



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

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


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

Singaraja, 06 Mei 2019

Yth. Praktek Mandiri Bidan
Ibu Made Indra Parwati, 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 : Luh Adi Gili Parwati, NIM : 1606091063, agar diperkenankan mengadakan penelitian/ pengumpulan data yang berhubungan dengan judul studi kasusnya pada praktek yang berada di bawah pengawasan Ibu.

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

Dekan

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

Tembusan disampaikan kepada Yth. :

1. Kepala Puskesmas Sawan I
2. Arsip



BIDAN PRAKTIK SWASTA
Made Indra Parwati, A.Md.,Keb
Desa Kerobokan,Kecamatan Sawan,Kabupaten Buleleng

SURAT KETERANGAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Made Indra Parwati, A.Md.,Keb.
NIP : 19780423 200801 2 016
Alamat :Desa Kerobokan, Kecamatan Sawan, Kabupaten Buleleng

Dengan ini menerangkan :

Nama : Luh Adi Gili Parwati
Nim : 1606091063

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di BPM Made Indra Parwati,A.Md.,Keb dengan judul “Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di BPM “IP” Wilayah Kerja Puskesmas Sawan 1 Tahun 2019

Singaraja , 6 Mei 2019

Mengetahui,

Bidan Praktik Swasta

Made Indra Parwati,A.Md.,Keb

NIP.19780423 200801 2 016

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden

Di BPM "IP" Wilayah Kerja

Puskesmas Sawan I

Dengan hormat,

Saya, Luh Adi Gili Parwati, Mahasiswa Jurusan Kebidanan Universitas Pendidikan Ganesha melakukan studi kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di BPM "IP" Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I , sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma 3 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,



(Luh Adi Gili Parwati)

NIM. 1606091063

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Perempuan "MY"

Umur : 25 Tahun

Alamat : Jl. Ratulangi, Penarukan, Buleleng

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Diploma 3 Kebidanan Fakultas Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di PMB "IP" Wilayah Kerja Puskesmas Sawan 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, Mei 2019

Responden

(Perempuan "MY")



LEMBAR PENGESAHAN PENGUJI




PROPOSAL TUGAS AKHIR

ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF PADA PEREMPUAN
DI BPM "IP" WILAYAH KERJA PUSKESMAS SAWAN I
TAHUN 2019


Nama : Luh Adi Gili Parwati
Nim : 1606091063

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

Tim Penguji

No	Nama Penguji	NIP	Tanda Tangan
1	Luh Nik Armini, S.ST., M.Keb	19830716 200604 2 009	
2	Made Juliani, S.Kep.,Ns.,M.Pd	19770701 199903 2 002	
3	Ni Wayan Dewi Tarini, S.Kep.,Ns M.Kes	19751208 199803 2 008	

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

LEMBAR KONSUL PROPOSAL LTA

Nama Mahasiswa : Luh Adi Gili Parwati
NIM : 1606091063
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan Di BPM “IP” Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Kamis, 28 Maret 2019	Sampul depan Bab 1 - 3	Perbaiki tata tulis	
Rabu, 10 April 2019	Sampul depan Bab 1 -3	Perbaiki tata tulis dan penomoran	
Selasa, 16 April 2019	Sampul depan Daftar isi Daftar tabel Daftar lampiran Daftar singkatan Bab 1 Bab 2 Bab 3 Daftar pustaka Lampiran	ACC	

Singaraja, April 2019
Pembimbing II

Made Juliani, S.Kep.,Ns.,M.Pd

NIP.19770701199903 2 002



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI

UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

Alamat : Jalan Udayana No. 11 Singaraja – Bali
Telepon(0362) 22570 Fax. (0362) 25735 Kode Pos 81116

Laman : www.undiksha.ac.id

LEMBAR KONSUL PROPOSAL LTA

Nama Mahasiswa : Luh Adi Gili Parwati
NIM : 1606091063
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan Di BPM “IP” Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Rabu, 23 Januari 2019	BAB 1, BAB 2 dan BAB 3	Perbaiki BAB 1, BAB 2, dan BAB 3	<i>R</i>
Jumat, 31 Januari 2019	Perbaikan BAB 1, BAB 2, dan BAB 3	Perbaiki BAB 1, BAB 2, dan BAB 3	<i>R</i>
Kamis, 21 Februari 2019	Perbaikan BAB 1, BAB 2, dan BAB 3	Perbaiki BAB 1, BAB 2, dan BAB 3	<i>R</i>
Kamis, 28 Maret 2019	Lengkap	Perbaiki prakata, daftar isi, BAB 1, BAB 2, dan BAB 3	<i>R</i>
Jumat, 29 Maret 2019	Perbaikan lengkap	ACC	<i>R</i>

Singaraja, Maret 2019
Pembimbing I

R

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

**FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

I. DATA SUBYEKTIF (HARITGL..... JAM.....)

1. Identitas

	Ibu		Suami
Nama :		Nama :	
Umur :		Umur :	
Suku Bangsa :		Suku Bangsa :	
Agama :		Agama :	
Pendidikan :		Pendidikan :	
Pekerjaan :		Pekerjaan :	
Alamat Rumah:		Alamat Rumah :	
No. Telp Rumah:		No. Telp Rumah:	
HP :		HP :	
Alamat Tempat:		Alamat Tempat :	
Kerja		Kerja	
No. Telp :		No. Telp :	
Tempat Kerja		Tempat Kerja	

2. Alasan Datang ke Pelayanan Kesehatan

1. Alasan Memeriksa Diri:
-
2. Keluhan Utama:
-

3. Riwayat Menstruasi

1. Menarche :
2. Siklus :
3. Lama Haid :
4. Dismenorea :
5. Jumlah Darah yang Keluar:
6. HPHT :
7. TP :

4. Riwayat Perkawinan

1. Pernikahan ke- :

2. Status Pernikahan
:
3. Lama Pernikahan
:
4. Jumlah Anak
:

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

Hamil Ke-	Tgl Lahir/ Umur Anak	UK (bln)	Jenis Persalinan	Tempat/ Penolong	Kondisi Saat Bersalin	Keadaan Bayi Saat Lahir					Kondisi Nifas
						PB	BB	JK	Kondisi Saat Lahir	Kondisi Sekarang	

