

**ASUHAN KEBIDANAN**  
**PADA Ny.... G....P.....UK..... FISIOLIGIS**  
**DI.....**

**I. SUBYEKTIF**

Tanggal ..... Oleh ..... Pukul : .....

**1. Identitas**

Nama Ibu	:	Nama Suami	:
Umur	:	Umur	:
Suku/bangsa	:	Suku/bangsa	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Penghasilan	:	Penghasilan	:
Alamat	:	Alamat	:
No. telp.	:	No. telp.	:
No. register	:	No. register	:

**2. Keluhan utama (PQRST) :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**3. Riwayat Kebidanan :**

- Kunjungan : pertama/ulang ke .....
  - Riwayat menstruasi :
    - Menarce : ..... tahun
    - Siklus : .....hari
- teratur     tidak teratur

- Banyaknya : ..... cc
- Lamanya : ..... hari
- Sifat darah :  cair  bergumpal  flek
- Warna :  merah tua  merah segar  
 Merah kehitaman  coklat
- Bau :  anyir  busuk
- Disminorhoe :  ya  tidak
- Lama : ..... hari
- Flour albus :  ya  tidak
  - Kapan : .....(sebelum/sesudah haid)
  - Lama : ..... hari
  - Bau : .....
  - Warna : .....
  - Banyak : .....
- HPHT : .....

**4. Riwayat obstetri yang lalu**

Suami ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	hamil ke	UK	Peny.	Jenis	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	PB/BB	Hdp/Mt	usia	Kead.	Lak

**5. Riwayat kehamilan sekarang**

1. Keluhan :  
Trimester I : .....
- .....
- .....
- .....

Trimester II : .....

.....

.....

.....

Trimester III : .....

.....

.....

.....

2. Pergerakan anak pertama kali : ..... bulan

3. Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : ..... kali

4. Penyuluhan yang sudah di dapat : .....

- a. Nutrisi
- b. Imunisasi
- c. Istirahat
- d. Kebersihan diri
- e. Aktifitas
- f. Tanda-tanda bahaya kehamilan
- g. Perawatan payudara/laktasi
- h. Seksualitas
- i. Persiapan persalinan
- j. KB

5. Imunisasi yang sudah di dapat : .....

**6. Pola Kesehatan Fungsional**

Pola Fungsi Kesehatan	Sebelum hamil	Selama hamil
1. Pola Nutrisi		
2. Pola Eliminasi		
3. Pola Istirahat		

4. Pola Aktivitas		
5. Pola seksual		
6. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan		

**7. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita :**

- |            |               |
|------------|---------------|
| 1. Jantung | 5. Hepatitis  |
| 2. Ginjal  | 6. DM         |
| 3. Asma    | 7. Hipertensi |
| 4. TBC     | 8. TORCH      |

**8. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga**

- |            |               |           |
|------------|---------------|-----------|
| 1. Jantung | 5. Hepatitis  | 9. Gemeli |
| 2. Ginjal  | 6. DM         |           |
| 3. Asma    | 7. Hipertensi |           |
| 4. TBC     | 8. TORCH      |           |

**9. Riwayat psiko-social-spiritual**

• **Riwayat emosional :**

Trimester I : .....

.....

Trimester II : .....

.....

Trimester III : .....  
.....

• **Status perkawinan**

Kawin : ..... kali

Suami ke : .....

Kawin I : Umur ..... tahun

Lamanya ..... tahun

Kawin ke II : umur ..... tahun

Lamanya..... tahun

• **Kehamilan ini**

Direncanakan  Tidak direncanakan

• **Hubungan dengan keluarga**

akrab  biasa  terganggu

• **Hubungan dengan orang lain**

akrab  biasa  terganggu

• **Ibadah / spiritual**

patuh  tidak patuh

• **Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :**

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

• **Dukungan keluarga :**

.....  
.....

• **Pengambil keputusan dalam keluarga :**

.....

• **Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin :**

.....

• **Tradisi :**

.....

• **Riwayat KB :**

.....

.....

.....

