reflek patella : kanan : positif/ negatif
 kiri : positif/ negatif

5) Pemeriksaan Penunjang

- (1) PPT : Tidak dilakukan
 (2) Hb :
 (3) Protein Urine :
 (4) Urine Reduksi :

III. ANALISA

- 1) Diagnosa Kebidanan :
 1322100 UT 51 Minggu Prekterip H. Puka Janin Tunggal hidup intrauterin
 2) Masalah :

IV. PENATALAKSANAAN (Hari.....Tgl.....Jam.....)

1. Menginformasikan kepada ibu dan suami terkait hasil pemeriksaan bahwa ibu dan janin sehat. Ibu dan suami mengetahui hasil dilakukan ibu dan suami setuju terhadap tindakan selanjutnya
2. Memberikan ibu untuk memenuhi kebutuhan nutrisi dan istirahatnya. Saat ini dan melakukan deep breathing 90% dan tegang.
3. Ibu mengerti dan mengikuti perintah bidan.
4. Memberitahu ibu untuk segera datang ke PMB jika mengalami keluhan perut melas datang hilang timbul dari beluar lendir campur darah
5. Mengingatkan kembali pada ibu untuk mempersiapkan perlengkapan ibu dan bayi. Ibu mengerti
6. Mengajarkan ibu untuk jalan-jalan selama kurang lebih 1 jam secara perlahan agar mempercepat penurunan kepala bayi. Ibu akan mengikuti anjuran
7. Memberikan ibu pujian karena telah menerapkan saran dari bidan mengenai kelahiran yg aman dan sehingga terhindar dari lgs. Setelah rutin minum suplemen sesuai aturan
8. Mengajarkan ibu untuk tetap minum suplemen yg telah diberikan sampai habis. Ibu paham
9. Mengajarkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi atau saat ada keluhan tanda persalinan. Ibu setuju untuk kunjungan ulang
10. Melakukan pendokumentasian pada buku catatan. Pendokumentasian sudah dilakukan.

Lampiran 7. Lembar Pengkajian Persalinan

FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

I. DATA SUBYEKTIF (TANGGAL 10 April 2018 PUKUL 05.00 WITA)

	Ibu	Suami
1) Identitas		
Nama	<u>Pratiwi</u>	<u>Tn. M.</u>
Umur	<u>25 th</u>	<u>30 th</u>
Agama	<u>Islam</u>	<u>Islam</u>
Suku Bangsa	<u>Bali, Indonesia</u>	<u>Bali, Indonesia</u>
Pendidikan	<u>SD</u>	<u>SI</u>
Pekerjaan	<u>ibu</u>	<u>buruh</u>
Alamat Rumah	<u>D. J. Bonyawidjaja 2, Ds. Pejajaran</u>	
Telepon/Hp	<u>0877xx x</u>	
Golongan Darah	<u>B</u>	
2) Alasan Berkunjung dan Keluhan Utama		
<u>Ibu mengatakan sudah merasakan sakit perut terus menerus.</u>		
<u>Keluar lendir campur darah dari jalan lahir</u>		
3) Riwayat Persalinan Ini		
Keluhan ibu:		
☒ Sakit perut, sejak <u>pukeal 05.00 wita</u>		
☐ Keluar air, sejak keadaan: bau warna jumlah cc		
☐ Lendir bercampur darah, sejak		
☐ Lain-lain		
Gerakan Janin:		
☒ aktif ☐ Menurun ☐ tidak ada, sejak		
Tindakan yang telah dilakukan (khusus pasien rujukan)		

7) Riwayat Menstruasi dan KB:

- (1) Siklus menstruasi : ☒ Teratur, ☐ tidak 28 hari
 (2) Lama haid 6-7 hari
 (3) Kontrasepsi yang pernah dipakai : KB
 lama , rencana yang akan digunakan KB
 (4) Rencana jumlah anak 3 anak

8) Data Biologis, Psikologis, Sosial, Spiritual

(1) Biologis

- a. Keluhan bernafas : ☒ tidak ada, ☐ ada,
 b. Nutrisi
 a) Makan terakhir pukul 20.00 , porsi sedang ,
 jenis Beraneka
 b) Minum terakhir pukul 21.50 , jumlah 100 cc,
 jenis Air Putih
 c) Nafsu makan : ☒ baik, ☐ menurun
 c. Istirahat
 a) Tidur malam 6-7 jam, keluhan Tidak ada
 b) Istirahat siang 20 menit jam, keluhan Tidak ada
 c) Kondisi saat ini
 (a) Bisa istirahat diluar kontraksi : ☒ ya, ☐ tidak, alasan
 (b) Kondisi fisik : ☒ kuat, ☐ lemah, ☐ terasa mau pingsan
 d. Eliminasi
 a) BAB terakhir : pukul 16.00 konsistensi lembek
 b) BAK terakhir : pukul 09.00 jumlah 50 cc
 c) Keluhan saat BAB/BAK Tidak ada

(2) Psikologis

- Siap melahirkan : ☒ ya, ☐ tidak, alasan
 Perasaan ibu saat ini : ☒ bahagia dan kooperatif, ☐ kecewa, ☐ malu, ☐ takut,
☐ sedih, ☐ cemas, ☐ menolak, ☐ putus asa

(3) Sosial

- Perkawinan 1 kali, status : ☒ sah, ☐ tidak sah
 Lama perkawinan dengan suami sekarang 4 tahun
 Hubungan dengan suami dan keluarga : ☒ harmonis, ☐ kurang harmonis
 pengambilan keputusan : ☒ suami & istri, ☐ suami, ☐ istri, ☐ keluarga besar,

- ☒ Persiapan persalinan yang sudah siap ; ☒ perlengkapan ibu,
☐ perlengkapan bayi, ☒ biaya, ☐ calon donor, nama.....,
☒ pendamping, ☒ transportasi.....
 (4) Spiritual dan Ritual yang Perlu Dibantu : tidak ada kegiatan keagamaan yg mengganggu
 (5) 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 (TANGGAL.....PUKUL..... WITA)

