

Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Bulan																											
		Januari				Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
	Minggu	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
I	Perencanaan																												
1	Konsultasi masalah dan judul	X																											
2	Konsultasi proposal	X	x		x	X	x	x	x																				
3	Persiapan Ujian Proposal									x	x																		
4	Ujian Proposal											x	x	x															
II	Pelaksanaan																												
1	Pengurusan izin																												
2	Pengumpulan data														x	x	x												
3	Analisa data																												
4	Penatalaksanaan														x	x	x	X	X										
III	Pelaporan																												
1	Penyusunan laporan																x	X	x	x	x	x	x	x	x	x			
2	Pengetikan Laporan																x	X	x	x	x	x	x	x	x	x			
3	Konsultasi Laporan																				x	x	x	x	x				
4	Penyebaran Studi Kasus																										X		
5	Ujian Studi Kasus																										X		

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden

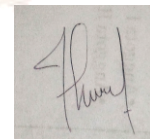
Di PMB “MY” Wilayah Kerja
Puskesmas Sukasada I

Dengan hormat,

Saya Ni Made Andini, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul “Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan “KM” di PMB “MY” di Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2020”, sebagai salah satu syarat dalam menyelesaikan pendidikan Diploma III Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini dibutuhkan partisipasi ibu saat hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta KB .

Untuk kepentingan tersebut, saya mohon kesediaan ibu untuk menjadi responden dalam studi kasus ini dan saya mohon ibu untuk menandatangani lembar persetujuan mengenai kesediaan menjadi responden. Saya menjamin kerahasiaan identitas ibu. Atas partisipasi dan kesediaan menjadi responden peneliti ucapkan terima kasih.

Hormat saya,



(Ni Made Andini)

NIM. 1706091043

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed Consent)

Bahwa saya yang tersebut dibawah ini :

Nama : Perempuan "KM"

Umur : 21 Tahun

Alamat : BD Pancoran Desa Panji Anom, Kecamatan Sukasada, Kabupaten Buleleng

Menerangkan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswa Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komperhensif pada Perempuan di PMB "KM" di Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2020".

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, 17 Juni 2020

Responden



(Perempuan "KM")

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ni Made Yani, Amd.Keb

Nip : -

Alamat : Desa Tegallinggah, Kecamatan Sukasada, Kabupaten Buleleng.

Dengan ini menerangkan :

Nama : Ni Made Andini

Nim : 1706091043

Memang benar yang bersangkutan mengadakan penelitian di PMB Made Yani., Amd.Keb. Dengan judul "Asuhan Kebidanan Komprehensif Pada Perempuan "KM" Di Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2020".

Tegallinggah, 18 Mei 2020



Ni Made Yani., Amd.Keb

Nip.

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 kencing | 5) Sulit kencing/ sakit saat kencing |
| 2) Suhu badan meningkat gatal | 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 hati | 10) Nyeri ulu |
| 4) Varises kepala yang hebat | 11) Sakit |
| 5) Gusi berdarah yang berlebihan | 12) Pusing |
| 6) Keputihan yang berlebihan, berbau, gatal lelah | 13) Cepat |
| 7) Keluar air ketuban berkunang-kunang | 14) Mata |

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

a. Trimester I:

- 1) Sering kencing
- 2) Mengidam
- 3) Keringat bertambah
- 4) Pusing

5) Ludah berlebihan

6) Mual muntah

7) Keputihan meningkat

b. Trimester II dan III:

- 1) Cloasma
- 2) Edema dependen
- 3) Striae linea

- 4) Gusi berdarah
- 5) Kram pada kaki
- 6) Sakit punggung bagian bawah dan atas
- 7) Sering kencing
 - 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 :

.....