**II. OBYEKTIF**

**1. Pemeriksaan Umum**

a. Keadaan umum :

lemah                       baik

b. Kesadaran

Compos mentis                       Somnolen                       Koma

Apatis                       Sopor

c. Keadaan emosional:

kooperatif     depresi                       agresif                       hipoaktif

bingung                       menarik diri                       cemas                       marah

hiperaktif                       gelisah

d. Tanda –tanda vital

a. Tekanan darah : ..... mmHg.

berbaring                       duduk                       berdiri

b. Nadi : ..... kali/menit

teratur                       tidak teratur

c. Pernafasan : ..... Kali / menit

teratur                       tidak teratur

dangkal                       dalam

d. Suhu : ..... °C

aksila                       oral                       rectal

- e. Antropometri
  - ◆ BB sebelum Hamil : ..... kg
  - ◆ BB periksa yang lalu : ..... kg
  - ◆ BB sekarang : ..... kg
  - ◆ Tinggi Badan : ..... cm
  - ◆ Lingkar Lengan Atas : ..... cm
- f. Taksiran persalinan : .....
- g. Usia Kehamilan : .....minggu

**2. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)**

- a. Wajah : .....  
 .....  
 .....  
 .....
- b. Rambut : .....  
 .....  
 .....  
 .....
- c. Mata : .....  
 .....  
 .....  
 .....
- d. Mulut & gigi : .....  
 .....  
 .....  
 .....
- e. Telinga : .....  
 .....  
 .....  
 .....
- f. Hidung : .....  
 .....  
 .....

.....  
g. Dada : .....

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

h. Mamae : .....

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

i. Abdomen : .....

.....  
◆ Leopold I : .....

.....  
◆ Leopold II : .....

.....  
◆ Leopold III : .....

.....  
◆ Leopold IV : .....

.....  
◆ TFU Mc. Donald : ..... cm  
◆ TBJ/EFW : ..... gram  
◆ DJJ : .....



j. Genetalia : .....  
.....  
.....

k. Ekstremitas : .....  
.....  
.....

3. Pemeriksaan Panggul

- a. Distancia Spinarum : .....cm
- b. Distancia cristarum : .....cm
- c. Conjugata eksterna : .....cm
- d. Lingkar panggul : .....cm
- e. Distancia tuberum : .....cm

4. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Darah: .....  
.....  
.....
- b. Urine : .....  
.....  
.....

5. Pemeriksaan lain :

- USG : .....  
.....  
.....
- NST : .....  
.....  
.....

### III. ASSESMENT

#### 1. Interpretasi Data Dasar

- a. Diagnosa : .....  
.....  
.....  
.....  
.....
- b. Masalah : .....  
.....  
.....
- c. Kebutuhan : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

#### 2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial

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

#### 3. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan

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

#### IV. PLANNING

Tujuan :.....

Kriteria Hasil :.....

##### 1. Intervensi

No.	Intervensi	Rasionalisasi

--	--	--

## 2. Implementasi

No	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf

--	--	--	--

### 3. Evaluasi : SOAP

No.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi
		<p>S : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>O: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>P : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

**ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN**

Ny.....DI.....

**I. SUBYEKTIF**

Pada tanggal :..... oleh : ..... pukul : .....

No register :

**6. Identitas**

Nama Ibu	:	Nama	:
Umur	:	Suami	:
Suku/bangsa	:	Umur	:
Agama	:	Suku/bangsa	:
Pendidikan	:	Agama	:
Pekerjaan	:	Pendidikan	:
Penghasilan	:	Pekerjaan	:
Alamat	:	Penghasilan	:
No. telp.	:	Alamat	:
		No. telp	

**7. Keluhan utama (PQRST) :**

- Tanda – tanda bersalin :

Kontraksi sejak tanggal..... pukul :.....

Frekwensi .....

Lamanya..... Kekuatan .....