Riwayat Laktasi

1. Pengalaman menyusui dini
:
2. Pemberian ASI eksklusif
:
3. Lama menyusui
:
4. Kendala
:

6. Riwayat Kehamilan Sekarang

1. Iktisar pemeriksaan kehamilan sebelumnya :
.....
.....
2. Gerakan janin dirasakan pertama kali sejak :
.....
3. Bila gerakan janin sudah dirasakan, gerakan janin dalam 24 jam
.....
4. Tanda bahaya yang pernah dirasakan (lingkari tanda yang pernah dirasakan)
 - a. Trimester I:

1) Mual muntah berlebihan	5) Sulit kencing/ sakit saat kencing
2) Suhu badan meningkat	6) Keputihan berlebihan, bau, gatal
3) Kotoran berdarah	7) Perdarahan
4) Nyeri perut	
 - b. Trimester II dan III:

- | | |
|---|---------------------------|
| 1) Demam | 8) Perdarahan |
| 2) Kotoran berdarah | 9) Nyeri perut |
| 3) Bengkak pada muka dan tangan | 10) Nyeri ulu hati |
| 4) Varises hebat | 11) Sakit kepala yang |
| 5) Gusi berdarah yang berlebihan | 12) Pusing |
| 6) Keputihan yang berlebihan, berbau, gatal | 13) Cepat lelah |
| 7) Keluar air ketuban | 14) Mata berkunang-kunang |
5. Keluhan-keluhan umum yang dirasakan (lingkari keluhan yang dirasakan)
- a. Trimester I:
- | | |
|-----------------------|------------------------|
| 1) Sering kencing | 5) Ludah berlebihan |
| 2) Mengidam | 6) Mual muntah |
| 3) Keringat bertambah | 7) Keputihan meningkat |
| 4) Pusing | |
- b. Trimester II dan III:
- | | |
|-------------------|---|
| 1) Cloasma | 5) Kram pada kaki |
| 2) Edema dependen | 6) Sakit punggung bagian bawah dan atas |
| 3) Striae linea | 7) Sering kencing |
| 4) Gusi berdarah | |
- c. Obat dan suplemen yang pernah diminum selama kehamilan ini:
6. Perilaku yang membahayakan kehamilan
- a. Merokok pasif/aktif
- b. Minum-minuman keras
- c. Narkoba
- d. Minum jamu
- e. Diurut dukun
- 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 melitus :
 - 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
 - 1) Penyakit jantung :
 - 2) Diabetes Militus :
 - 3) Asthma :
 - 4) Hipertensi :
 - 5) Epilepsi :
 - 6) Gangguan jiwa :
 - b. Sering kontak dengan penderita keluarga ibu dan suami
 - 1) HIV/ AIDS :
 - 2) TBC :
 - 3) 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 :
- 4) Istirahat dan tidur
 - a. Tidur malam :
 - b. Tidur siang :
 - c. Gangguan tidur :
- 5) Pekerjaan
 - a. Lama kerja sehari :
 - b. Jenis aktivitas :
 - c. Kegiatan lain :
- 6) Personal Hygiene
 - a. Keramas :
 - b. Gosok gigi :
 - c. Mandi :
 - d. Ganti pakaian/ :
 - e. pakaian dalam :
- 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

- 10) Respon keluarga terhadap kehamilan

- 11) Dukungan suami dan keluarga

- 12) Rencana persalinan (tempat dan penolong)

.....
.....
13) Persiapan persalinan lainnya
.....
.....

14) Perilaku spiritual selama kehamilan
.....
.....

10. Pengetahuan (sesuaikan dengan umur kehamilan)

II. DATA OBYEKTIF (HARI TGL JAM)

1. Keadaan Umum

- 1) Keadaan umum : baik/ lemah/ jelek
2) Keadaan emosi :stabil/labil
3) Postur : normal/ lordose/ hiperlordose

2. Tanda-tanda Vital

- 1) Tekanan darah : mmHg
2) Nadi : kali/menit
3) Suhu : °C
4) Respirasi : kali/menit

3. Antropometri

- 1) Berat badan : Kg
2) Berat badan sebelum hami : Kg
3) Berat badan pada pemeriksaan sebelumnya: Kg (tanggal)
4) Tinggi badan : Cm
5) LILA : Cm

4. Keadaan Fisik

- 1) Kepala
a. Wajah
Edema : ada/ tidak
Pucat : ada/ tidak
Cloasma : ada/ tidak
Respon :
- b. Mata
Konjungtiva : merah/ merah muda/ pucat
Sklera : putih/ merah/ ikterus
- c. Mulut dan gigi
Bibir : pucat/ kemerahan, lembab/kering
Caries pada Gigi : ada/ tidak
- 2) Leher
a. Kelenjat limfe : ada/ tidak ada pembesaran
b. Kelenjar Tiroid : ada/ tidak ada pembesaran
c. Vena jugularis : ada/ tidak ada pelebaran

- 3) Dada
- a. Dyspneu/Orthopneu/Thacypneu
 - b. Wheezing : ada/ tidak
 - c. Nyeri dada : ada/ tidak
 - d. Payudara dan aksila
 - a) Bentuk : simetris/ asimetris
 - b) Puting susu : menonjol/ datar/ masuk ke dalam
 - c) Kolostrum : ada/ tidak ada, cairan lain:
 - d) Kelainan : masa atau benjolan ada/tidak, retraksi ada/ tidak
 - e) Kebersihan : bersih/ kotor
 - f) Aksila : ada/ tidak ada pembesaran limfe
- 4) Abdomen
- a. Bukas luka operasi : ada/ tidak ada
 - b. Arah pembesaran :
 - c. Linea nigra/linea alba: ada/ tidak
Striae livide/striae albicans: ada/ tidak
Respon :
 - d. Tinggi fundus uteri : jari (sebelum UK 22 minggu)
.....cm (mulai UK 22-24 minggu)
 - e. Perkiraan berat janin : gram
 - f. Palpasi Leopold (mulai UK 32 minggu, atau 28 minggu apabila ada indikasi)
 - Leopold I :
 - Leopold II :
 - Leopold III :
 - Leopold IV :
 - g. Nyeri tekan : ada/ tidak
 - h. DJJ
 - Punctum Maksimum:
 - Frekuensi :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/ sianosi/ kemerahan

- b. Kaki
 - Edema : ada/ tidak ada
 - Varises : ada/ tidak ada
 - Keadaan kuku : pucat/ sianosi/ kemerahan
 - Reflek patella : kanan: positif/ negatif
kiri : positif/ negatif