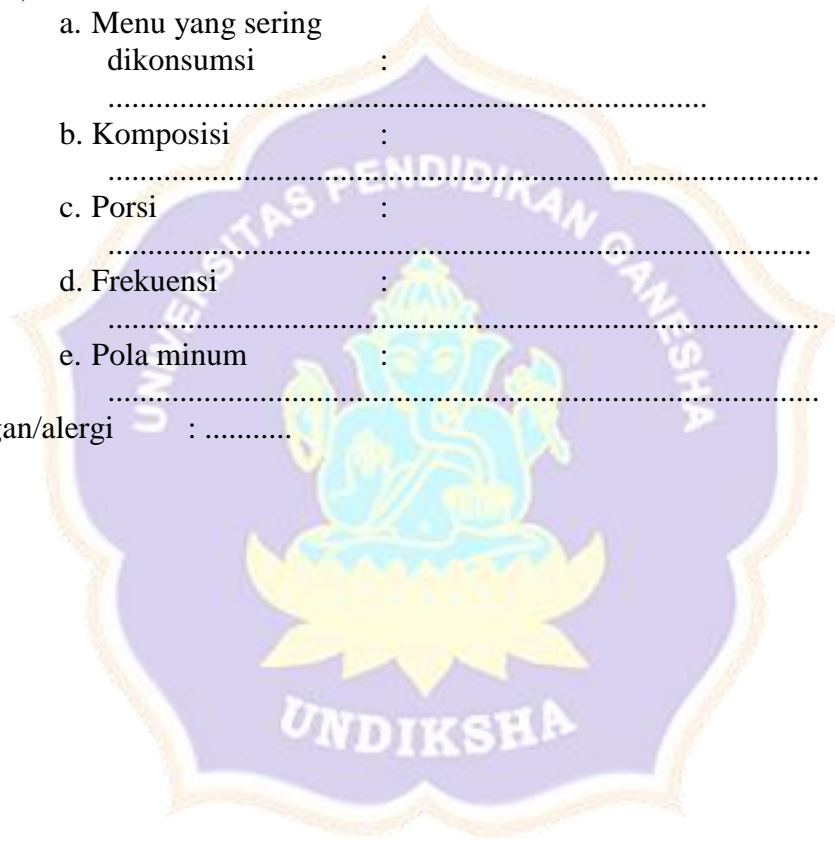
d. Frekuensi :

.....

e. Pola minum :

.....

Pantangan/alergi :



10. 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:

11. Riwayat Keluarga Berencana

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

12. 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

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

13. Pengetahuan (sesuaikan dengan umur kehamilan)

II. DATA OBYEKTIF

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. Inspekulo vagina : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi
 Hasil
 g. Vagina Toucher : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi
 Hasil

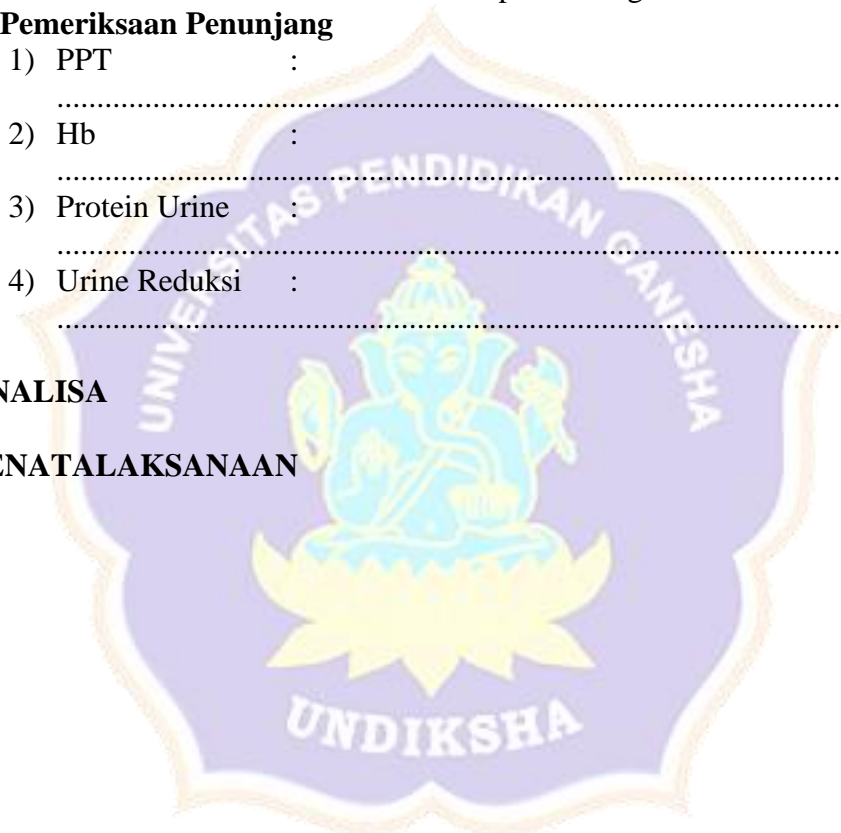
- h. Anus
 - Haemoroid : ada/ tidak ada
- 6) Tangan dan kaki
 - a. Tangan
 - Edema : ada/ tidak ada
 - Keadaan kuku : pucat/ sianosi/ kemerahan
 - b. Kaki
 - Edema : ada/ tidak ada
 - Varises : ada/ tidak ada
 - Keadaan kuku : pucat/ sianosi/ kemerahan
 - Reflek patella : kanan: positif/ negatif
kiri : positif/ negatif