- Pengeluaran pervaginam

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



8. Riwayat obstetrik yang lalu

Suami ke	Kehamilan			Persalinan				BBL				Nifas	
	hamil ke	UK	Peny.	Jenis	Pnlg	Tmpt	Peny	JK	PB/BB	Hdp/Mt	usia	Kead.	Lak

9. Riwayat kehamilan sekarang

- Keluhan :  
 Trimester I : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Trimester II : .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 Trimester III : .....  
 .....  
 .....  
 .....
- Pergerakan anak pertama kali : ..... bulan
- Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir : ..... kali
- Penyuluhan yang sudah di dapat : .....
  - Nutrisi
  - Tanda-tanda bahaya kehamilan
  - Imunisasi
  - Perawatan payudara/laktasi
  - Istirahat
  - Seksualitas
  - Kebersihan diri
  - Persiapan persalinan
  - Aktifitas
  - KB
- Imunisasi yang sudah di dapat : .....

10. Pola Fungsi Kesehatan

Pola Fungsi Kesehatan	Sebelum hamil	Selama hamil
10. Pola Nutrisi		
11. Pola Eliminasi		
12. Pola Istirahat		
13. Pola Aktivitas		
14. Pola seksual		
15. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan		

11. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita :

- |            |                |
|------------|----------------|
| 5. Jantung | 9. Hepatitis   |
| 6. Ginjal  | 10. DM         |
| 7. Asma    | 11. Hipertensi |
| 8. TBC     | 12. TORCH      |

12. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga

- |             |                |            |
|-------------|----------------|------------|
| 10. Jantung | 14. Hepatitis  | 18. Gemeli |
| 11. Ginjal  | 15. DM         |            |
| 12. Asma    | 16. Hipertensi |            |
| 13. TBC     | 17. TORCH      |            |

13. Riwayat psikososiospiritual

• **Riwayat emosional :**

Trimester I : .....

.....

Trimester II : .....

.....

Trimester III : .....

.....

• **Status perkawinan**

Kawin : ..... kali

Suami ke : .....

Kawin I : Umur ..... tahun

Lamanya ..... tahun

Kawin ke II : umur ..... tahun

Lamanya..... tahun

• **Kehamilan ini**

Direncanakan  Tidak direncanakan

• **Hubungan dengan keluarga**

akrab  biasa  terganggu

- **Hubungan dengan orang lain**

akrab     biasa     terganggu

- **Ibadah / spiritual**

patuh     tidak patuh

- **Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilannya :**

.....  
.....

- **Dukungan keluarga :**

.....

- **Pengambil keputusan dalam keluarga :**

.....

- **Tempat dan petugas yang diinginkan untuk bersalin :**

.....

- **Tradisi :**

.....

- **Riwayat KB :**

.....  
.....

## **II. OBYEKTIF**

### **6. Pemeriksaan Umum**

h. Keadaan umum :

lemah     baik

i. Kesadaran

Compos mentis     Somnolen     Koma

Apatis     Sopor

j. Keadaan emosional:

kooperatif     depresi     agresif     hipoaktif

bingung     menarik diri     cemas     marah

hiperaktif     gelisah

- k. Tanda –tanda vital
- a. Tekanan darah : ..... mmHg.  
berbaring       duduk       berdiri
- b. Nadi : ..... kali/menit  
teratur       tidak teratur
- c. Pernafasan : ..... Kali / menit  
teratur       tidak teratur   
dangkal       dalam
- d. Suhu : ..... °C  
aksila       oral       rectal

- l. Antropometri
- ◆ BB sebelum Hamil : ..... kg
  - ◆ BB periksa yang lalu : ..... kg
  - ◆ BB sekarang : ..... kg
  - ◆ Tinggi Badan : ..... cm
  - ◆ Lingkar Lengan Atas : ..... cm
- m. Taksiran persalinan : .....
- n. Usia Kehamilan : .....minggu

**7. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)**

- a. Wajah : .....
- .....
- .....
- .....
- b. Rambut : .....
- .....
- .....
- .....
- c. Mata : .....
- .....
- .....
- .....

d. Mulut & gigi : .....

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

e. Telinga : .....

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

f. Hidung : .....

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

g. Dada : .....

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

h. Mamae : .....

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

i. Abdomen : .....

.....  
.....

◆ Leopold I : .....

.....  
.....

◆ Leopold II : .....

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

◆ Leopold III : .....

.....  
.....