5. Pemeriksaan Penunjang

- 1) PPT :
- 2) Hb :
- 3) Protein Urine :

Urine Reduksi :



Kartu Skor Poedji Rochjati

I KEL F.R	II NO	III Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda hamil I \leq 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I \geq 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin \geq 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi \geq 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi \leq 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur \geq 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
		9	Pernah melahirkan dengan a. tarikan tang/vakum b. uri dorogoh 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				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/ tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramion	4				
	15	Bayi mati dalam kandunga	4				
16	Kehamilan lebih bulan	4					
17	Letak sungsang*	8					
18	Letak lintang*	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini*	8				
	20	Preeklamsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

Ket:

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

FORMAT PENGKAJIAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

I. DATA SUBYEKTIF (hari/ tanggalpukul.....)

1. Identitas Ibu Suami

Nama :

Umur :

Agama :

Suku bangsa :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat rumah :

Telepon / Hp :

Alamat yang mudah di hubungi :

Golongan darah :

2. Alasan berkunjung dan keluhan utama

3. Riwayat persalinan ini

Keluhan ibu :

Sakit perut, sejak

Keluar air, sejak..... keadaan : bau.....warna.....jumlah.....

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 (bln)	Jenis Persalinan	Tempat/ Penolong	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.....

Suplemen.....,

Gerakan janin dirasakan sejak.....bulan yang lalu
- c. Tanda bahaya kehamilan yang pernah dialami :
 Tidak ada ada,
tindakan.....terapi.....
- d. Perilaku/kebiasaan yang membahayakan kehamilan :

 Merokok pasif/aktif Minum jamu Minum-minuman keras

 Kontak dengan binatang Narkoba Diurut dukun

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 congenital, 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....., rencana yang akan digunakan.....
d. Rencana jumlah anak :anak

8. Data biologis, psikologis, sosial, spiritual

- a. Biologis
- 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
- d) Eleminasi
- BAB terakhir : pukul.....konsistensi.....
BAK terakhir : pukul..... .jumlah.....
Keluhan saat BAB/BAK.....

- b. Psikologis
- Siap melahirkan : ya, tidak, alasan.....
.....

Perasaan ibu saat ini : bahagia dan kooperatif, kecewa, malu, takut, sedih, cemas, menolak, putus asa

- c. Sosial

Perkawinan.....kali, status : sah, tidak sah

Lama perkawinan dengan suami sekarang :.....tahun

Hubungan dengan suami dan keluarga : harmonis, kurang harmonis

pengambilan keputusan : suami & istri, suami, istri, keluarga besar,

lain-lain.....

Persiapan persalinan yang sudah siap : perlengkapan ibu,

perlengkapan bayi, biaya, calon donor, nama.....,

pendamping, transportasi.....

d. 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 (hari/tanggal.....pukul.....)

1. Keadaan umum :.....
GCS : E.....M.....V
Kesadaran : kompos mentis, somnolen, sopor, spoor somantis, koma
Keadaan emosi : stabil, tidak stabil
Keadaan psikologi : takut, murung, bingung
Antropometri : BB.....kg, BB sebelumnya tgl.....).....kg, TB.....cm
Tanda vital : suhu.....⁰C, nadi.....x/mnt, respirasi.....x/mnt,
TD.....mmHg, TD sebelumnya ((tgl.....)mmHg
2. Pemeriksaan fisik
a. Wajah : tidak ada kelainan , oedema, pucat
b. Mata
Conjuktiva : merah muda , pucat, merah
Sclera : putih, kuning, merah
c. Mulut
Mukosa : lembab, kering
Bibir : segar, pucat, biru

- Gigi : bersih, tidak bersih, ada karies, tidak ada karies
- d. Leher : Tidak ada kelainan
 pembengkakan kelenjar limfe , pembendungan 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, putting: datar , masuk, dimpling retraksi
- Kebersihan : bersih, sedang, kotor
- f. Abdomen
- Pembesaran perut : sesuai UK , tidak sesuai UK,.....
 - Arah : melebar, memanjang
 - Bekas luka operasi : ada , tidak ada,.....
 - Palpasi Leopold:
Leopold I:
TFU :.....Teraba,.....
 - Leopold II:
di sebelah.....teraba datar, memanjang, dan ada tahanan
di sebelah.....teraba bagian kecil janin
 - Leopold III.....
 bisa digoyangkan , tidak bisa digoyangkan
 - Leopold IV
posisi tangan : konvergen, sejajar, divergen
perlimaannya :
 - TFU (Mc. Donald) :..... cm
 - Tafsiran berat badan janin :.....gram
 - HIS : tidak ada, ada,.....
Frekuensi :.....x/ 10 menit, durasi.....detik
 - Auskultasi : DJJ... ..x/menit teratur , tidak teratur
- g. Genitalia dan Anus
VT: tanggal.....jam.....oleh.....
- Vulva : oedema, sikatrik, varices
- Pengeluaran : tidak ada, ada, berupa.....,

Vagina : skibala, tanda infeksi; merah, bengkak,
 nyeri (jika ada: pada.....)
Portio: konsistensi: lunak, kaku, dilatasi:.....cm,
penipisan (effacement):.....%, selaput ketuban: utuh, tidak utuh
Presentasi:....., denominator:.....posisi.....

Moulage : 0, 1, 2, 3

Penurunan : Hodge I, II, III, IV

Bagian kecil : ada, tidak ada

Tali Pusat : ada, tidak (jika ada: berdenyut, tidak)

Pemeriksaan panggul (Berdasarkan indikasi)

Promontorium : teraba, tidak,

Conjugata Diagonalis.....cm (Conjugata vera.....cm)

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

Dinding panggul : sejajar, divergen, konvergen

Sakrum : konkaf, konfeks

Spina ischiadika : tumpul, menonjol, sangat menonjol

Os coccygeus dapat didorong: ya, tidak

Arkus pubis : >90, <90, 90

Kesan panggul :.....

Pelvic score (bila diperlukan).....

Anus : haemorrhoid: ada, tidak

h. Tangan

oedema, kuku jari: pucat, biru, merah muda

i. Kaki

simetris, asimetris, oedema, varices, kuku jari: pucat, biru,

merah muda

Refleks patella kanan/kiri.....

3. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan penunjang yang pernah dilakukan : tidak ada, ada, tanggal : hasil.....

a. Hb:.....gram%, proteinuria:....., reduksi urine:.....

b. Golongan darah:.....Rh.....

c. Tes nitrasin/lakmus (bila ada pengeluaran cairan):.....

d. USG dan NST (kalau ada):.....

e. Lain-lain.....

III. ANALISA

1. G....P....A..... UK.....minggu, presentasi..... janin tunggal/ ganda hidup/mati intra/ekstrauteri partus kala dengan

2. Masalah.....
.....

IV. PENATALAKSANAAN



LEMBAR OBSERVASI

Nama : My

Umur : 25th

No.RM : -

Alamat : Jl. Ratulangi - Penaruran

Tgl/Jam	Tanda- tanda vital				DJJ	Kontraksi	VT	Paraf
	TD	S	N	R				
13/05/2019 10.40	120/90	36,5	80	20	180 x/ menit	3 x/10 menit 30 detik	Portio teraba lunak 8-8cm eff 25% ketuban (+), prerkep penurunan Ht. tidak teraba bagian kecil janin dan tali pusat	Hut Adi
11.10			80		130 x/ menit	3 x/10 menit		
11.40			80		138 x/ menit	3 x/10 menit		
12.10			80		130 x/ menit	3 x/10 menit		
12.40		36,5	80		130 x/ menit	3 x/10 menit 30 detik		
13.10			80		130 x/ menit	3 x/10 menit 30 detik		
13.40			80		140 x/ menit	4 x/10 menit		
14.10			80		130 x/ menit	4 x/10 menit 40 detik		
14.40	100/70	36,2	80		138 x/ menit	4 x/10 menit 40 detik	portio lunak 9 cm eff 20%. ketuban (+) prerkep denominator ukur. posisi kiri dan moulage 0, penurunan Ht. tidak teraba bagian kecil janin dan tali	Hut

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 15 Mei 2019
- Nama bidan: N.P.T
- Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Poliklinik
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: PNB
- Alamat tempat persalinan:
- Ca atan: Rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawal darurat
 - Perdarahan
 - HOK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

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

KALA II

- Episiotomi:
 - Ya, indikasi
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - Suami
 - teman
 - tidak ada
 - keluarga
 - dukun
- Gawat janin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil: 130/mnt
- Ostosis bahu:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

KALA III

- Instansi Menyusu Dahi:
 - Ya
 - Tidak, alasannya: belu belum siap
- Lama kala III:
- Pemberian Oksitosin 10 U in?
 - Ya, waktu: menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan:
- Penjepitan tali pusat: menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan:
 - Tidak
- Pengangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan:

- Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan:
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
- Plasenta tidak lahir >30 menit:
 - Tidak
 - Ya, tindakan:
- Laserasi:
 - Ya, dimana:
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4
 - Tindakan:
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:
- Atoni uteri:
 - Ya, tindakan:
 - Tidak
- Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ml
- Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:
- Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:
 - Hasilnya:

KALA IV

- Kondisi ibu: KU TD AmHg. Nadi: /mnt. Nafas: /mnt
- Masalah kala IV dan penatalaksanaannya:
 - Hasilnya:

BAYI BARU LAHIR:

- Berat badan: 3500 gram
- Penjang badan: 50 cm
- Jenis kelamin: P L
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - Menghangatkan
 - Mengeringkan
 - Rangsang taktil
 - Asfiksia
 - Menghangatkan
 - membebaskan jalan nafas
 - posisi dan lelap kendur
 - mengeringkan
 - rangsangan taktil
 - ventilasi tekanan positif
 - asuhan pascapersusitasi
 - lain-lain, sebutkan:
 - IMD atau naluri menyusu segera
 - tes mata profilaksis, vitamin K
 - imunisasi Hepatitis B
- Cacat bawaan, sebutkan:
- Hipotermi, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
- Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih /Σ urin	Σ darah keluar
1	18.25	110/80	84	36,5	2jrb pusot	Kuat	Kidok penuh	Kidok obaf
	18.40	115/80	80		2jrb pusot	Kuat	Kidok penuh	Kidok obaf
	18.55	110/80	80		2jrb pusot	Kuat	Kidok penuh	Kidok obaf
	19.10	110/80	80		2jrb pusot	Kuat	Kidok penuh	Kidok obaf
2	19.40	110/80	80	36	2jrb pusot	Kuat	Kidok penuh	Kidok obaf
	20.10	120/80	84		2jrb pusot	Kuat	Kidok penuh	Kidok obaf

PARTOGRAF

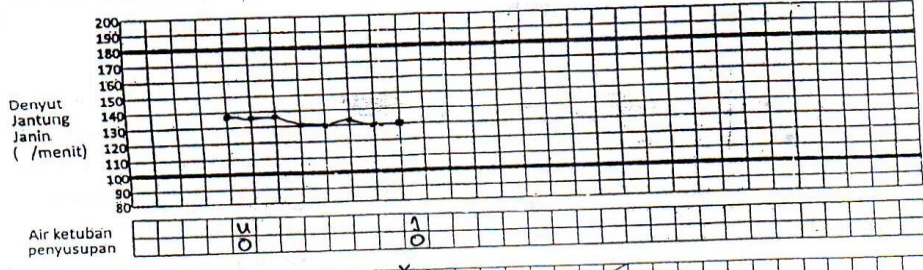
No. Register

--	--	--	--	--	--

 Nama Ibu: MYA Umur: 25 G: 2 P: 1 A: 0
 No. Puskesmas

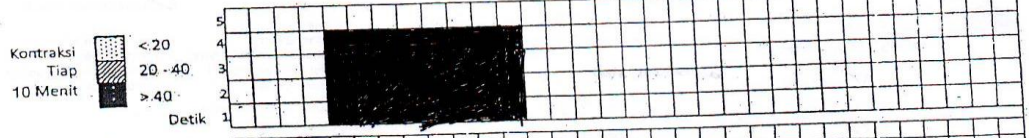
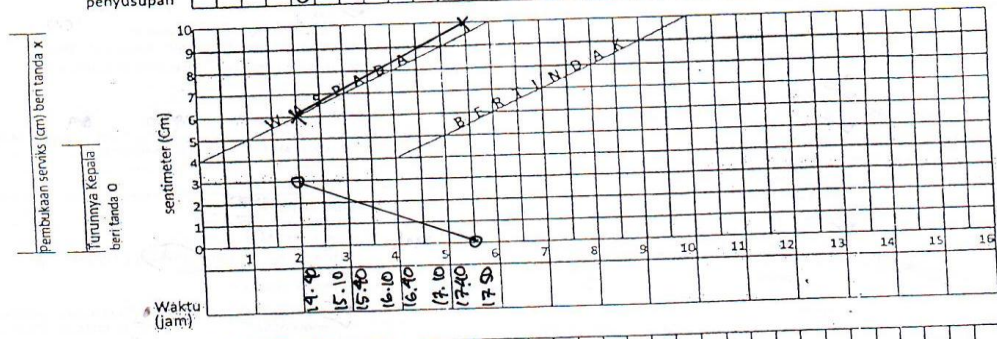
--	--	--	--	--	--