5. Pemeriksaan Penunjang

- 1) PPT :
.....
- 2) Hb :
.....
- 3) Protein Urine :
.....
- 4) Urine Reduksi :
.....

III. ANALISA

IV. PENATALAKSANAAN



FORMAT PENGAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PADABAYI 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

Ibu

Ayah

Nama :

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 korioamniotitis
 - 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.....

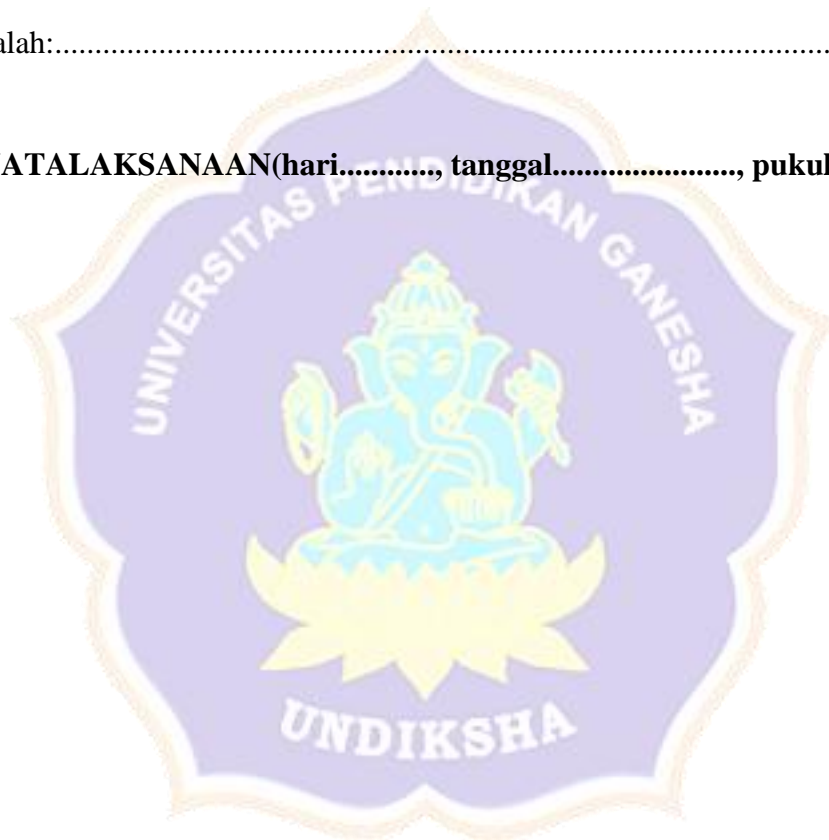
III. ANALISA

Neonatus.....Bulan Lahir..... Segera

Setelah Lahir dengan Vigerous Baby/.....

Masalah:.....