.....  
♦ Leopold IV : .....  
.....  
.....  
.....

♦ TFU Mc. Donald : ..... cm  
♦ TBJ/EFW : ..... gram  
♦ DJJ : .....

j. Genetalia : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

k. Ekstremitas : .....  
.....  
.....  
.....

8. Pemeriksaan Panggul

f. Distancia Spinarum : .....cm  
g. Distancia cristarum : .....cm  
h. Conjugata eksterna : .....cm  
i. Lingkar panggul : .....cm  
j. Distancia tuberum : .....cm

9. Pemeriksaan Laboratorium

c. Darah: .....  
.....  
.....  
d. Urine : .....  
.....  
.....

10. Pemeriksaan lain :

- USG : .....  
.....  
.....
- NST : .....  
.....  
.....

**III. ASSESMENT**

**1. Interpretasi Data Dasar**

Diagnosa : .....  
.....  
.....  
.....

Masalah : .....  
.....  
.....

Kebutuhan : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial**

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





#### **IV. PLANNING**

##### **KALA I**

Tujuan :.....

Kriteria Hasil.....

##### **1. Intervensi**

<b>No.</b>	<b>Intervensi</b>	<b>Rasionalisasi</b>

--	--	--

## 2. Implementasi

No.	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf

--	--	--	--

**Lembar observasi**

<b>No.</b>	<b>Hari/tanggal/jam</b>	<b>TTV</b>	<b>His</b>	<b>DJJ</b>	<b>Ket ( vt , urine , bandl , input )</b>

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

### 3. Evaluasi : SOAP

No.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi
		<p data-bbox="715 309 751 338"><b>S :</b></p> <p data-bbox="715 638 751 667"><b>O :</b></p> <p data-bbox="715 967 1139 996"><b>A : G...P... UK... kala I Aktif</b></p> <p data-bbox="715 1243 858 1272"><b>P : Kala II</b></p>



**KALA II**

Tujuan : ....

Kriteria :

**1. Implementasi**

<b>No.</b>	<b>Hari/Tanggal/Jam</b>	<b>Implementasi</b>	<b>Paraf</b>

--	--	--	--

## 2. Evaluasi

No.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi
		<p data-bbox="662 309 703 342"><b>S :</b></p> <p data-bbox="662 801 703 835"><b>O :</b></p> <p data-bbox="662 1243 879 1276"><b>A : P... kala III</b></p> <p data-bbox="662 1518 823 1552"><b>P : Kala III</b></p>

**KALA III**

Tujuan :.....

Kriteria Hasil.....

**1. Implementasi**

No.	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf

--	--	--	--

## 2. Evaluasi

No.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi
		<p data-bbox="671 309 715 342"><b>S :</b></p> <p data-bbox="671 913 715 947"><b>O :</b></p> <p data-bbox="671 1406 887 1440"><b>A : P... kala IV</b></p> <p data-bbox="671 1518 826 1552"><b>P : Kala IV</b></p>

**KALA IV**

Tujuan :.....

Kriteria Hasil.....

**1. Implementasi**

No.	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf

--	--	--	--



## 2. Evaluasi

No.	Hari/Tanggal/Jam	Evaluasi
		<p data-bbox="660 309 703 342"><b>S :</b></p> <p data-bbox="660 689 703 723"><b>O :</b></p> <p data-bbox="660 1137 703 1171"><b>A :</b></p> <p data-bbox="660 1518 703 1552"><b>P :</b></p>



#### 4. Pola Kesehatan Fungsional

Pola Fungsi Kesehatan	Selama hamil	Setelah bersalin
16. Pola Nutrisi		
17. Pola Eliminasi		
18. Pola Istirahat		
19. Pola Aktivitas		
20. Pola seksual		
21. Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan : merokok, alcohol, narkoba, obat – obatan, jamu, binatang peliharaan		

**9. Riwayat penyakit sistemik yang pernah di derita :**

- |             |                |
|-------------|----------------|
| 10. Jantung | 13. Hepatitis  |
| 11. Ginjal  | 14. DM         |
| 12. Asma    | 15. Hipertensi |
| 13. TBC     | 16. TORCH      |