- 1) Keadaan Umum : Baik
 GCS : E 1 M 5 V 6
 Kesadaran : ☒ composmentis, ☐ somnolen, ☐ sopor, ☐ sporsomantis, ☐ koma
 Keadaan emosi : ☒ stabil, ☐ tidak stabil
 Keadaan psikologi : ☐ takut, ☐ murung, ☐ bingung
 Antropometri : BB 72 kg, BB sebelumnya tgl (.....)..... kg,
 TB 155 cm
 Tanda vital : suhu 36.2 °C, nadi 88 x/mnt, respirasi 15 x/mnt,
 TD 100/70 mmHg, TD sebelumnya (tgl.....)..... mmHg,
 MAP 84.6 mmHg
 2) Pemeriksaan Fisik
 (1) Wajah : ☒ tidak ada kelainan, ☐ oedema,
☐ pucat (2) Mata
 Conjutiva : ☒ merah muda, ☐ pucat, ☐ merah
 Sclera : ☒ putih, ☐ kuning, ☐ merah
 (3) Mulut
 Mukosa : ☒ lembab, ☐ kering
 Bibir : ☒ segar, ☐ pucat, ☐ biru
 Gigi : ☒ bersih, ☐ tidak bersih, ☐ ada karies, ☐ tidak ada karies
 (4) Leher : ☒ Tidak ada kelainan
☐ pembengkakan kelenjar limfe, ☐ pembendungan vena jugularis, ☐ Pembesaran kelenjar tiroid, ☐ Lain-lain.....

- (5) Dada dan aksila : ☒ tidak ada kelainan, ☐ ada
 Payudara : ☒ tidak ada kelainan, ☒ areola hiperpigmentasi, ☒ areola, ☒ bersih
 Kelainan : ☐ asimetris, puting: ☐ datar, ☐ masuk, ☐ dimpling ☐ retraksi
 Kebersihan : ☒ bersih, ☐ sedang, ☐ kotor
- (6) Abdomen
- a. Pembesaran perut : ☒ sesuai UK, ☐ tidak sesuai UK,.....
- b. Arah : ☒ melebar, ☐ memanjang
- c. Bekas luka operasi : ☐ ada, ☒ tidak ada,.....
- d. Palpasi Leopold:
- Leopold I:
 TFU : Perkembangan px dan pxt. Teraba, bulat lunak
- e. Leopold II:
 di sebelah Kanan teraba datar, memanjang, dan ada tahanan
 di sebelah Kiri teraba bagian kecil janin
- f. Leopold III
☐ bisa digoyangkan, ☒ tidak bisa digoyangkan
- g. Leopold IV
 posisi tangan : ☐ konvergen, ☐ sejajar, ☒ divergen
 perlimaan : 2/5
- h. TFU (Mc. Donald) : 32 cm
- i. Tafsiran berat badan janin : 3150 gram
- j. HIS : ☐ tidak ada, ☒ ada, teratur
 Frekuensi : 1 x 10 menit, durasi : 40 detik
- k. Auskultasi : DJJ : 141 x/menit, teratur, ☐ tidak teratur
- (7) Genitalia dan Anus
- VT: tanggal : 17-10-2015 jam : 11-30 WITA, oleh : bidan
- Vulva : ☐ oedema, ☐ sikatrik, ☐ varices
- Pengeluaran : ☒ tidak ada, ☐ ada, berupa :
- Vagina : ☐ skibala, tanda infeksi; ☐ merah, ☐ bengkak,
☐ nyeri (jika ada: pada :)
- Portio: konsistensi : ☒ lunak, ☐ kaku, ☐ dilatasi : 7 cm,
 penipisan (effacement) : 75 %, selaput ketuban : ☒ utuh, ☐ tidak utuh
- Presentasi : Kepala, denominator : UK, posisi : Kanan dan Pn

Moulage : ☒ 0, ☐ 1, ☐ 2, ☐ 3
 Penurunan : Hodge ☐ I, ☐ II, ☒ III, ☐ IV
 Bagian kecil : ☐ ada, ☒ tidak ada
 Tali Pusat : ☐ ada, ☒ tidak (jika ada: ☐ berdenyut, ☐ tidak)
 Anus : haemorrhoid: ☐ ada, ☒ tidak

(8) Tangan

☐ oedema, kuku jari: ☐ pucat, ☐ biru, ☒ merah muda

(9) Kaki

☒ simetris, ☐ asimetris, ☐ oedema, ☐ varices, kuku jari: ☐ pucat, ☐ biru,
☒ merah muda

Refleks patella kanan/kiri : posif

3) Pemeriksaan Penunjang Tidak dilakukan

Pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan : ☐ tidak ada, ☐ ada hasil :

- (1) Hb:.....gram%, proteinuria:....., reduksi urine:.....
 (2) Golongan darah:..... Rh.....
 (3) Tes nitrasin/lakmus (bila ada pengeluaran cairan):.....
 (4) USG dan NST (kalau ada):.....
 (5) Lain-lain:.....

III. ANALISA

- 1) G3 P2 A0 UK 37 minggu, presentasi: kepala janin tunggal/ ganda
 hidup/mati intra/ekstruteri partus kala I fase aktif dengan -
 2) Masalah:.....

IV. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan kepada Ibu dan suami terkait hasil pemeriksaan bahwa Ibu sudah persalin 7 cm dan kondisi janin sehat. Ibu dan suami tampak senang mengetahui hasil.
2. Meminta persetujuan kepada Ibu secara lisan untuk tindakan yg akan dilakukan. Ibu dan suami setuju terhadap tindakan selanjutnya.
3. Memberikan dukungan emosional dan keluarga mendorong untuk memberikan dukungan kepada Ibu saat melahirkan sehingga Ibu dapat yakin bahwa persalinan akan berjalan dg lancar.