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



FORMAT 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/SC/Vacum Ekstraksi/Forceps Nifas
.... Jam/Hari/Minggu

Masalah:

IV. PENATALAKSANAAN



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

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

- | | Ibu | Suami |
|---|--|--|
| 1. Identitas | | |
| 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"/> Metrorhagia | | |
| <input type="checkbox"/> Premenstruasi Syndrome | <input type="checkbox"/> Lain – lain:..... | |
| 5. Riwayat Perkawinan | | |
| Pernikahan ke | : | |
| Lama | : | |
| Status | : | |
| 6. Riwayat Gynekologi | | |
| <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 Kandungan: | <input type="checkbox"/> vagina | <input type="checkbox"/> serviks |
| <input type="checkbox"/> corpus uteri | <input type="checkbox"/> tuba fallopi | <input type="checkbox"/> ovarium |
| <input type="checkbox"/> Tumorkandung: | <input type="checkbox"/> vulva | <input type="checkbox"/> vagina |
| <input type="checkbox"/> cerviks | <input type="checkbox"/> copus uteri | <input type="checkbox"/> ovariumJenis: |
| <input type="checkbox"/> jinak | <input type="checkbox"/> ganas | <input type="checkbox"/> Perkosaan |
| <input type="checkbox"/> Operasi Kandungan : | <input type="checkbox"/> uterus | <input type="checkbox"/> tuba fallopi |
| <input type="checkbox"/> ovarium | <input type="checkbox"/> serviks | <input type="checkbox"/> vagina |
| Kapan | :..... | |
| 7. 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 | | |
| 8. 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 | | |

9. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu

No	Tgl lahir/ umur anak	UK	Jenis per-salinan	Penolong/ tempat	Kondisi saat bersalin	Kondisi Nifas	Keadaan anak/ JK/ BBL/ keadaan sekarang	Laktasi

10. RiwayatKB

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

Lama :

Keluhan/efek samping :

Kapan berhenti :

Alasan berhenti :

Mulai penggunaan KB :

11. 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) Istirahatdantidur

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
-
12. 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 :^oC
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
 Putting 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



Dokumentasi Buku KIA Perempuan “KM”

Daftar Isi

157 / 12420
No. FK. SPP. BAWALIA

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu: Isdyah Murni
Tempat/Tgl. Lahir: 20 Februari 1971
Kehamilan ke: 3 Anak terakhir umur: 5 tahun
Agama: Hindu
Pendidikan: Tidak Sekolah/SD
Golongan Darah: B
Pekerjaan: Rumahan
No. IKN: _____

Nama Suami: Bambang Budi Hartawan
Tempat/Tgl. Lahir: 20 Februari 1971
Agama: Hindu
Pendidikan: Tidak Sekolah/SD
Golongan Darah: B
Pekerjaan: Rumahan

Alamat Rumah: No. 100 Kancoran, Ds. Bangs. Anom
Kecamatan: Caturaga
Kabupaten/Kota: Banjar
No. Telp. yang bisa dihubungi: _____

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

Mata dan pengisian kehamilan

No	Urutan Kehamilan	Tempat dan tanggal lahir	Usia saat lahir (bulan)	Usia saat kelahiran (tahun)	Tempat lahir	Usia saat lahir (tahun)	Status saat lahir
1	1	20/02/71	36	1	-	174	
2	2	15/02/72	36	2	-	173	
3	3	15/02/73	36	3	170	175	
4	4	15/02/74	36	4	168	174	
5	5	15/02/75	36	5	167	173	
6	6	15/02/76	36	6	166	172	
7	7	15/02/77	36	7	165	171	
8	8	15/02/78	36	8	164	170	
9	9	15/02/79	36	9	163	169	
10	10	15/02/80	36	10	162	168	
11	11	15/02/81	36	11	161	167	
12	12	15/02/82	36	12	160	166	
13	13	15/02/83	36	13	159	165	
14	14	15/02/84	36	14	158	164	
15	15	15/02/85	36	15	157	163	
16	16	15/02/86	36	16	156	162	
17	17	15/02/87	36	17	155	161	
18	18	15/02/88	36	18	154	160	
19	19	15/02/89	36	19	153	159	
20	20	15/02/90	36	20	152	158	