**11. Riwayat kesehatan dan penyakit keluarga**

- |             |                |            |
|-------------|----------------|------------|
| 19. Jantung | 23. Hepatitis  | 27. Gemeli |
| 20. Ginjal  | 24. DM         |            |
| 21. Asma    | 25. Hipertensi |            |
| 22. TBC     | 26. TORCH      |            |

**12. Riwayat psikososiospiritual**

• **Riwayat emosional :**

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

• **Status perkawinan**

Kawin : ..... kali  
Suami ke : .....  
Kawin I : Umur ..... tahun  
Lamanya ..... tahun  
Kawin ke II : umur ..... tahun  
Lamanya ..... tahun

**a. Kehamilan ini**

Direncanakan  Tidak direncanakan

**b. Hubungan dengan keluarga**

Akrab  biasa  terganggu

**c. Hubungan dengan orang lain**

Akrab  biasa  terganggu

**d. Ibadah / spiritual**

Patuh  tidak patuh

e. Respon ibu dan keluarga terhadap bayinya :

.....  
.....

f. Dukungan keluarga :

.....

g. Pengambil keputusan dalam keluarga :

.....

h. Tradisi :

.....

i. Riwayat KB :

.....  
.....

## II. OBYEKTIF

### 1. Riwayat persalinan :

**IBU :**

Kala I : .....jam.....menit

Kala II : .....jam .....menit

Dipimpin meneran : .....jam .....menit

Komplikasi : Kala I : ...../ Kala II:.....

Air ketuban : banyak : .....cc, warna : .....Jam : .....

Kala III : .....jam .....menit

Komplikasi : .....

Plasenta :

- Maternal : Lengkap  Tidak lengkap

- Fetal : Lengkap  Tidak lengkap

- Berat : .....gr

- Panjang tali pusat:.....cm

- Insersi : .....

- Perdarahan : Kala I : .....cc

Kala II : .....cc

Kala III : .....cc

Selama operasi : .....

Tindakan lain : .....

## **BAYI**

Lahir : .....(Spt B, SC, VE, dll)

Hari/Tanggal/Jam : .....

BB/PB/AS : .....gr/.....cm/.....

Cacat bawaan : .....

Masa gestasi : .....minggu

## **2. Pemeriksaan Umum**

a. **Keadaan umum** :

lemah  baik

b. **Kesadaran**

Compos mentis  Somnolen  Koma

Apatis  Sopor

c. **Keadaan emosional** :

kooperatif  depresi  agresif  hipoaktif

bingung  menarik diri  cemas  marah

hiperaktif  gelisah

d. **Tanda –tanda vital**

Tekanan darah : ..... mmHg.

berbaring  duduk  berdiri

Nadi : ..... kali/menit

teratur  tidak teratur

Pernafasan : ..... Kali / menit

teratur  tidak teratur

dangkal  dalam

Suhu : ..... °C

aksila  oral  rectal

## **3. Antropometri**

- ◆ BB sebelum Hamil : ..... kg
- ◆ BB periksa yang lalu : ..... kg
- ◆ BB sekarang : ..... kg
- ◆ Tinggi Badan : ..... cm
- ◆ Lingkar Lengan Atas : ..... cm

**4. Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)**

a. .... Wajah

: .....  
 .....  
 .....

b. Rambut : .....

.....  
 .....

c. Mata : .....

.....  
 .....

d. Mulut & gigi : .....

.....  
 .....

e. Telinga : .....

.....  
 .....

f. Hidung : .....

.....  
 .....

g. Dada : .....

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

h. Mamae : .....

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

i. Abdomen : .....

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

j. Genetalia : .....

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

k. Ekstremitas : .....

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

5. **Pemeriksaan Laboratorium**

e. Darah: .....

.....  
.....

f. Urine : .....

.....  
.....

6. **Pemeriksaan lain :**

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



**III. ASSESMENT**

**4. Interpretasi Data Dasar**

- a. Diagnosa : .....  
.....  
.....  
.....  
.....
- b. Masalah : .....  
.....  
.....
- c. Kebutuhan : .....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**5. Antisipasi terhadap diagnosa/masalah potensial**

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

**6. Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera/kolaborasi/rujukan**

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

#### IV. PLANNING

Tujuan :.....