 Tanggal: 13 Mei 2009 Jam: 10.40 WITA
 Ketuban Pecah sejak jam _____ Mules sejak jam 10.00 WITA



Air ketuban penyusupan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Oksitosin U/L tetes/menit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Obat dan Cairan IV

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--



Suhu °C

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Urin

Protein																					
Aseton																					
Volumen																					

Minum

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

FORMAT PENGKAJIAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

I. DATA SUBYEKTIF (hari....., tanggal....., pukul.....)

1. Identitas

a. Bayi

Nama :

Umur/tgl/jam lahir :

Jenis kelamin :

Anak ke- :

Status anak :

b. Orang Tua

Nama Ibu Ayah :

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Suku bangsa :

Status perkawinan :

Alamat rumah :

No. Telepon :

Alamat tempat kerja :

2. Alasan Dirawat dan Keluhan Utama

.....
.....

3. Riwayat Prenatal

GPA:.....

Masa gestasi:.....

Penerimaan kehamilan:

- a. Direncanakan dan diterima
- b. Tidak direncanakan tapi diterima
- c. Tidak direncanakan dan tidak diterima

Riwayat ANC:.....

.....

Penyulit selama prenatal:.....

.....

Riwayat imunisasi prenatal: Imunisasi TT

TT₁ tgl..... TT₂ tgl.....

TT..... tgl.....

Perilaku atau kebiasaan yang buruk selama prenatal:.....

.....

Riwayat penyakit ibu:

DM, hepatitis B B24 asthma Hipertensi PMS jantung TBC alergi
lain-lain.....

4. Riwayat Intranatal

Tempat kelahiran....., penolong

tanggal....., Kala I:

lama.....jam, penyulit.....

tindakan..... Kala II:

lama.....jam/menit, penyulit.....,

tindakan.....

5. Faktor Resiko Infeksi

a. Mayor

suhu ibu >38° C KPD >24 jam ketuban hijau korioamniotis fetal distress

b. Minor

KPD >12 jam asfiksia BBLR ISK UK<37 minggu gemeli
keputihan suhu ibu >37°C

II. DATA OBJEKTIF (hari....., tanggal....., pukul.....)

Bayi lahir jam:....., jenis kelamin.....

Keadaan saat lahir: tangis....., gerak....., warna kulit.....

Data lain.....

III. ANALISA

Neonatus.....Bulan Lahir..... Segera Setelah Lahir dengan Vigerous Baby/.....

Masalah:.....

IV. PENATALAKSANAAN(hari....., tanggal....., pukul.....)



FORMAT PENGAJIAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

V. DATA SUBYEKTIF (hari....., tanggal....., pukul.....)

6. Identitas

c. Bayi

Nama :

Umur/tgl/jam lahir :

Jenis kelamin :

Anak ke- :

Status anak :

d. Orang Tua

Nama : Ibu Ayah

Umur :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Suku bangsa :

Status perkawinan :

Alamat rumah :

No. Telepon :

Alamat tempat kerja :

7. Alasan Dirawat dan Keluhan Utama

.....
.....

8. Riwayat Prenatal

GPA:.....

Masa gestasi:.....

Penerimaan kehamilan:

- d. Direncanakan dan diterima
- e. Tidak direncanakan tapi diterima
- f. Tidak direncanakan dan tidak diterima

Riwayat ANC:.....

.....

Penyulit selama prenatal:.....

.....

Riwayat imunisasi prenatal: Imunisasi TT

TT₁ tgl..... TT₂ tgl.....

TT..... tgl.....

Perilaku atau kebiasaan yang buruk selama prenatal:.....

.....

Riwayat penyakit ibu:

DM, hepatitis B B24 asthma Hipertensi PMS jantung TBC alergi lain-lain.....

9. Riwayat Intranatal

Tempat kelahiran....., penolong

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/menit,

keadaan plasenta: lengkap tidak lengkap kalsifikasi

diameter.....cm, tebal.....cm

keadaan tali pusat: segar layu simpul, insersi....., panjang.....cm

10. Riwayat postnatal

APGAR Skor :.....

Inisiasimenyusudini :dilakukan tidak dilakukan, alasan.....

Skor Bounding :.....

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

Pemberian obat: vitamin K salf mata

11. Riwayat masa neonatus

.....

12. Riwayat imunisasi

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

Komplikasi..... tidak imunisasi, alasan.....

13. Keadaan bio-psiko-sosial-spiritual

a. Biologis

a) Pernafasan : adagangguantidak ada gangguan

b) Nutrisi

Jenis :.....

Frekuensi :.....

Porsi :.....

Keluhan/kendala :.....

c) Eleminasi

BAK; frekuensi :....., warna :....., bau :.....

BAB; frekuensi :....., warna :....., konsistensi :.....

d) Istirahat :.....

e) Aktivitas :.....

b. Psikologis

Penerimaan orang

tuandankeluargaterhadapanak:.....

.....

Dukung keluarga :.....
.....

c. Sosial

Pengambilan keputusan dalam keluarga :.....

Kebiasaan dalam keluarga yang
mempengaruhi kesehatan anak:.....
.....

Pola asuhan anak :.....

d. Spiritual

Kepercayaan yang
mempengaruhi kesehatan anak:.....
.....

14. Pengetahuan Orang Tua

- Tanda-tanda bahaya pada bayi :.....
- Pemberian ASI :.....
- Perawatan bayi sehari-hari :.....
- Imunisasi :.....
- Pemberian MP-ASI :.....
- lain-lain.....