4. Memberikan EIE mengenai cara mengatasi keluhan sering kencing yaitu minum pada siang hari, hindari minuman mengandung kafein, malam minum dikurangi, dan bisa melakukan senam kegel dg durasi 5-10 menit. Ibu bisa mengulang kembali penjelasan dan akan melakukan sesuai anjuran.
5. Menjelaskan pada Ibu tanda bahaya pada Trimester III. Ibu sudah mengerti dan bersedia datang keTPMB jika merasakan tanda bahaya.
6. Memberitahu Ibu cara cebok yang benar dan mengeringkan sebelum menggunakan celana dalam kembali, serta mengganti jika dirasa sudah lembab dan menggunakan celana bahan katun. Ibu paham karena bisa mengulang lagi penjelasan dan akan mengikuti anjuran.
7. Mengingatkan kembali mengenai tanda-tanda persalinan. Ibu paham dan sudah ingat kembali dg tanda² persalinan.
8. Memberitahu Ibu tentang persiapan persalinan persalinan yaitu dan pendamping, rencana melahirkan, penolong dan kendaraan. Ibu mengatakan ~~dia~~ sudah mempersiapkannya.
9. Memberikan Ibu suplemen SF 2x kali yang diminum pagi dan malam. Ibu bersedia minum sesuai anjuran.
10. Menganjurkan Ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan lain segera ke TPMB. Ibu bersedia untuk kunjungan ulang.
11. Melakukan Pendokumentasian pada Buku KIA dan register Ibu hamil. Pendokumentasian sudah dilakukan.

UNDIKSHA

I. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal Waktu Tempat	Catatan Perkembangan	Paraf/ Nama
Jumat. 17 Des 2025 Pukul 12.00 Wita	S: Ibu mengatakan merasa sangat mengantuk, kelelahan. Keluhannya akan merasa sedikit kesepian pada saat istirahat seperti lagi BAB. O: KU baik, komposisinya TD 10/10 mmHg, N 86 x/mnt, R 20 x/mnt, S 36°C, peristaltik O/E, DJJ 10 x/mnt terdengar 5 x dan 10 menit ds durasi 50 - 60 detik, porsi 10 tdk teraba, efisiensi 100%, pembulatan 10 cm, ketebalan ^{ketebalan uterus} presentasi kepala, denominator nuk, kranial depan, moulage O, penurunan Hm, tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat. A: 63 R2 A0 uk 37 minggu, presk P ti puka. Intervensi Partus kala II. P: 1. Menginformasikan kpd Ibu dan suami terkait hasil pemeriksaan bahwa Ibu sdh bulatan lengkap dan kondisi janin sehat, Ibu dan suami mengetahui hasil. 2. Memandu Ibu untuk memilih posisi nyaman saat bersalin. Ibu memilih setengah duduk. 3. Menggunakan APD. APD sdh dipakai. 4. Mendekatkan Partus set. Partus set sdh sdh dekat perolong. 5. Membimbing Ibu untuk meneran dgn efektif. Ibu sdh meneran efektif. 6. Mengajak Ibu untuk istirahat setelah kontraksi. Ibu sdh bernapas. 7. Melakukan pemantauan DJJ. DJJ 10 x/mnt. 8. Memantau penurunan kepala janin. Pampak kepala janin membuka vulva 5-6 cm.	Mika JH

Jumat, 17 Okt 23 pukul 12.15 wita	jumlahkan skenden. kepala bayi lahir b. Menyangga kepala bayi dan monitoring kelahiran badan bayi. bayi lahir pukul 12.15 wita, tangis kuat, gerak aktif dan jkr laki-laki S: Ibu mengatakan masih merasa mualas pada perutnya dan merasa lega D: KU baik, COMPOS MENUS. TPA 2, PULUT, Kandung kemih tak penuh, kontraksi uterus baik dan kuat, tidak ada jawa keluar A: partus kala III P: 1. Menginformasikan pada ibu hasil pemeriksaan ibu sedang mengetahui bayinya lahir dg sehat 2. Memberitahu ibu bahwa akan di suntikkan oksitosin untuk mencegah perdarahan. Ibu bersedia 3. Menyuntikan oks 1 suntikan di 1/3 bagian atas bagian luar. Kontraksi uterus baik 4. Melakukan jepit potong tali pusat. Tidak ada perdarahan aktif pada tali pusat. 5. Mengecek kontraksi pada fundus ibu. Kontraksi kuat 6. Melakukan PIT dan DORSO KRANIAL 7. Membantu lahirnya plasenta. Plasenta lahir pukul 12.25 wita 8. Melakukan massage fundus selama 15 menit 9. Memilai kelengkapan plasenta. Plasenta lahir lengkap S: Ibu mengatakan lega dan bahagia bayinya telah lahir dg sehat dan nyeri perineum D: KU baik, COMPOS MENUS. TPA 2, JR di PST, kontraksi baik, Kandung kemih tak penuh	Mika JH Mika JH
Jumat, 17 Okt 23 pukul 12.30 wita		Mika JH

	terdapat robekan pada mukosa vagina sampai otot perineum tapi tidak mengenai sphincter ani A: P3A0 partus kala W dg lacerasi grade II P: 1. Menginformasikan pada ibu terkait hasil pemeriksaan. Ibu menyatakan nyeri di kemaluan 2. Melakukan inform consent terkait tindakan selanjutnya yaitu Penjahitan dg jalan lahir. Ibu setuju 3. Memberikan anestesi lokal (lidocain 1%) sebanyak 3 cc di perineum. Ibu tidak merasakan sakit saat diubut Pinset. 4. Melakukan Penjahitan dg teknik jahit-jahit. Jahitan sudah tertutup dan tidak ada perdarahan aktif 5. Membersihkan ibu dan lingkungannya. Ibu sudah memakai pakaian yg bersih dan lingkungan sudah bersih 6. Mengajar kan suami terkait cara massage fundus dan cara membiu kontraksi. Suami bisa melakukan massage 7. Melakukan pemeriksaan Nadi 39x/menit dan tekanan darah ibu baik 8. Melakukan evaluasi dan estimasi kehilangan darah. Perdarahan 150 cc 9. Menjelaskan tanda bahaya setelah persalinan ibu mengerti 10. Mengajarkan ibu untuk makan dan minum memulihkan tenaga. Ibu bersedia 11. Melakukan observasi kala IV dg 2 jam pertama post partum. Hasil observasi ditampikan dalam partograf
--	---

