

Lampiran 1. Pelaksanaan Asuhan

No	Kegiatan	Tahun 2019																																			
		Januari				Februari				Maret				april				Mei				Juni				juli				agustus							
		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	1	2	3	4				
I	Perencanaan				x																																
1	Konsultasi Masalah					x																															
2	Konsultasi Judul					x																															
3	Konsultasi Proposal						x	x	x																												
4	Pengetikan Proposal					x	x	x	x																												
5	Persiapan Ujian Proposal									x																											
6	Ujian Proposal										x																										
II	Pelaksanaan																																				
1	Pengurusan Ijin											x																									
2	Pengumpulan Data												x	x																							
3	Analisa Data													x																							
4	Penatalaksanaan Asuhan													x	x	x	x	x	x																		
III	Pelaporan																																				
1	Penyusunan Laporan																					x	x	x	x												
2	Konsultasi Laporan																							x	x	x											
3	Penyebaran Studi Kasus																																				
4	Ujian Studi Kasus																																				

Lampiran 2. Lembar Permohonan Menjadi Responden

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada :

Calon Responden "KM"

Di PMB MK Wilayah Kerja

Puskesmas Buleleng I

Kabupaten Buleleng

Dengan hormat,

Saya Komang Ariska Yani, Mahasiswa Universitas Pendidikan Ganesha pada kasus yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan "KM" di PMB MK di Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I Tahun 2020" sebagai salah satu syarat Untuk menyelesaikan Pendidikan Diploma III Kebidanan Pada Jurusan Kebidanan Fakultas Ilmu Olahraga dan Kesehatan Universitas Pendidikan Ganesha. Dalam studi kasus ini dibutuhkan partisipasi ibu saat hamil, bersalin, nifas, bayi baru lahir serta memutuskan berKB.

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,



(Komang Ariska Yani)

NIM. 1706091031

Lampiran 3. Lembar Persetujuan Responden

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(INFORMED CONCENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Kadek Murtining

Umur : 30 tahun

Alamat : Banjar Dinas Pererenan Bunut, Desa Gitgit

Menyatakan bahwa saya bersedia menjadi responden dalam studi kasus yang dilakukan oleh Mahasiswi Jurusan Kebidanan pada Universitas Pendidikan Ganesha yang berjudul "Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan di PMB MK Wilayah Kerja Puskesmas Buleleng I Tahun 2020"

Tanda tangan saya menunjukkan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan dan informasi mengenai studi kasus ini, sehingga saya memutuskan untuk bersedia menjadi responden dan berpartisipasi dalam studi kasus ini.

Singaraja, 20 Maret 2020

Responden



(Kadek/Murtining)

**FORMAT PENGKAJIAN
ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL**

I. DATA SUBYEKTIF (HARI _____, TGL _____, JAM _____)

A. Biodata

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

B. Alasan Datang ke Pelayanan Kesehatan

1. Alasan Memeriksa Diri

2. Keluhan Utama

C. Riwayat Menstruasi

1. Menarche :
2. Siklus :

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

D. Riwayat Perkawinan

1. Pernikahan ke- :
2. Status Pernikahan :
3. Lama Pernikahan :
4. Jumlah Anak :

E. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas dan Laktasi yang Lalu

Hamil Ke-	TgL Lahir / Umu r Anak	U K (bl n)	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 :

F. 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 | 11). Sakit kepala yang hebat |
| 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 dan 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 | d. Minum jamu |
| b. Minum-minuman keras | e. Diurut dukun |
| c. Narkoba | f. pernah kontak dengan binatang, tidak/ya |

G. Riwayat Kesehatan

1. Penyakit/ gejala penyakit yang pernah diderita ibu:
- | | |
|-----------------------|---|
| a. Penyakit jantung | : |
| b. Terinfeksi TORCH | : |
| c. Hipertensi | : |
| d. Diabetes militus | : |
| e. Asthma | : |
| f. TBC | : |
| g. Hepatitis | : |
| h. Epilepsi | : |
| i. PMS | : |
| j. Riwayat gynekologi | : |
| a) Infertilitas | : |