VI. DATA OBJEKTIF (hari....., tanggal....., pukul.....)

1. Keadaan umum :

Tangis :....., Gerak :....., Warna kulit :....., Turgor :.....
HR....., RR....., Suhu.....

Tanda lahir : tidak ada ada.....

2. Antropometri

BB.....gram PB.....cm LK.....cm LD.....cm

3. Pemeriksaan Fisik

a. Kepala :

simetris asimetris cephal hematoma caput succedaneum

macrocephali microcephali rambut.....

UUB : menutup belum menutup datar cembung cekung

UUK : menutup belum menutup Sutura.....

lain-lain.....

b. Wajah :

simetris asimetris pucat oedema

c. Mata :

simetris asimetris

gerakan bola mata: simetris asimetris

warna konjungtiva: merah muda pucat merah ikterus

warna sclera: putih merah ikterus pengeluaran..... lain-lain.....

d. Hidung :

NCH

Pengeluaran.....

lain-lain.....

e. Mulut& bibir :

mukosa : kering lembab

warnabibir : merahmuda pucat

palatum : utuh palato schizis labiopalato schizis labiogenatopalato schizis

lidah..... lain-lain.....

f. Telinga :

simetris asimetrispengeluaran..... kelainan.....

g. Leher :

Pembengkakankelenjarlimfe Pembengkakankelenjartiroid

Bendungan vena jugularispergerakan.....lain-lain.....

h. Dada :

simetris asimetris retraksi

dypsneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

Keadaanpayudara : simetris asimetrising.....benjolan.....

pengeluaran.....

i. Abdomen :

distensibisingusus.....kondisitalipusat.....

lain-lain.....

j. Punggung :

Bentuk..... spina bifida gibus

k. Genitalia :

Perempuan : labia....., lubanguretra.....

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

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

hermiprodit lain-lain.....

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

l. Ekstremitas :

Tangan : simetris asimetrisingjumlahjari.....

Kaki : simetris asimetrisingjumlahjari.....

kelainan.....

4. Refleks-refleks
GlabelarefleksRooting refleksSucking refleksSwallowing reflexTonick neck reflexMorro reflex

Graps reflexBabinsky reflex

5. Skor Bounding

.....
.....

6. Pemeriksaan Penunjang

.....
.....

VII. ANALISA

Neonatus.....Bulan Masa Kehamilan Lahir.....

Umur.....Jam/Hari/Minggu dengan Vigerous Baby/.....

Masalah:.....

VIII. PENATALAKSANAAN(hari....., tanggal....., pukul.....)



FORMAT PENGKAJIAN

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

I. DATA SUBYEKTIF (Tgl.....jam.....)

1. Identitas : Ibu Suami

Nama :

Umur :

Agama :

Suku bangsa :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat rumah :

No.Telepon/HP :

2. Alasan Datang dan 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
 - a) Bernafas
 - b) Nutrisi
 - c) Eliminasi
 - d) Istirahat Tidur
 - e) Aktivitas
 - f) Personal Hygiene
 - g) Perilaku Seksual
 - b. Psikologis
 - a) Perasaan ibu saat ini
 - b) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini
 - c. Sosial
 - a) Hubungan suami dan keluarga dan pengambil keputusan
 - b) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas dan bayi
 - d. Spiritual
- 12. Pengetahuan
- 13. Perencanaan KB:
 - a. Sudah
 - b. Belum
 - c. Rencana

II. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
 - Keadaan umum :
 - Kesadaran :
 - Keadaan emosi :
2. Tanda-tanda Vital
 - TD :
 - Nadi :
 - Pernapasan :
 - Suhu :
3. Antropometri
 - BB sekarang :
 - BB sebelumnya :
 - TB :
4. Pemeriksaan Fisik
 - a. Kepala :
 - a) Rambut :
 - b) Telinga :

- c) Mata :
- d) Hidung :
- e) Bibir :
- f) Mulut dan gigi:
- b. Leher :
- c. Dada :
- d. Payudara
 - a) Bra :
 - b) Payudara :
- e. Abdomen
 - a) Dinding abdomen :
 - b) Kandung Kemih :
 - c) Uterus :
 - d) Diastasis recti :
 - e) CVAT :
- f. Anogenital
 - a) Vulva dan Vagina :
 - b) Perineum :
 - c) Anus :
- g. Ekstremitas
 - a) Atas :
 - b) Bawah :
- 5. Pemeriksaan Penunjang :

III. ANALISA

P....A... Partus Spontan Belakang Kepala Nifas Jam/Hari/Minggu

Masalah:

IV. PENATALAKSANAAN



**FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN AKSEPTOR BARU/LAMA KB**

I. DATA SUBYEKTIF (Hari....., tanggal....., pukul)

- | | | |
|---|--|-------------------|
| 1. Identitas | Ibu | Suami |
| | Nama : | |
| | Umur : | |
| | Suku/Bangsa : | |
| | Agama : | |
| | Pendidikan : | |
| | Pekerjaan : | |
| | Alamat Rumah : | |
| | No Telepon : | |
| 2. Alasan Datang. | | |
| 3. Keluhan Utama | | |
| 4. Riwayat Menstruasi | | |
| | Umur menarche : | Lama haid : |
| | Siklus haid : | Volume : |
| | Keluhan saat haid : | |
| | <input type="checkbox"/> Dismenorea <input type="checkbox"/> Spoting <input type="checkbox"/> Menoragia <input type="checkbox"/> Metrorrhagia
<input type="checkbox"/> Premenstruasi Syndrome <input type="checkbox"/> Lain – lain: | |
| 5. Riwayat Perkawinan | | |
| | Pernikahan ke : | |
| | Lama : | ..... |
| | Status : | ..... |
| 6. Riwayat Gynekologi | | |
| 7. <input type="checkbox"/> Infertil <input type="checkbox"/> Cervicitis Kronis <input type="checkbox"/> Endometriosis <input type="checkbox"/> Myoma <input type="checkbox"/> Polip Cervik <input type="checkbox"/> Kanker | | |
| | Kandungannya: <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> serviks <input type="checkbox"/> corpus uteri <input type="checkbox"/> tuba fallopi <input type="checkbox"/> ovarium | |
| | Tumorkandungannya: <input type="checkbox"/> vulva <input type="checkbox"/> vagina <input type="checkbox"/> cerviks <input type="checkbox"/> corpus uteri <input type="checkbox"/> ovarium | |
| | Jenis: <input type="checkbox"/> jinak <input type="checkbox"/> ganas <input type="checkbox"/> Perkosaan | |
| | Operasi Kandungannya: <input type="checkbox"/> uterus <input type="checkbox"/> tuba fallopi <input type="checkbox"/> ovarium <input type="checkbox"/> serviks | |
| | <input type="checkbox"/> vagina | |
| | Kapan : | |
| 8. Riwayat penyakit yang pernah diderita oleh 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 | |
| 9. 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 | |
| 10. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu | | |

No	Tgl lahir/ umur anak	UK	Jenis pe rsalinan	Penolong / tempat	Kondisi sakit Bersalin	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ JK/ BBL/ Keadaan Sekarang	Laktasi

11. Riwayat KB

Jenis KB yang sedang/pernah digunakan: PIL IUD Implant Suntik

Lama :

Keluhan/efek samping :

Kapan berhenti :

Alasan berhenti :

Mulai penggunaan KB :

12. Keadaan Bio-Psiko-Sosial- Spiritual

a. Biologis

a) Bernapas

Tidak Ada

Ada : dyspneu orthopneu thacypneu wheezing ronchi

b) Nutrisi

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

Minum:.....gelas/hari, jenis:.....

Keluhan :

Pantangan/alergi:

c) Eliminasi

BAK:.....x/hari, warna....., bau.....

BAB:.....x/hari, konsistensi....., warna.....

Keluhan:

d) Istirahat dan tidur

Tidur malam :jam

Tidur siang :jam

Keluhan :

e) Aktivitas

Lama aktivitas :jam

Jenis aktivitas :

f) Perilaku Seksual

Cara :

Frekuensi :

Keluhan :

g) Personal Hygiene

Mandi :x/hari

Keramas :x/hari

Gosok gigi :x/hari

Vulva hygiene :

Waktu :

Kebiasaan :

Pemakaian pakaian dalam :

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

b. Psikologis

a) Persepsi

tentang

KB:.....
.....

b) Kesiapan ber-KB: siap tidak

Perasaan saat ini: cemas sedih takut malu menolak

c) Dukungan:

Suami : mendukung tidak

Keluarga : mendukung tidak

d) Harapan:.....
.....

c. Sosial

Pengambilan keputusan :.....

Kebiasaan terkait dengan penggunaan alat kontrasepsi :.....
.....

d. Spiritual

.....
.....

13. Pengetahuan

II. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

a. Keadaan umum : baik lemah jelek

b. Kesadaran :

c. Keadaan emosi :

2. Tanda-tanda vital

a. TD :.....mmHg

b. Nadi :.....x/menit

c. Respirasi :.....x/menit

d. Suhu :.....⁰C

3. Antropometri

a. BB :.....kg

b. BB sebelumnya:.....kg (tanggal:.....)

c. TB :.....cm

4. Pemeriksaan Fisik

a. Wajah :

Oedema : Ada Tidak ada

Pucat : Ada Tidak ada

Cloasma : Ada Tidak ada

b. Mata :

Konjungtiva : merah muda pucat merah

Sklera : putih kuning merah

c. Mulut dan gigi:

Bibir : pucat kemerahan dan lembab kering

- Caries pada gigi : ada tidak ada
- d. Leher :
- Kelenjar limfe : ada pembengkakan tidak ada
- Kelenjar tiroid : ada pembengkakan tidak ada
- Vena jugularis : ada pelebaran tidak ada
- e. Dada :
- Nyeri tekan : ada tidak
- Retraksi : ada tidak
- f. Payudara dan aksila:
- Bentuk : simetris asimetris
- Puting susu : menonjol masuk datar
- Kelainan : ada tidak
- Kebersihan : bersih tidak
- Aksila : pembengkakan tidak ada pembengkakan
- g. Abdomen :
- Bekas luka operasi : ada tidak
- Nyeri tekan : ada tidak
- h. Anogenital:
- Pengeluaran cairan : ada tidak
- jenis....., jumlah.....
- 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
- Khusus Akseptor IUD
- a) Inspikulo Vagina
- Portio : lunak erosi kaku
- Kelainan : ada tidak
- Ukuran kelainan :cm
- b) Bimanual
- Nyeri goyang portio : ada tidak
- Massa : ada tidak
- Lain-lain :
- c) Kontrol
- Benang IUD : teraba tidak
- i. Ekstremitas
- Tangan : Oedema : ada tidak
- Keadaan kuku : bersih tidak
- Kaki : Edema : ada tidak
- Varises : ada tidak
- Keadaan kuku : bersih tidak
5. Pemeriksaan Penunjang
- Pap Smear , hasil.....
- IVA , hasil.....

□ Lain-lain :....., hasil.....

III. ANALISA

Masalah:

IV. PENATALAKSANAAN





KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

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

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Luh Adi Gili Parwati
NIM : 1606091063
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan “MY” di BPM “IP” Wilayah Kerja Puskesmas Sawan I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Jumat, 28 Juni 2019	BAB 1, BAB 2 dan BAB 3, BAB 4 dan BAB 5	Perbaiki BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4, dan BAB 5	
Selasa, 09 Juli 2019	Perbaikan BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4, dan BAB 5	Perbaiki BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4, dan BAB 5	
Jumat, 09 Agustus 2019	Lengkap	Perbaiki Kata Pengantar, daftar isi, BAB 1, BAB 2, BAB 3, BAB 4, dan BAB 5	
Senin, 12 Agustus 2019	Perbaikan lengkap	ACC	

Singaraja, Agustus 2019
Pembimbing I

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



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA

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

LEMBAR KONSUL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Luh Adi Gili Parwati
NIM : 1606091063
Angkatan : XVIII
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada
Perempuan “MY” di PMB “IP” Wilayah Kerja
Puskesmas Sawan I Tahun 2019

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
Kamis, 01 Agustus 2019	Sampul depan Bab 1 - 5	Perbaiki tata tulis	
Selasa, 06 Agustus 2019	Perbaikan sampul depan Bab 1 – 5	Perbaikan tata tulis	
Senin, 12 Agustus 2019	Sampul depan Kata Pengantar Daftar isi Daftar tabel Daftar lampiran Daftar singkatan Bab 1 Bab 2 Bab 3 Bab 4 Bab 5 Daftar pustaka Lampiran	ACC	

Singaraja, Agustus 2019
Pembimbing II

Made Juliani, S.Kep.,Ns.,M.Pd
NIP.19770701199903 2 002



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

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

BERITA ACARA

No.