Kriteria Hasil :.....

.....

#### 7. Intervensi

No.	Intervensi	Rasionalisasi

--	--	--

## 8. Implementasi

No	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi	Paraf

--	--	--	--

**9. Evaluasi : SOAP**

<b>No.</b>	<b>Hari/Tanggal/Jam</b>	<b>Evaluasi</b>
		<p>S : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>O: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>A: .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>P : .....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

## **LEMBAR PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN**

Kepada Yth.

Ibu Responden

Di BPS Mimiek Andayani Amd.keb

Sebagai persyaratan tugas akhir Program Studi D3 Kebidanan Universitas Muhammadiyah Surabaya, saya akan melakukan penelitian tentang “ Asuhan Kebidanan kehamilan, Persalinan, Nifas Pada Ny I di BPS Mimiek Andayani Amd.Keb Surabaya ”. Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang ibu berikan sesuai yang terjadi pada ibu sendiri dan tanpa dipengaruhi oleh orang lain. Saya menjamin kerahasiaan ibu. Informasi yang ibu berikan diperlukan untuk pengembangan ilmu di bidang kesehatan dan tidak dipergunakan untuk maksud lain. Partisipasi ibu dalam penelitian ini bersifat bebas dan tanpa sanksi apapun.

Demikian permohonan ini saya buat, atas kerjasama dan partisipasinya saya ucapkan terima kasih.

Surabaya, Juni 2013

Peneliti

Ika Apriyani

## **FORMULIR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN**

Setelah mendapat penjelasan yang cukup serta mengetahui manfaat penelitian yang berjudul “Asuhan Kebidanan kehamilan, Persalinan, Nifas Pada Ny I di BPS Mimiek Andayani Amd.Keb Surabaya ”, dengan ini secara sadar, sukarela dan tanpa unsur paksaan dari siapapun menyatakan BERSEDIA menjadi responden dalam penelitian ini dan bersedia menjawab pertanyaan apapun sebagai objek untuk diobservasi oleh peneliti dan saya akan bertanggung jawab atas keputusan serta tidak akan menuntut di kemudian hari.

Surabaya, Juni 2013

Responden

( ..... )



## 18 PENAPISAN PERSALINAN

No	PENYULIT	YA	TIDAK
1.	Riwayat bedah sesar.		✓
2.	Perdarahan pervaginam.		✓
3.	Persalinan kurang bulan (usia kehamilan kurang dari 37 minggu)		✓
4.	Ketuban pecah dengan mekonium yang kental.		✓
5.	Ketuban pecah lama (lebih dari 24 jam).		✓
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (kurang dari 37 minggu usia kehamilan).		✓
7.	Ikterus.		✓
8.	Anemia Berat.		✓
9.	Tanda / gejala infeksi.		✓
10.	Preeklamsia / Hipertensi dalam kehamilan.		✓
11.	Tinggi fundus 40 cm atau lebih.		✓
12.	Gawat janin.		✓
13.	Primipara dalam fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5		✓
14.	Presentari bukan belakang kepala.		✓
15.	Presentasi majemuk.		✓
16.	Kehamilan gemeli.		✓
17.	Tali pusat menumbung.		✓
18.	Syok		✓

Sumber : Data Primer, 2013

## SKRINING / DETEKSI DINI IBU RESIKO TINGGI

Nama : Ny. I

Umur Ibu : 27 tahun. Pendidikan : SMA Pekerjaan : IRT

Hamil ke- 2. Haid Terakhir tanggal : 22-09-2012.

Perkiraan Persalinan tanggal : 29-06 2013.