Mata dan pengisian kelahiran

No	Urutan Kehamilan	Tempat dan tanggal lahir	Usia saat lahir (bulan)	Usia saat kelahiran (tahun)	Tempat lahir	Usia saat lahir (tahun)	Status saat lahir
1	1	15/02/71	36	1	-	174	
2	2	15/02/72	36	2	-	173	
3	3	15/02/73	36	3	170	175	
4	4	15/02/74	36	4	168	174	
5	5	15/02/75	36	5	167	173	
6	6	15/02/76	36	6	166	172	
7	7	15/02/77	36	7	165	171	
8	8	15/02/78	36	8	164	170	
9	9	15/02/79	36	9	163	169	
10	10	15/02/80	36	10	162	168	
11	11	15/02/81	36	11	161	167	
12	12	15/02/82	36	12	160	166	
13	13	15/02/83	36	13	159	165	
14	14	15/02/84	36	14	158	164	
15	15	15/02/85	36	15	157	163	
16	16	15/02/86	36	16	156	162	
17	17	15/02/87	36	17	155	161	
18	18	15/02/88	36	18	154	160	
19	19	15/02/89	36	19	153	159	
20	20	15/02/90	36	20	152	158	

KETERANGAN LAHIR

No.

Kang berandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa,
 Pada hari ini 20/05 tanggal 20-5-2020 pukul 09.30 wpt
 telah lahir seorang bayi.

Jenis Kelamin Laki-laki/Perempuan
 Jenis Kelahiran Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya*
 Cacahan ke 1
 Berat lahir 3100 gram
 Panjang Badan 46 cm
 di Rumah Sakit / Puskesmas / Rumah Bersalin / Polindes / Rumah Bidan / di*

Alamat
 Dibeli nama

Dari Orang Tua:
 Nama Ibu Istikomah Umur: 21 tahun
 Pekerjaan Buruh
 KTP/NIK No.
 Nama Ayah Yusuf Akhmad Prasoja Umur: 32 tahun
 Pekerjaan Buruh
 KTP/NIK No.
 Alamat Rd. Cendek, Dk. Daji, Fron
 Kecamatan Sukoharjo
 Kab./Kota Sukoharjo

Kandungin* Tanggal 20-05-2020

Saksi I [Signature] Saksi II [Signature]

SIPB
 SUKOHARJO

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

Kategori Pemeriksaan	Kunjungan I (0-48 jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl. 20-5-20	Tgl. 18-06-20	Tgl. 20-06-20
Berat badan (gram)	3100 gr	3000 gr	5000 gr
Panjang badan (cm)	46 cm	46 cm	49 cm
Suhu (°C)	36 °C	36,5 °C	36 °C
Frekuensi nafas (x/menit)	45 /menit	40 /menit	45 /menit
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	120 /menit	120 /menit	125 /menit
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	✓	✓	✓
Memeriksa ikterus	✓	✓	✓
Memeriksa diare	✓	✓	✓
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	✓	✓	✓
Memeriksa status Vit K1	✓	✓	✓
Memeriksa status imunisasi HB-0, B, C, Polio 1	HB+z	B, C, Polio 1	
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Sistem Hipertekad Kompartemen (SHK)	-	-	-
* SHK Ya / Tidak	-	-	-
* Hasil tes SHK (-) / (+)	-	-	-
* Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Tindakan terapi/pulukan/umpan balik	1 minggu lagi	-	-
Nama pemeriksa	Dian Dg	Dian Dg	Dian Dg

Pemeriksaan kunjungan mendatang menggunakan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

**CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN
IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR**

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas : 28.5.2020 Pukul : 09.40 Wita

Tanggal persalinan : Minggu

Umur kehamilan : 38 Minggu

Penolong persalinan : Dokter/Bidai/lain-lain

Cara persalinan : Normal/Tindakan

Kondisi ibu : Gawat/sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/Lokha berbau/lain-lain) / Meninggal*

Keterangan tambahan :
* Lingkari yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1

Berat Lahir : 3100 gram

Panjang Badan : 46 cm

Lingkar Kepala : 32 cm

Jenis Kelamin : Laki-laki (Perempuan)

Kondisi bayi saat lahir:**

Segera menangis Anggota gerak kebiruan

Menangis beberapa saat Seluruh tubuh biru

Tidak menangis Kelainan bawaan

Seluruh tubuh kemerahan Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir:**

Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi

Suntikan Vitamin K1

Salep mata antibiotika profilaksis

Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan :

* Lingkari yang sesuai

** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

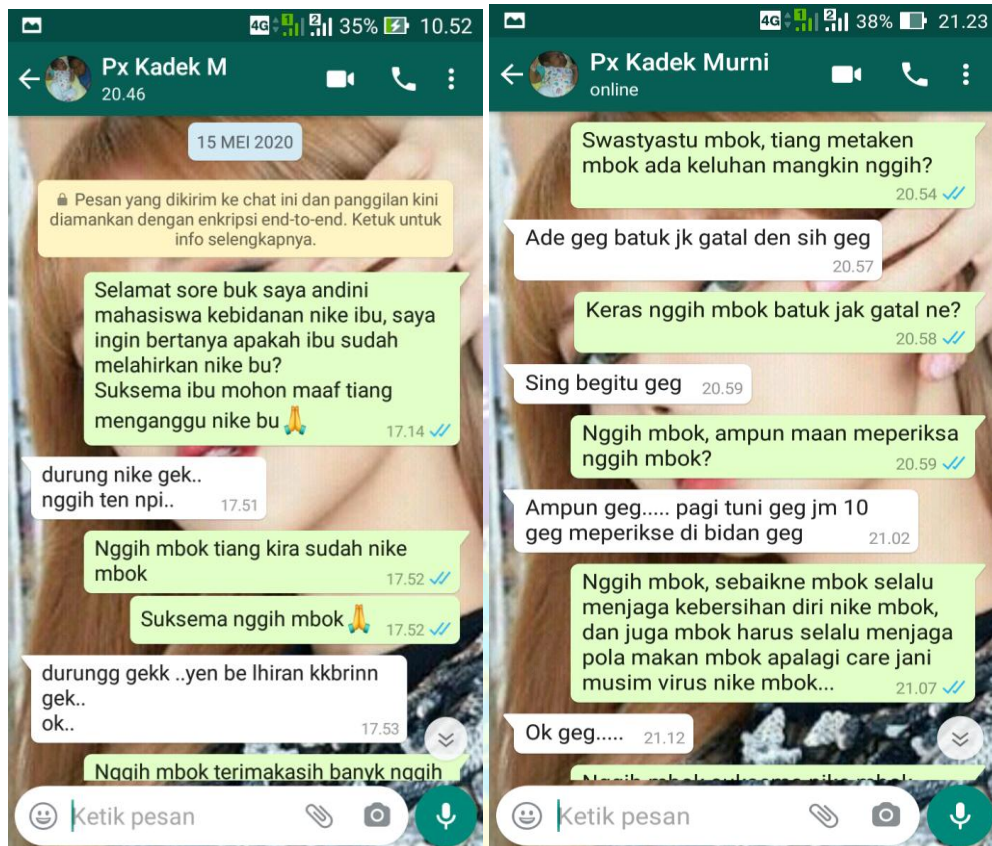
CATATAN IMUNISASI ANAK

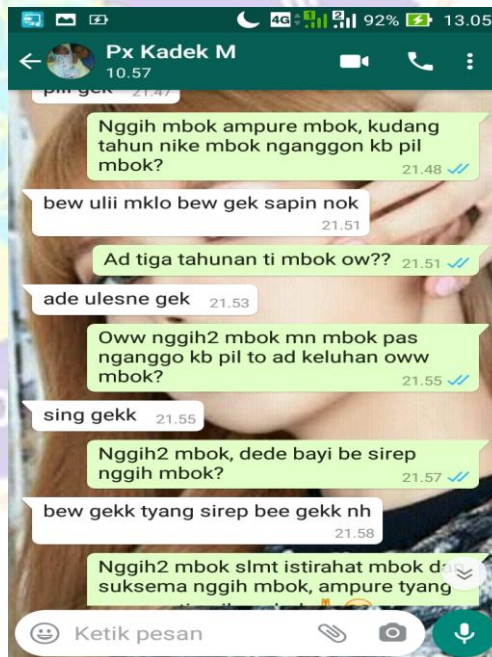
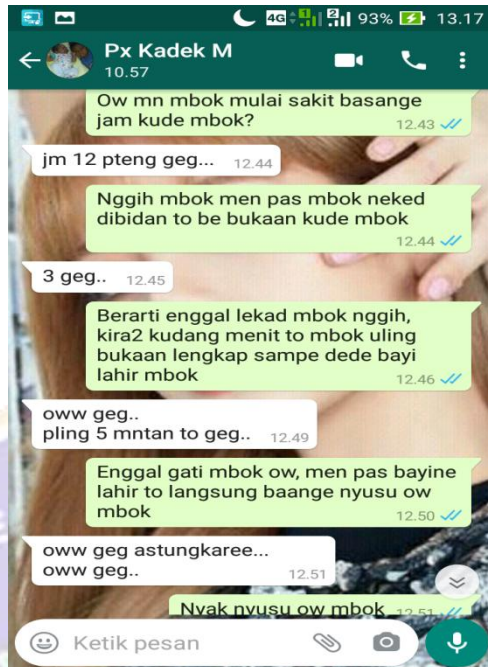
UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	28/5/20												
BCG	3/6/20												
*Polio	3/6/20												
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