Jumat, 17 Okt 25 Pukul 14.30	S: Ibu mengatakan lelah dan cemas dengan kelahiran anaknya, anak sudah menyusu dan Ibu sudah makan dg porsi kecil dan minum. O: Bu baik, Compositus HUS, TD 110/70 mmHg, N 80x/m, TFU 2 jf + psl, Kontraksi baik, Kandung kemih tdk penuh, Pendarahan 30 cc, ASI ① A: PSAD Partus SPB Nipas 2, Jan Lacerasi Grade II P: 1. Menjelaskan hasil pemeriksaan. Ibu mengetahui hasil pemeriksaan. 2. Meminta persetujuan Nisan. Ibu setuju. 3. Membimbing Ibu untuk melakukan mobilisasi miring kiri, kanan dan duduk. Ibu mampu melakukannya. 4. Menganjurkan Ibu untuk istirahat. Ibu paham. 5. Memberikan Ibu KB mengenai cara menyusui yang benar dan langsung mempraktekkan. Ibu mengerti dan bisa melakukannya. 6. Menganjurkan untuk menyusui rutin 2 jam sekali. Ibu akan mengikuti anjuran. 7. Memberikan Ibu amoxiclin (3x1), SP (3x1) vit A (1x1), Penamun (3x1) dan Sari ASI (3x1) yg diminum setelah makan. Ibu bersedia minum obat. 8. Membantu Ibu untuk pindah ke ruang Nipas. Ibu sudah dipindahkan ke ruang Nipas. 9. Melakukan Pendokumentasian pada buku KIA dan register. Pendokumentasian sudah dilakukan.	Mika PA
---	---	--------------------

Lampiran 8. Lembar Pengkajian Partograf

PARTOGRAF

No. Registrasi: Nama Ibu/Bapak: P. R. / T. M. Umur: 36 / 38 a.e.p.f. a.d. Hamil 37 minggu

Ri/Punisieman/RB: Masuk Tanggal: 17 Oktober 2015 Putokul: 05.00 WIB

Ketuban Pecah: sejak putokul WIB Mulus sejak putokul 05.00 WIB Alamat: Bnd Banyuwangi

Denyut Jantung Janin (x/menit)

ph ketuban penyusupan

0.5
0.5

Pembulatan serviks (cm)

Penyempitan isthmus

Denyut Janin

Kontraksi tiap 10 menit

Oksitosin U/I tetes/menit

Obat dan cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Temperatur °C

Urine: Protein, Aseton, Volume

Penolong

Makan terakhir: Pukul 20.00 Jenis: BORUANARI Porsi: sedang

Minum terakhir: Pukul 04.50 Jenis: Puho Porsi: 1 gelas

Bndn H⁴

Lembar partograf bagian belakang

CATATAN PERSALINAN

Tanggal: 18-10-2025 Penolong Persalinan: Bulan
 Tempat persalinan: ☐ rumah ibu ☐ Puskesmas ☐ Klinik Swasta ☐ Lainnya
 Alamat tempat persalinan: Bd. Lembang, Ds. Panyabungan

KALA I

☐ Partograf melewati garis waspada
☐ Lain-lain, sebutkan
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya?

KALA II

Lama Kala II: 15 menit Episiotomi: ☒ tidak ☐ ya, Indikasi:
 Pendamping pada saat persalinan: ☒ suami ☐ keluarga ☐ teman ☐ dukun ☐ tidak ada
 Gawat Janin: ☐ miringkan ibu ke sisi kiri ☐ minta ibu menarik napas ☐ episiotomi
 Distosia Bahu: ☐ Manuver Mc Robert Ibu merangkang ☐ Lainnya
 Penatalaksanaan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya?

KALA III

Lama Kala III: 10 menit Jumlah Perdarahan: 100 ml
 a. Pemberian Oksitosin 10 U IM < 2 menit? ☒ ya ☐ tidak, alasan
 Pemberian Oksitosin ulang (2x)? ☐ ya ☐ tidak, alasan
 b. Pemegangan tali pusat terkendali? ☐ ya ☐ tidak, alasan
 c. Masase fundus uteri? ☒ ya ☐ tidak, alasan
 Laserasi perineum derajat 2 Tindakan: ☐ mengeluarkan secara manual ☐ merujuk
☐ tindakan lain
 Atonia uteri: ☐ Kompresi bimanual interna ☐ Metil Ergometrin 0,2 mg IM ☐ Oksitosin drip
 Lain-lain, sebutkan:
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya?

BAYI BARU LAHIR

Berat Badan: 3000 gram Panjang: 50 cm Jenis Kelamin: L Nila APGAR: 1
 Pemberian ASI < 1 jam: ☐ ya ☐ tidak, alasan
 Bayi baru lahir pucat/biru/emas:
☒ mengeringkan ☐ menghangatkan ☐ bebaskan jalan napas
☒ stimulasi rangsang aktif ☐ Lain-lain, sebutkan:
☐ Cacat bawaan, sebutkan:
☐ Lain-lain, sebutkan:
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya?

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Pukul	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	12.40	110/70	85	36.5°C	21x4 Pst	baik	TJE Penuh	80 ml
	12.55	120/80	80		21x4 Pst	baik	TJE Penuh	100 ml
	13.10	120/80	80		21x4 Pst	baik	TJE Penuh	100 ml
	13.25	120/80	80		21x4 Pst	baik	TJE Penuh	50 ml
2	13.40	122/70	80	36.4°C	21x4 Pst	baik	TJE Penuh	50 ml
	14.05	124/70	80		21x4 Pst	baik	TJE Penuh	50 ml

Masalah Kala IV:
 Penatalaksanaan yang dilaksanakan untuk masalah tersebut:
 Bagaimana hasilnya?