I Kel. F.R	II NO	III Masalah/Faktor Resiko	Skor	IV Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
				Score Awal Ibu Hamil			
			2				2
I	1	Terlalu muda, hamil 1 < 16 th	4				
	2	Terlalu tua, hamil 1 > 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin >4 th	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ( > 10 th )	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ( < 2 th )	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 th	4				
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan: a. Tarik tang / vakum b. Uri di rogoh c. Di beri infus / transfuse	4 4 4				
	10	Pernah operasi secar	8				
II		Penyakit pada ibu hamil					
	11	a. Kurang Darah	4				
		b. Malaria					
		c. TBC paru	4				
		d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis ( Diabetes )	4				
		f. Penyakit menular seksual	4				
	12	Bengkak pada muka atau tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
14	Hamil kembar air Hidramnion	4					
15	Bayi Mati dalam kandungan	4					
16	Kehamilan lebih bulan	4					

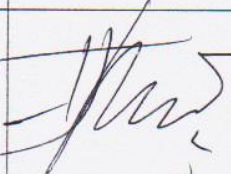


	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pre eklamsia berat / kejang – kejang	8				
	JUMLAH SKOR						2

PENYULUHAN KEHAMILAN / PERSALINAN AMAN – RUJUKAN  
TERENCANA

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RESIKO				
Jmlh skor	Kel. Skor	perawatan	Rujukan	Tempat	Penolong	rujukan		
						RDB	RDR	RTW
2	KPR	BIDAN	TIDAK DI RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6 – 10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM / RS	BIDAN DOKTER			
>12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : IKA. APRIYANI  
 Nama Pembimbing : 1. Asta Adyani, S.ST., M.Kes  
 2. Nova Elok Mardiyana, S.ST

No	Hari, Tanggal/Jam	Catatan	Ttd
	18/13, 7	Bab I. latar belakang, - definisi kehamilan - ketidaknyamanan  Bab II: - teori kehamilan di singkat - ketidaknyamanan dan III - penerapan askep o cara penulisan o intervensi dan diagnosis o data subyektif, obyektif o kaidah: tujuan, kriteria hasil	
	22/13 7	Bab I, II, III  Ass dgn.	  

**FORMAT PENILAIAN HASIL PENGAMATAN PENELITIAN**  
**MAHASISWA PROGRAM STUDI D.III KEBIDANAN**  
**FAKULTAS ILMUKESEHATAN UMSURABAYA**

Nama Mahasiswa : Ika Apriani

Nim : .....

No.	Uraian Kegiatan	Nilai (10-100)	Catatan evaluasi
1	Proses pengumpulan data dasar	80	
2	Interpretasi data dasar	80	
3	Identifikasi diagnosis dan masalah potensial	75	
4	Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera	80	
5	Perencanaan asuhan secara menyeluruh	80	
6	Pelaksanaan perencanaan	80	
7	Evaluasi pelaksanaan asuhan kebidanan	80	
	$N = \frac{\text{Total Nilai} \times 7}{100} = \frac{3885}{100}$	38,8	

Surabaya, 15-7-2013

Observer,



Ny MIMIEK ANDAYANI, Amr

Bidan Praktek Swasta

(.....)



**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal: 29-06-2013
- Nama bidan: bidan Mimiak
- Tempat persalinan:
  - Rumah Ibu
  - Puskesmas
  - Polindes
  - Rumah Sakit
  - Klinik Swasta
  - Lainnya:
- Alamat tempat persalinan: Jl. simo pomahan baru s
- Catatan rujuk, kala: I/II/III/IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk
  - bidan
  - teman
  - suami
  - dukun
  - keluarga
  - tidak ada

**KALAI**

- Partogram melewati garis waspada: Y/Ⓟ
- Masalah lain, sebutkan: Tidak ada
- Penatalaksanaan masalah tsb:
- Hasilnya:

**KALAI I**

- Episiotomi:
  - Ya, indikasi: Perineum kaku
  - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
  - suami
  - dukun
  - keluarga
  - tidak ada
  - teman
- Gawatjanin:
  - Ya, tindakan yang akan dilaksanakan:
  - a. ....
  - b. ....