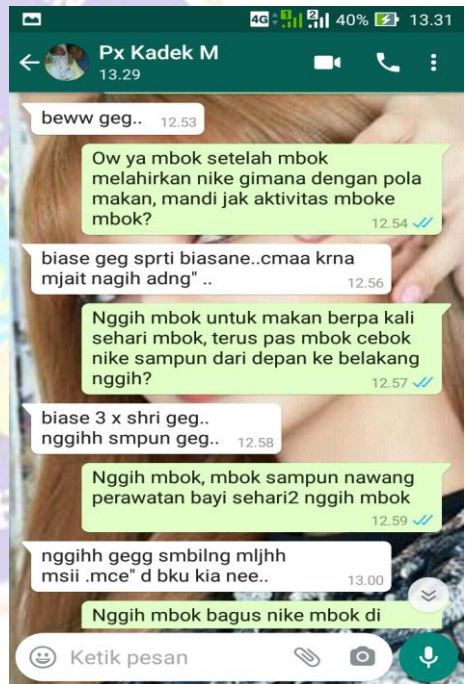
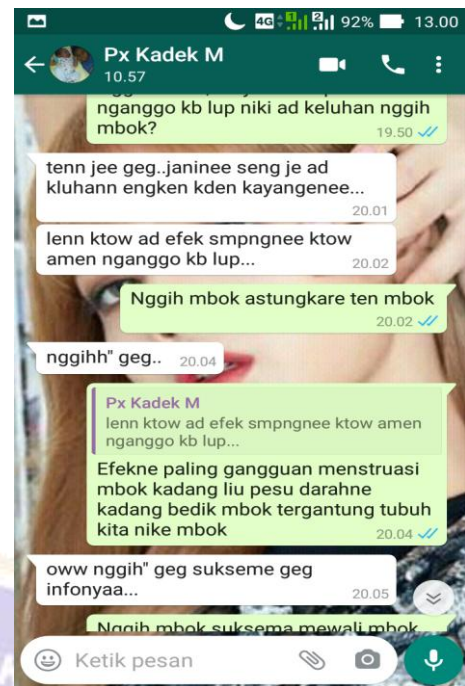
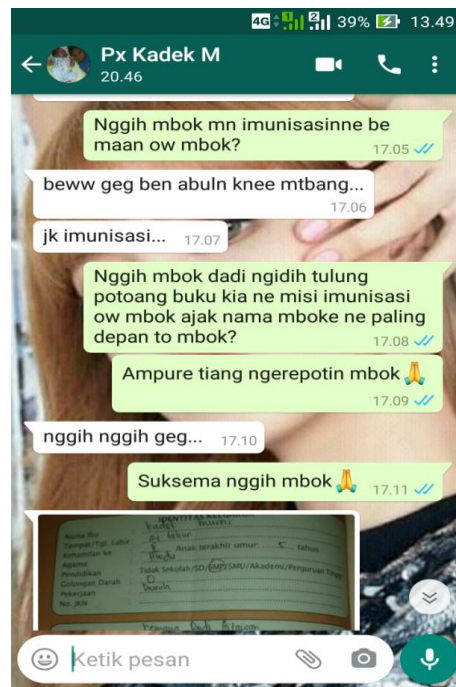
UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