KIE

No	Tanggal	Materi	Pelaksana	Keterangan
1.	18-10-2025	• Semua nilas ✓	Bulan	Telah dilakukan
2.	18-10-2025	• Breast care ✓	Bulan	Telah dilakukan
3.	18-10-2025	• ASI ✓	Bulan	Telah dilakukan
4.	18-10-2025	• Perawatan Tali Pusat ✓	Bulan	Telah dilakukan
5.	20-10-2025	• KL ✓	Bulan	Telah dilakukan
6.	20-10-2025	• Gizi ✓	Bulan	Telah dilakukan
7.	21-10-2025	• Imunisasi ✓	Bulan	Telah dilakukan

Lampiran 9. Lembar Pengkajian Bayi Baru Lahir

**FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS**

I. DATA SUBYEKTIF (TANGGAL 17 Okt 2018 PUKUL 12.15 WITA)

1) Identitas

a) Bayi

Nama : By. Pr. II
 Umur/Tanggal/Jam Lahir : Legan penuh lahir / 17 Okt 2018 / 12.15 WITA
 Jenis Kelamin : Laki-laki

b) Orang Tua

Nama	Ibu : <u>Pr. II</u>	Suami	<u>Th. IM</u>
Umur	<u>33 th</u>		<u>33 th</u>
Agama	<u>Islam</u>		<u>Islam</u>
Suku Bangsa	<u>Bali, Indonesia</u>		
Pendidikan	<u>SD</u>		<u>SI</u>
Pekerjaan	<u>Tidak bekerja</u>		<u>Guru</u>
Alamat Rumah	<u>Bd Pangrehedjds Pajarekan</u>		
Telepon/Hp	<u>085 xxx</u>		<u>-</u>
Golongan Darah	<u>D</u>		

2) Alasan Berkunjung dan Keluhan Utama

Bayi masih dalam proses adaptasi dan masih memerlukan perawatan

3) Riwayat Pranatal

1) G. 3 P. 2 A. 0

2) Masa Gestasi 37 minggu

3) Riwayat ANC

ANC 8 kali, di Bidan 1 kali, Dokter 2 kali, Puskesmas 2 kali

TM I : ANC Bidan 2 kali, keluhan Mual,
 suplemen sf dan

ANC Dokter kali, hasil USG:

ANC di Puskesmas kali, hasil pemeriksaan darah: Hb: 11,8 gr/dl, GDA 93 g/dl, TPPL 0, NO

TM II : ANC Bidan kali, keluhan:
suplemen dan
ANC Dokter kali, hasil USG:

ANC di Puskesmas kali, hasil pemeriksaan darah:

TM III : ANC Bidan kali, keluhan:
suplemen dan
ANC Dokter kali, hasil USG:

ANC di Puskesmas kali, hasil pemeriksaan darah: protein urine negatif, GDA Hb: 11,3 gr/dl

4) Riwayat Intranat

Ibu melahirkan di TPADA II pada tanggal 12.01.2025 pukul 12.15
cara jenis persalinan SPB

- a) Kala I : Berlangsung 4 jam, tdk ada penyulit
- b) Kala II : Berlangsung 15 menit tdk ada penyulit, bayi lahir sangat kuat, gerak aktif, ja
- c) Kala III : Berlangsung 15 menit tdk ada penyulit
- d) Kala IV : Berlangsung 2 jam, tdk ada penyulit

5) Faktor Infeksi

- ☐ TBC ☐ Demam Saat Bersalin ☐ KPD > 6 jam ☐ Hepatitis B/C ☐ Sifilis
- ☐ HIV/AIDS ☐ Obat Terlarang ☒ Tidak Ada

II. DATA OBYEKTIF (TANGGAL 12 Okt 2015 PUKUL 12.15 WITA)

Tanggal/Jam Lahir : 12 Okt 2015 / 12.15 WITA
 Jenis Kelamin : L
 Tangis : Kuat
 Gerak : aktif

III. ANALISA

- 1) Diagnosa Neonatus cukup bulan lahir spontan belakang kepala segera setelah lahir dg Vigoritas Bayi
- 2) Masalah tidak ada

IV. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan pada Ibu mengenai hasil pemeriksaan bahwa bayi dalam keadaan sehat. Ibu dan suami mengetahui hasil
2. Melakukan informed consent terkait tindakan selanjutnya. Ibu dan suami bersedia
3. Menutupkan mulut pada mulut dan hidung bayi dengan aplek, bayi tampak langsung menangis
4. Mengeringkan tubuh bayi. Kulit bayi bersih - bayi sudah bersih dan kering
5. Melakukan epitiotomi tali pusat. Tidak ada pendarahan aktif dari tali
6. Mengalir keluarnya bayi disekujur dan kanan bersih kering. Bayi tampak tenang dan nyaman.
7. Memberikan ASI awal yg menempel dan dipisahkan paksa. Tidak ada ketegangan. Bayi tampak tenang dan nyaman.

1. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal Waktu Tempat	Catatan Perkembangan	Paraf/ Nama
Jember, 17 Okt 25 pukul 13.15 Wita	C: Ibu mengartikan tangis bayi, gerak aktif, dan saat ini tidak ada kelainan. D: KU baik, gerak aktif, tangis baik, warna kulit kemerahan HR 138 x/m, R 12 x/m, 36,4°C, BB 4000 gram, PB 50 cm, LK 24 cm, LD 35 cm, Ula 11 cm. Pemeriksaan fisik normal. A: Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan lahir spontan belakang kepala umur 1 hari 13 Nigerosus Baby. P: Menginformasikan kepada ibu dan suami terkait hasil pemeriksaan. Ibu mengetahui hasil. 2. Melakukan informed consent terkait tindakan selanjutnya. Ibu dan suami bersedia. 3. Menjelaskan tujuan dan manfaat dari pemberian Vit K. Ibu dan suami telah mengetahui. 4. Menyuntikkan Vit K 1 mg prob 1/2 anterolateral pada bahu bagian atas tidak ada reaksi alergi. 5. Membentangkan Salep mata Tetrasiklin 1% pada mata bayi kanan dan kiri. Tidak ada reaksi alergi. 6. Merapikan dan menjaga kebersihan bayi. Bayi tampak nyaman dan tenang. 7. Melatkan bayi di dekat ibunya, bayi tampak nyaman di dekat ibu. 8. Melakukan pendokumentasian.	Mika JH