Tidak

- Masalah lain, sebutkan: tidak ada
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya: Tidak ada

**KALAI II**

- Lama kala III: 5 menit
- Pemberitahuan Oksitosin 10 UI m?
  - Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan:
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
  - Ya, waktu:
  - Tidak, alasan:
- Penegangan tali pusar terkendali?
  - Ya
  - Tidak; alasan:

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALAI IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uterus	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1.	20.45	100/70 mmHg	80x/mnt	36.5°C	2 Tr bawah Pst	keras	Kosong	f s cc
	21.00	110/70 mmHg	82x/mnt		2 Tr b pusut	keras	Kosong	f s cc
	21.15	110/70 mmHg	82x/mnt		2 Tr b pusut	keras	Kosong	f s cc
	21.30	110/70 mmHg	80x/mnt		2 Tr b pusut	keras	Kosong	f s cc
2.	22.00	110/70 mmHg	80x/mnt	36.6°C	2 Tr b pusut	keras	Kosong	f s cc
	22.30	110/70 mmHg	80x/mnt		2 Tr b pusut	keras	Kosong	f s cc

Masalah Kala IV: .....  
 Penatalaksanaan masalah: .....

- Masase fundus uteri?
  - Ya
  - Tidak, alasan:
- Plasenta lahir lengkap (intact)
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
  - a. ....
  - b. ....
- Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya/Ⓟ Tidak
  - Ya, tindakan:
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
- Laserasi
  - Ya, dimana: Mukosa vagina, krami, sura posterior
  - Tidak: Kulit perineum, otot perineum
- Jika laserasi perinium, derajat: 1/2/3/4
  - Tindakan:
    - Penjahitan dengan/ tanpa anestesi
    - Tidak dijahit, alasan:
- Atonia Uteri
  - Ya, tindakan:
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
- Tidak
- Jumlah perdarahan: 150 ml
- Masalah lain, sebutkan: tidak ada
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasilnya: Tidak ada

**BAYIBARU LAHIR:**

- Berat badan: 4200 gram
- Panjang: 52 cm
- Jenis kelamin: L/Ⓟ
- Penilaian bayi yang baru lahir: baik/ada penyakit
  - Pemberian ASI, waktu: 42 jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan:
- Bayi lahir
  - Normal, tindakan:
    - mengeringkan
    - menghangatkan
    - rangsang taktil
    - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
  - Asfiksia/pucat/biru/lemas, tindakan:
    - mengeringkan
    - rangsang taktil
    - bebaskan jalan napas
    - menghangatkan
    - bebaskan jalan napas
    - lain-lain, sebutkan:
    - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
- Cacat bawaan, sebutkan: tidak ada
- Hipotermi, tindakan:
  - a. ....
  - b. ....
  - c. ....
- Lain-lain, sebutkan:
- Hasilnya:



UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA  
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN**

Program Studi : Keperawatan S1 dan D3 - Analisis Kesehatan D3 - Kebidanan D3  
Jln. Sutorejo No. 59 Surabaya - 60113, Telp. (031) 3811966 - 3811967, 3890175 Fax. (031) 3811967

Nomor : -/II.3.AU/F/FIK/2013  
Perihal : Permohonan Ijin Penelitian

Kepada Yth.

Ibu Mimiek Andayani Amd. Keb

di Tempat

*Assalamu'alaikum Wr.Wb*

Dalam rangka penyelesaian tugas akhir berupa Karya Tulis Ilmiah ( KTI ), mahasiswa semester VI Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya tahun akademik 2012/2013, tersebut di bawah ini :

Nama : Ika Andayani

NIM : 2010 0661 067

Bermaksud untuk mengambil data pada kasus yang akan dimulai dari kehamilan Trisemester III sampai Nifas.

Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat agar Bapak / Ibu berkenan memberikan ijin pengambilan data penunjang sesuai dengan kasus yang terpilih.

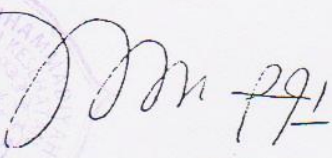

Adapun waktu penelitian mulai 08 Juni 2013 - 17 Juli 2013

Demikian atas perkenan serta perhatian dan kerjasama yang baik kami sampaikan terima kasih.

*Wassalamu'alaikum Wr.Wb.*

Surabaya, 15 Mei 2013

Dekan

Nur Mukarromah, SKM, M Kes

NIK : 0129721122