- b) Cervicitis kronis :
 - c) Endometriosis :
 - 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 :

H. Riwayat Keluarga Berencana

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

I. 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/:
- 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. Pengambilan keputusan dalam keluarga
13. Rencana persalinan (tempat dan penolong)
14. Persiapan persalinan lainnya
15. Perilaku spiritual selama kehamilan

J. Pengetahuan (sesuaikan dengan umur kehamilan)

II. DATA OBYEKTIF (HARI _____ TGL _____ JAM _____)

A. Keadaan Umum

1. Keadaan Umum : baik/ lemah/ jelek
2. Keadaan emosi : stabil/ labil
3. Postur : normal/ lordose/ hiperlordose

B. Tanda-tanda Vital

1. Tekanan darah :mmHg
2. Nadi :kali/ menit
3. Suhu :⁰ C
4. Respirasi :kali/ menit

C. Antropometri

1. Berat badan :Kg
2. Berat badan sebelum hamil :Kg
3. Berat badan pada pemeriksaan sebelumnya :Kg (tanggal _____)
4. Tinggi Badan :Cm
5. LILA :Cm

D. 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. Kelenjar limfe : ada / tidak ada pembesaran
 - b. Kelenjar Tiroid : ada/ tidak ada pembesaran
 - c. Vena jugularis : ada/ tidak ada pelebaran
3. Dada
 - a) Dyspneu/Orthopneu/Thacypneu
 - b) Wheezing : ada/tidak
 - c) Nyeri dada : ada/tidak
 - d) Payudara dan aksila
 - 1). Bentuk : simetris/ asimetris
 - 2). Puting susu : menonjol/ datar/ masuk ke dalam
 - 3). Kolostrom : ada/ tidak ada, cairan lain
 - 4). Kelainan : masa atau benjolan ada / tidak, retraksi ada/ tidak
 - 5). Kebersihan : bersih/ kotor

- 6). Aksila : ada/ tidak ada pembesaran limfe
4. Abdomen
- Bekas luka operasi : ada/ tidak ada
 - Arah pembesaran :
 - Linea nigra/linea alba : ada/tidak, striae livide/striae albicans : ada/tidak
Respon :
 - Tinggi fundus uteri :jari (sebelum UK 22 minggu),cm (mulai UK 22-24 minggu)
 - Perkiraan berat janin :
 - Palpasi Leopold (mulai UK 32 minggu, atau 28 minggu apabila ada indikasi)
 - Leopold I :
 - Leopold II :
 - Leopold III :
 - Leopold IV :
 - Nyeri tekan : ada/tidak
 - DJJ
 - Punctum Maksimum :
 - Frekuensi :
 - Irama : teratur/tidak teratur
5. Anogenital
- Pengeluaran cairan : ada/tidakada, warna....., bau.....
Volume.....
 - Tanda-tanda infeksi : ada / tidak ada
 - Luka : ada/ tidak ada
 - Pembengkakan : ada/ tidak ada
 - Varises : ada/ tidak ada
 - Inspikulo vagina : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi
Hasil
 - Vaginal Toucher : tidak dilakukan / dilakukan, indikasi
Hasil
 - Anus
 - Haemorroid : ada / tidak ada
6. Tangan dan kaki
- Tangan
 - Edema : ada / tidak ada
 - Kadaan kuku : pucat / sianosis/ kemerahan
 - Kaki

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

E. Pemeriksaan Penunjang

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

III. ANALISA (HARI _____ TGL _____ JAM _____)

Diagnosa :

Masalah :

Kebutuhan :

IV. PENATALAKSANAAN (HARI _____ TGL _____ JAM _____)



Lampiran 5. Kartu Skor Poedji Rochjati

Kartu Skor Poedji Rochjati

I	II	III	IV	
KEL	N	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan

F.R	O.			I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2			
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9		Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4			
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
10	Pernah operasi sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil Kurang Darah b. Malaria,	4				
		TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		Kencing Manis (Diabetes)	4				
		Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan	8				

		ini					
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					

1. Kehamilan resiko rendah = 2
2. Kehamilan resiko tinggi = 6- 10
3. Kehamilan resiko sangat tinggi= lebih dari atau sama dengan 12



Lampiran 6. Format Pengkajian Ibu Bersalin

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN PADA IBU BERSALIN

Hari/Tanggal.....Waktu.....

I. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

	Ibu	Suami
Nama :
Umur :
Agama :
Suku/Bangsa :
Pekerjaan :
Pendidikan :
Alamat :
No HP/Telp :
Golongan Darah :

2. Alasan kunjungan dan keluhan utama:.....
3. Riwayat Persalinan ini:
4. Data Kebidanan:
- a. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang Lalu

No	Hamil Ke	Persalinan					Nifas		Bayi		
		UK	Penolong	Tempat	Jenis	Kompli kasi	laktasi	Kompli Kasi	JK	BB	

b. Riwayat Kehamilan Sekarang:

HPHT :

TP :

UK :

ANC : TM I.....kali
 TM II.....kali
 TM III.....kali

Keluhan :

TM I :

TM II :

TM III :

5. Riwayat Menstruasi
 Menarche:.....tahun, Siklus:.....hari, Ganti Pembalut.....kali/hari
 Lama:.....hari
6. Riwayat Keluarga Berencana:
7. Siklus Perkawinan
 Kawin/Tidak Kawin.....Usia Kawin.....tahun, Lama Perkawinan.....tahun

- Sah/Tidak sah
8. Data Kesehatan
 - a. Data Kesehatan sekarang :
 - b. Data Kesehatan Lalu :
 - c. Data Kesehatan Keluarga :
 - d. Riwayat Penyakit Keturunan :
 9. Data Biopsikososialspiritual:
 - a. Biologis
 - Nutrisi :makan terakhir jam:.....Jenis.....
 - Eliminasi : BAK terakhir jam.....BAB terakhir.....
 - Istirahat :
 - Aktivitas :
 - b. Psikologis
 - Respon terhadap kelahiran bayi.....
 - jenis kelamin yang diharapkan.....
 - Kekhawatiran.....
 - c. Psikososial
 - respon suami/keluarga terhadap kelahiran bayi.....
 - rencana IMD/Menyusui.....
 - d. Sosial
 - Budaya.....
 - Hubungan dengan keluarga.....
 - e. Spiritual :
 10. Pengetahuan :

II. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Umum :
2. Vital Sign : TD.....mmHg Nadi.....x/menit
S.....⁰C Pernapasan.....x/menit
3. Antopometri : BB.....Kg TB.....cm Lila.....cm
4. Pemeriksaan Fisik:
 - a. Kepala:
 - 1) Bentuk :
 - 2) Muka :
 - 3) Mulut :
 - 4) Hidung :
 - 5) Mata :
 - 6) Telinga :
 - b. Leher :
 - 1) Kelenjar tiroid :
 - 2) Kelenjar getah bening :
 - c. Dada dan Aksila :
 - 1) Retraksi :
 - 2) Wheezing :
 - 3) Ronchi :

- 4) Payudara :
- 5) Pembesaran kelenjar limfe :
- d. Abdomen:
 - 1) Pembesaran :
 - 2) Striae :
 - 3) Linea :
 - 4) Gerakan Janin :
- e. Pemeriksaan Palpasi:
 - 1) Leopold :
 - Leopold 1 :
 - Leopold 2 :
 - Leopold 3 :
 - Leopold 4 :
 - 2) Perlimaan :
 - 3) Mc. Donald :
 - 4) DJJ :
 - 5) His :
- f. Genetalia Eksterna
 - 1) Oedema :
 - 2) Varices :
 - 3) Tanda Infeksi :
 - 4) Kelenjar Bartolini dan Skene:
 - 5) Pengeluaran Pervaginam : lendir darah.....air ketuban.....
 - 6) Anus :
- g. Periksa Dalam:
 - 1) Pukul/Jam :
 - 2) Vagina: skibala....sistokel....rektokel.....
 - 3) Porsio : konsistensi.....efficement.....dilatasi.....
 - 4) Selaput ketuban:
 - 5) Presentasi :
 - 6) Denominator :
 - 7) Posisi :
 - 8) Moulage :
 - 9) Penurunan :
 - 10)Bagian Kecil janin/TI Pusat:.....
- h. Ekstermitas :
- 5. Pemeriksaan Penunjang :