Lampiran 10. Lembar Pengkajian Pada Masa Nifas

FORMAT PENGKAJIAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Pradipr.II P3AD Partus Spontan belakang kepala nifas hari ke-3
di IPMB II Tgl 20 Okt 2025

I. DATA SUBYEKTIF (Hari 20-10-25 Tanggal 20-10-25 Jam.....)

1) Alasan Datang /Keluhan Utama

Ibu mengatakan ingin kontrol

2) Nifas sekarang

Ibu

Baik tidak ada keluhan

Bayi

Baik, bayi menyusu dg kuat

3) Riwayat Laktasi Sekarang

Ibu mengatakan tidak ada masalah dan bayi bisa menyusu

4) Riwayat Bio-Psiko-Sosial Spiritual

a. Biologis

1. Bernapas

☒ Tidak Ada

☐ Ada : ☐ dyspneu ☐ orthopneu ☐ thacypneu ☐ wheezing ☐ ronchi

2. Nutrisi

Makan : frekuensi: 3-4 x/hari, komposisi: Beranasi

porasi: 200g

Minum : 10-12 gelas/hari, jenis: air putih

Keluhan: tidak ada Pantangan/alergi : tidak ada

3. Eliminasi

BAK : 3-4 x/hari, warna kuning, bau khas

BAB : 1 x/hari, konsistensi lembek, warna kecoklatan

Keluhan: tidak ada

4. Istirahat dan tidur

Tidur malam : 6-7 jam Tidur siang : 1 jam

Keluhan: tidak ada

5. Aktivitas

Lama aktivitas : 5 jam Jenis aktivitas: mengurus anak dan mengerjakan pekerjaan rumah

6. Perilaku Seksual

Cara : - Frekuensi: - Keluhan: -

7. Personal Hygiene

Mandi : 1 s/hari Keramas : 1 x/minggu

Cosok gigi : 1 s/hari

Vulva hygiene / Waktu : Setelah mandi, BAB, BAK

Kebiasaan : Wak 121

Catut pakaian/pakaian dalam : Setelah mandi atau saat tidak nyaman

b. Psikologis

Perasaan Ibu saat ini

Ibu mengatakan sangat senang

Penerimaan terhadap kelahiran saat ini

Ibu mengatakan menerima bayinya

c. Sosial

Hubungan suami dan keluarga

Ibu mengatakan harmonis

Budaya dan adat istiadat yang berkaitan dengan masa nifas dan bayi

Ibu mengatakan tidak ada

5) Pengetahuan Ibu

Ibu mengatakan sudah mengetahui tanda bahaya masa nifas

6) Perencanaan KB

Sudah :

Belum :

Reencana : KB suntik 3 bulan

II. DATA OBYEKTIF (Hari, tanggal, Waktu, Jam.....)

1) Keadaan umum : ☒ baik ☐ lemah ☐ jelek

2) Kesadaran : ☒ composmentis, ☐ somnolen, ☐ sopor, ☐ spoor somantis, ☐ koma

3) Keadaan emosi : stabil/labil

4) Tanda-tanda Vital

TD : 10/70 mmHg Nadi : 80 x/menit

Pernapasan : 16 x/menit Suhu : 36.5 °C

I. Antropometri

BB sekarang : 94

BB sebelumnya : 78 tgl.

TB : 155

2. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- 1) Rambut : Bersih
 2) Telinga : tidak ada pembengkakan
 3) Mata : Konjungtiva Merah muda, Sklera putih
 4) Hidung : Simetris tidak ada pengeluaran
 5) Bibir : merah muda dan tidak
 6) Mulut dan gigi : tidak ada caries

b. Leher

- Kelenjar limfe : ☐ ada pembengkakan ☒ tidak ada
 Kelenjar tiroid : ☐ ada pembengkakan ☒ tidak ada
 Vena jugularis : ☐ ada pelebaran ☒ tidak ada

c. Dada

- Nyeri tekan : ☐ ada ☒ tidak
 Retraksi : ☐ ada ☒ tidak

d. Payudara

- Bentuk : ☒ simetris ☐ asimetris
 Puting susu : ☒ menonjol ☐ masuk ☐ datar
 Kelainan : ☒ ada ☐ tidak
 Kebersihan : ☒ bersih ☐ tidak
 Aksila : ☐ pembengkakan ☒ tidak ada pembengkakan

e. Abdomen

- Dinding abdomen : ada striae
 Kandung Kemih : tidak penuh
 TFU : 42. Bt Simpisis

f. Anogenital

- Vulva dan Vagina : lochea sanguinolenta
 Perineum : insersi bagus, jahitan baik kering
 Anus :

g. Ekstremitas

- Tangan :
 Oedema : ☐ ada ☒ tidak
 Keadaan kuku : ☒ bersih ☐ tidak
 Kaki :
 Edema : ☐ ada ☒ tidak
 Varises : ☐ ada ☒ tidak
 Keadaan kuku : ☒ bersih ☐ tidak

3. Pemeriksaan Penunjang :

III. ANALISA

Diagnosa

P3AD Partus Spont NIPAS 3 hari dg lacerasi Grade II

Masalah

IV. PENATALAKSANAAN

1. Menginformasikan pd Ibu dan suami terkait hasil pemeriksaan bahwa kondisi Ibu normal. Ibu dan suami sedang mengetahui hasil pemeriksaan Ibu normal.
2. Melakukan inform consent terkait tindakan selanjutnya. Ibu dan suami bersedia
3. Menganjurkan Ibu untuk melakukan perawatan payudara agar tidak terjadinya bendungan ASI. Ibu mengatakan membersihkan payudara dg menggunakan kapas yg telah diberikan baby oil sebelum oil.
4. Mengajarkan Ibu untuk menjaga kebersihan dan mengganti pembalut secara rutin agar tidak lembab. Ibu mengerti dan sudah mengganti pembalut 2-3 x sehari.
5. Mengajarkan kembali agar Ibu kebutuhan makan dan minumannya dg baik. Ibu mengatakan makan 3-4 kali sehari dan sudah banyak minum lebih dari 10 gelas.
6. Memberikan Ibu suplemen tablet tambah darah (1x200 mg) diminum secara rutin
7. Melakukan kontak waktu kunjungan ulang. Ibu bersedia kunjungan ulang.
8. Melakukan pendokumentasian. Dokumentasi sdh dilakukan