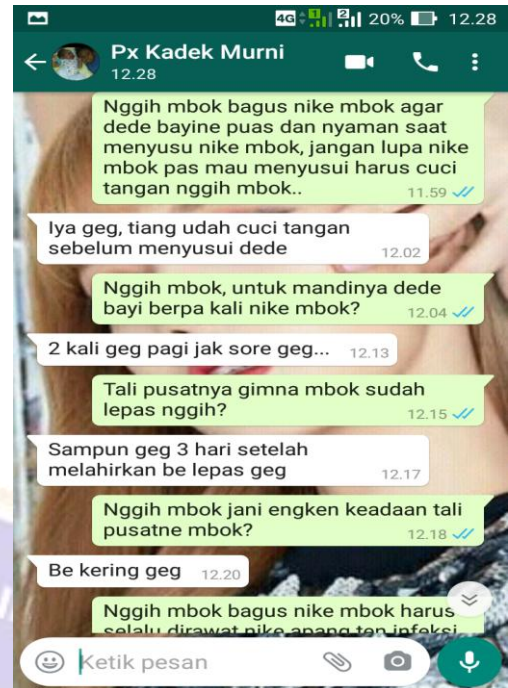
Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
 Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi
 Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun
 Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi

Dokumentasi Melalui Media Sosial WhatsApp
















**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA**

Alamat :JalanUdayana No. 11 Singaraja-Bali
Tlp.(0362) 22570 , Fax (0362) 25735 Kode Pos 81116
Laman :www.undiksha.ac.id

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

NamaMahasisiwa : Ni Made Andini
NIM : 1606091043
Angkatan : XIX
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan
"KM" G2P1A0 UK 37 Minggu 1 Hari Preskep U Puki
Janin Tunggal Hidup Intra Uteri di BPM "MY"
Wilayah Kerja Puskesmas Sukasada I Tahun 2020

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
07 Juli 2020	BAB 1-4	1. Perbaiki BAB 1-4 2. Perbaiki cara pengetikan dan spasi	
13 Juli 2020	BAB 1-4	1. Perbaiki BAB 1 2. Perbaiki BAB 4	
14 Juli 2020	BAB 4-5	1. Perbaiki kasus tentang penatalaksanaan 2. Perbaiki kesimpulan	
21 Juli 2020	BAB 1, 3,4, 5	1. Tambahkan keterbatasan dalam memberikan asuhan, perbaiki tentang metode penelitian,	

		penatalaksanaan asuhan, perbaikan kesimpulan	
23 Juli 2020	Abstrak	Perbaikan Abstrak	
24 Juli 2020	ACC		

Singaraja, Februari 2020

Pembimbing I



(Ni Komang Sulvastini, S.ST., M.Pd)
NIP. 19790802 200604 2 008





**KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA**

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

LEMBAR KONSUL PROPOSAL

Nama Mahasiswa : Ni Made Andini
NIM : 1606091043
Angkatan : XIX
Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan “KM”
G2P1A0 UK 37 Minggu 1 Hari Preskep U Puki Janin Tunggal
Hidup Intra Uteri di BPM “MY” Wilayah Kerja Puskesmas
Sukasada I Tahun 2020

Hari/ Tanggal	Materi Konsultasi	Hasil Konsultasi	Paraf Pembimbing
07 Juli 2020	BAB 1-5	1. Perbaiki BAB 1-5 2. Perbaiki cara pengetikan dan spasi 3. Perbaiki daftar pustaka	
09 Juli 2020	BAB 1-5	1. Perbaiki BAB 1 2. Perbaiki BAB 2 3. Perbaiki BAB 5 4. Perbaiki penomoran 5. Perbaiki daftar pustaka	
11 Juli 2020	BAB 1-5	1. Perbaiki BAB 1 2. Perbaiki BAB 5 3. Perbaiki daftar pustaka	
13 Juli 2020	ACC		

Singaraja, Februari 2020
Pembimbing II

Ni Wyan Dewi Tarini, S.Kep.Ns., M.Kes
NIP.19751208 199803 2 008