Pada hari ini: Kamis tanggal 29 Agustus 2019 jam 11.00 s/d 12.00 Wita,
 bertempat di Ruang belajar lantai 2 Prdi D3 Kbidanan, Jurusan Ilmu Olahraga dan
 Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha, telah dilaksanakan ujian Laporan Tugas akhir
 yang diajukan oleh:

Nama : Luh Adi Gilli Parwati
 NIM : 1606021063
 Prodi : Diploma 3 Kebidanan
 Jurusan : Ilmu Olahraga dan Kesehatan
 Judul TA : Asuhan kebidanan komprehensif pada
perempuan "MAY" di BPM "IP"
Wilayah kerja Puskesmas rawan I
 Pembimbing I : Luh Nik Armini, S.ST., M. Keb
 Pembimbing II : Made Juliani, S.Kep., Nrs., M. Pd

dengan hasil: ~~ujian lulus tanpa revisi~~ / ujian lulus dengan revisi / ujian ditang*
 selama ~~1 bulan~~ terhitung dari tanggal ~~29 Agustus~~ sampai
 dengan 5 Septm 2019

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

Tim Penguji:

NO	NAMA	NIP	Tanda Tangan
1.	<u>Luh Nik Armini, S.ST., M. Keb</u>	<u>198309162006042000</u>	
2.	<u>Made Juliani, S.Kep., Nrs., M. Pd</u>	<u>19770911200032002</u>	
3.	<u>Mi Wagan Dewi Parini, S.Kep., Nrs., M. Pd</u>	<u>19770911200120805300</u>	

Singaraja, 29-8-2019

Mengetahui,
 Ketua Jurusan

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

Ketua Penilai

Luh Nik Armini, S.ST., M. Keb
 NIP. 198309162006042000

Asuhan Pada Ibu Hamil









Asuhan Pada Ibu Bersalin





Asuhan Pada Neonatus







Asuhan Pada Ibu Nifas



Buku KIA

Nomor Registrasi Ibu	:	.....
Nomor Urut di Kohort Ibu	:	07. Oktober 2018
Tanggal menerima buku KIA	:	.....
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:	:	.....

IDENTITAS KELUARGA	
Nama Ibu	Kadek Masturjadi / 510.5065.11930019
Tempat/Tgl. lahir	11-11-1995
Kehamilan ke	2 Anak terakhir umur: ...5... tahun
Agama	Hindu
Pendidikan	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Colongan Darah	O
Pekerjaan	IRT
No. JKN	.....

Nama Suami	Ketut Agus Ruspawan
Tempat/Tgl. lahir	03-09-1991
Agama	Hindu
Pendidikan	Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
Colongan Darah	A
Pekerjaan	Suasta

Alamat Rumah	Jl. Patulangi, Penampak, Kec: Buleleng
Kecamatan	Buleleng
Kabupaten/Kota	Buleleng
No. Telp. yang bisa dihubungi	087863220058

Nama Anak	.....
Tempat/Tgl. Lahir	..... L/P*
Anak Ke	..... dari
No. Akte Kelahiran	..... anak

* Lingkari yang sesuai

PERIKSA KEHA

- Segera ke dokter kehamilan palsu
- 1 kali pad
 - 1 kali usia
 - 2 kali pad

Pastikan ibu t pelayanan pe yang meliput

- 1. Pengukur satu kali,** Bila tinggi risiko pang melahirkan **Penimbar kali perik** Sejak bulan sedikit 1 k
- 2. Penguku Tekanan** Bila tekan dengan 1 hipertens kehamilan
- 3. Penguk (LiLA),** Bila < 2 menderit KEK) dan Lahir Re
- 4. Pengul** Penguku melihat dengan

UNDIKSHA

Diisi oleh petugas kesehatan tanggal 10-08-2018

Hari Pertama Hasil Terakhir (HPT), tanggal: 11-05-2009

Hari Terakhir Kebersihan (HTK), tanggal: 11-05-2009

Umur: 8-9 () Non KEK () Non KEK () Tinggi Badan: 110 cm

Lebar Lengan Atas: 30 cm, KEK () Non KEK ()

Caesarian Darah: 0 Suntik 3 Bulan

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: Tidak ada

Rencana Menyakit yang diderita ibu: Tidak ada

Rencana Alergi: Tidak ada

Tgl	Keluhan	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak Janin (Kep/Sul)	Denyut Jantung Janin (b/menit)
7/8	Mual - Wual	120/80	50	8-9	-	-	-
7/8	Mual - Wual	110/80	52	11 Minggu	-	-	-
7/8	+ a.k	110/80	59	11-12	-	-	150/menit
7/8	+ a.k	110/90	60	21-22	Ball	-	140x/menit
7/8	+ a.k	110/80	63	31 Minggu	Mcd. 28	-	140/menit
9	+ a.k	110/90	69	33-34	lelkep	Puki	110x/menit

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke: 1 Jumlah persalinan: 1 Jumlah keguguran: 0 C 2 P 1 A 1 D

Jumlah anak hidup: 1 Jumlah lahir mati: 0 anak

Jarak kelahiran ini dengan persalinan terakhir: 5 th

Status imunisasi TT terakhir: TTS (bulan/tahun)

Periode persalinan terakhir: 5 th

Cara persalinan terakhir: Spontan/Normal () Tindakan

* Beri tanda (+) pada kolom yang sesuai

Hasil	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemeriksaan TT, Fe, B12, B9, vitamin lain)	Keluhan yang dirasakan	Kategori (Non/Prekambiotik)	Keperawatan (Tinggi Badan, Berat Badan, dll)
-/+	Hb 12,27/dl	Fe vit B12 / asam folat	-	-	L
-/+	-	Fe vit B12 / asam folat	-	-	L
-/+	-	Fe vit B12 / asam folat	-	-	L
+	Hb 12,27/dl	Fe vit B12 / asam folat	-	-	L
+	-	Fe vit B12 / asam folat	-	-	L
+	-	Fe vit B12 / asam folat	-	-	L
+	-	Fe vit B12 / asam folat	-	-	L