Lampiran 11. Lembar Pengkajian Ulang Masa Nifas

FORMAT PENGKAJIAN ULANG

ASUHAN KEBIDANAN IBU NIFAS

Pada Pr. II P3AD Partus spontan belakang kepala Nifas Hari
ke-19 di TPMB H tgl - 31 Okt 2015

Hari/Tanggal (Jumat 31 Okt 2015), Pukul (.....)

A. Data Subjektif

1) Alasan Datang/Keluhan Utama :

Ibu mengatakan memeriksa diri nya

2) Kondisi Nifas Sekarang :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

3) Kondisi Laktasi :

Baik

4) Bio-Psiko-Sosial-Spiritual

(1) Bernafas : tidak ada keluhan

(2) Pola Pemenuhan Nutrisi

Makan : 3-7 x/sehari, porsi : sedang, Komposisi : bervariasi

Minum : 6-8 cc, Jenis : air putih

Keluhan : tidak ada

(3) Pola Eliminasi

BAK : 5-7 x/sehari, Keadaan : kuning kental

BAB : 1 x/sehari, Keadaan : keoklahin

Keluhan : tidak ada

(4) Kebutuhan Istirahat/Tidur

Tidur malam : 6-7 jam

Tidur Siang : 30 menit

Keluhan : tidak ada

(5) Kebutuhan Mobilisasi :

(6) Personal Hygiene

Mandi :2.....x/sehariGosok Gigi :2.....x/sehariKeramas :3.....x/semingguGanti Pakaian/Pakaian Dalam : Setelah mandi, BAB : BAK**B. Data Objektif**

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum : BaikKesadaran : ComposmentisKeadaan emosi : Stabil

b. Tanda-Tanda Vital

Tekanan Darah : 100/60 mmHgNadi : 80 x/menitRespirasi : 20 x/menitSuhu : 36.5 °C

c. Antropometri

BB : 79 kgBB sebelumnya : 78 kg (tanggal :)

d. Pemeriksaan Fisik

1) Wajah : tidak ada oedema2) Mata : Simetris, Konjungtiva : merah muda, Sklera : putih3) Payudara : Asi keluar tidak ada sumbuhanASI : ada/tidak

4) Abdomen

TFU : bawah tidak terabaKontraksi : -Kandung kemih : Kandung kemih tidak penuh

5) Anogenetal

Vulva dan Vagina : tidak ada oedema, infeksi,

Perineum : lesi sdt kering

Anus : - Haemoroid : ada/tidak

6) Ekstremitas

Tangan : tidak ada Oedem, luka bersih

Kaki : tidak ada Oedem, reflek patella positif

C. Analisa

Diagnosa : P3AD partus SPTB Nipas 14 hari dg lacerasi grade II

Masalah : -

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan kepada Ibu dan suami terkait hasil pemeriksaan bahwa kondisi Ibu normal - Ibu dan suami senang mengetahui hasil pemeriksaan. Ibu normal
2. Melakukan inform consent terkait tindakan selanjutnya
3. Mengajarkan kenibasi kepada Ibu untuk menjaga asupan nutrisi yang baik untuk masa nipas. Ibu mengatakan sudah makan dan minum teratur
4. Mengajarkan Ibu untuk menggunakan KB. Ibu mengatakan akan menggunakan KB suntik 3 bulan.
5. Menjelaskan kepada Ibu manfaat, kelebihan dan kekurangan efek samping serta untuk penggunaan KB suntik 3 bulan dapat dilakukan saat 12 hari setelah melahirkan atau pada kunjungan Nipas. Ibu mengerti dan akan melakukan
6. Melakukan pendokumentasian. Dokumentasi sudah dilakukan

Lampiran 12. Lembar Pengkajian Neonatus

FORMAT PENGKAJIAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

Pada tanggal 20 Okt 2015 neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan
 Berat 3,4 kg usia 2 hari di TPMB H tgl 20 Okt 2015

Hari/Tanggal (Senin, 20 Okt 2015), Pukul (.....)

A. Data Subjektif

1) Alasan Datang/Keluhan Utama :

Ibu mengatakan ingin memeriksa bayi baru lahir

2) Kondisi Neonatus Saat Ini :

Ibu mengatakan baik

3) Faktor Infeksi : Tidak ada

4) Data Biologis

a. Bernafas : tidak ada keluhan

b. Nutrisi : Bayi baru lahir menyusu

c. Eliminasi : BAB 2 kali, BAK 6 x

d. Istirahat : Tidak ada keluhan

e. Gerak : aktif

B. Data Objektif

1) Kondisi Umum

Tanggal/Jam Lahir : 20 Okt 2015 / 12.15 wita

Jenis Kelamin : L

Tangis : kuat

Gerak : aktif

2) Keadaan Umum

Nadi :x/menit

Respirasi : 12 x/menit

3) Pemeriksaan Fisik

- a. Warna kulit : kemerahan
 b. Kepala : Tidak ada kelainan
 c. Dada : Tidak ada retraksi
 d. Abdomen : Tidak kembung
 Tali pusat : tidak ada kemerahan atau infeksi
 e. Genitalia : Tidak ada ruam
 f. Anus : Tidak ada tumor
 g. Ekstremitas
 Tangan : Tidak ada edema
 Kaki : Tidak ada edema

C. Analisa

Diagnosa : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan 40w SPTB usia hari

Masalah : Tidak ada

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan kepada Ibu dan suami terkait hasil pemeriksaan bahwa bayi sudah terlahir dalam kondisi keadaan bayi yang sehat. Ibu dan suami mengetahui hasil
2. Melakukan informed consent terkait tindakan selanjutnya Ibu dan suami bersedia
3. Mengingatkan kembali Ibu untuk menyusui bayi sesering mungkin agar berat bayi bertambah dan menyendawakan bayi setiap selesai disusui agar tidak muntah. Ibu sudah menerapkannya.
4. Mengajarkan Ibu agar selalu menjaga kebersihan bayi dg memasang selimut, topi, sarung tangan dan kaki agar tidak kedinginan. Ibu mengerti
5. Mengingatkan kembali kepada Ibu mengenai tanda-tanda bahaya yg terdapat pada bayi. Ibu mengatakan masih ingat.

Lampiran 13. Lembar Pengkajian Ulang Neonatus

FORMAT PENGKAJIAN ULANG

ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

Pada By Pr. II Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan (akhir
SPtB usia 19 hari di PMB H tgl 31 Okt 2015

Hari/Tanggal (Jumat, 31 Okt. 2015), Pukul (12.00 Wita)

A. Data Subjektif

1) Alasan Datang/Keluhan Utama :

Ibu mengatakan tidak ada keluhan

2) Kondisi Neonatus Saat Ini :

BAK, BAB 2x dan BAB lancar

3) Faktor Infeksi : tidak ada

4) Data Biologis

a. Bernafas : tidak ada keluhan

b. Nutrisi : menyusu kuat

c. Eliminasi : BAK 2x, BAB lancar

d. Istirahat : baik

e. Gerak : aktif

B. Data Objektif

1) Kondisi Umum

Tanggal/Jam Lahir : 17 Okt 2015 / 12.15 Wita

Jenis Kelamin : Laki-laki

Tangis : kuat

Gerak : aktif

2) Keadaan Umum

Nadi : 120 x/menit

Respirasi : 19 x/menit

3) Pemeriksaan Fisik

- a. Warna kulit : Kemerahan
- b. Kepala : Tidak ada kelainan
- c. Dada : Tidak ada retraksi, bunyi wheezing atau rales
- d. Abdomen : Tidak kembung
- Tali pusat : Kering / sudah pupus
- e. Genitalia : Tidak ruam
- f. Anus : Tidak ruam
- g. Ekstremitas
- Tangan : Simetris
- Kaki : Simetris

C. Analisa

Diagnosa : Neonatus cukup bulan sesuai masa kehamilan, Leher SPFB kepala usia 17 hari

Masalah :

D. Penatalaksanaan

1. Menginformasikan kepada Ibu dan suami terkait hasil pemeriksaan bahwa bayi dalam keadaan sehat. Ibu dan mengetahui hasil
2. Melakukan persetujuan secara lisan mengenai tindakan selanjutnya. Ibu dan suami bersedia
3. Menganjurkan Ibu untuk menjaga kehangatan bayi. Ibu mengerti
4. Mengingatkan mengenai nutrisi bayi yaitu hanya susu selama 6 bln tanpa makanan tambahan lain. Ibu paham
5. Menganjurkan Ibu untuk selalu menyendawakan bayi setiap selesai disusui agar tidak muntah atau gumah. Ibu mengerti
6. Melakukan kontrak waktu untuk imunisasi BCG bayi, 1 bln usia 1 bln. Ibu setuju untuk datang
7. Melakukan pendokumentasian. Dokumentasi sudah dilakukan

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

FAKULTAS KEDOKTERAN

PRODI DIII KEBIDANAN



Alamat : Jl. Udayana No. 11, Kec. Buleleng, Singaraja, Bali Kode Pos : 81116

Gambar	Keterangan
	Asuhan Kehamilan tgl 06 Oktober 2025 13 Oktober 2025
	Asuhan Persalinan dan BBL tgl 17 Oktober 2025

 	Asuhan KF I dan KN I (6 jam post Partum) pada 17 Oktober 2025
 	KF II dan KN II (3 hari post partum) pada tgl 20 Oktober 2025
 	KF III dan KN III (14 hari post partum) pada tgl 31 Oktober 2025

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA



FAKULTAS KEDOKTERAN

PRODI DIII KEBIDANAN

Alamat : Jl. Udayana No. 11, Kec. Buleleng, Singaraja, Bali Kode Pos : 81116

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Kadek Ayu Paramita

NIM : 2206091012

Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "II"

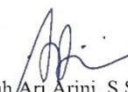
UK 36 Minggu di TPMB H Wilayah Kerja Puskesmas Gerokgak I Kabupaten

Buleleng Tahun 2026

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 3 Januari 2026	Bab 4	Revisi, Abstrak, Bab 1, 3 dan 4	Ap
Senin, 12 Januari 2026	Abstrak, Bab 1, 3 dan 4	Revisi Bab 1 dan Bab 3	Ap
Selasa, 13 Januari 2026	Bab 1 dan 5	Revisi Ringkasan dan Video	Ap
Rabu, 14 Januari 2026	Ringkasan	ACC	Ap

Singaraja,

Pembimbing I


Dr. Luh Ari Arini, S.ST., M.Biomed
NIP. 199108282018032001

KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
FAKULTAS KEDOKTERAN
PRODI DIII KEBIDANAN
Alamat : Jl. Udayana No. 11, Kec. Buleleng, Singaraja, Bali Kode Pos : 81116



LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Kadek Ayu Paramita
NIM : 2206091012
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "II"
UK 36 Minggu di TPMB H Wilayah Kerja Puskesmas Gerokgak I Kabupaten
Buleleng Tahun 2026

Hari/tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat. 9 Januari 2026	Bab 4 dan 5	Revisi kata tulis, Bab 4	
Rabu. 14 Januari 2026	Bab 4	Revisi Bab 1. Abstrak	
Jumat. 16 Januari 2026	Bab 1 dan Abstrak	Revisi ringkasan	
Rabu. 21 Januari 2026	Ringkasan	ACC	

UNDIKSHA
Singaraja,

Pembimbing II

Nis'atul Khoiroh, S.Keb., Bd., M.Keb
NIP. 199412272022032012