III. ANALISA DATA

Diagnosa :

Masalah :

IV. PENATALAKSANAAN



V. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal Waktu Tempat	Catatan Perkembangan	Paraf>Nama







--	--	--



Lampiran 7. Lembar Partograf

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 01-09-2018
- Nama bidan: Desak Md. Kusarini
- Tempat persalinan:
 - Puskesmas
 - Rumah Ibu
 - Polindes
 - Klinik Swasta
 - lainnya: PMB San Mekar
- Alamat tempat persalinan:
- Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat menujuk:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawatdarurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Partogram melewati garis waspada: Y T
- Masalah lain, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tsb:
- Hasilnya:

KALA II

- Episiotomi:
 - Ya, indikasi:
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - suami
 - teman
 - tidak ada
 - keluarga
 - dukun
- Gawat janin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 -
 -
 - Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil:
- Distosia bahu
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

KALA III

- Inisiasi Menyusu Dini
 - Ya
 - Tidak, alasannya:
- Lama kala III: menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im?
 - Ya, waktu: menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan:
 - Penjepitan tali pusat menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan:
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	00.05	110/90 mmHg	76 x/m	36,5°C	2jr ↓ PST	baik	tidak penuh	± 100 cc
	00.20	110/90 mmHg	76 x/m		2jr ↓ PST	baik	tidak penuh	± 80 cc
	00.35	110/90 mmHg	79 x/m		2jr ↓ PST	baik	tidak penuh	± 80 cc
	00.50	110/90 mmHg	79 x/m		2jr ↓ PST	baik	tidak penuh	± 60 cc
2	01.20	120/80 mmHg	72 x/m	36,6°C	2jr ↓ PST	baik	tidak penuh	± 40 cc
	01.50	120/80 mmHg	72 x/m		2jr ↓ PST	baik	tidak penuh	± 20 cc

24. Masase fundus uteri?

- Ya
- Tidak, alasan:

25. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya/Tidak)

- Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 -
 -

26. Plasenta tidak lahir >30 menit:

- Tidak
- Ya, tindakan:

27. Laserasi:

- Ya, dimana:
- Tidak

28. Jika laserasi perineum, derajat: 1/2/3/4

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

29. Atoni uteri:

- Ya, tindakan:
- Tidak

30. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ± 150 ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut:

Hasilnya:

KALA IV

- Kondisi ibu: KU: baik ^{12/80} TD: mmHg Nadi: ⁸⁴ x/mnt Napas: ²⁴ x/mnt
- Masalah dan penatalaksanaan masalah:

BAYI BARU LAHIR:

- Berat badan: 2.800 gram
- Panjang badan: 48 cm
- Jenis kelamin: P L
- Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
- Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - memastikan IMD atau naturi menyusu segera
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan:
 - mengeringkan
 - rangsang taktil
 - bebaskan jalan napas
 - rangsang taktil
 - menghangatkan
 - bebaskan jalan napas
 - bebaskan jalan napas lain-lain, sebutkan:
 - pakailah/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan:
 - Hipotermi, tindakan:
 -
 -
 -
- Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 - Ya, waktu: jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
- Masalah lain, sebutkan:
- Hasilnya:

Paraf,

 (Ariska Yuni)

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN PADA BAYI BARU LAHIR

Hari/Tanggal.....Waktu.....

I. DATA SUBYEKTIF

1. Biodata

a. Bayi :

Nama :

Umur/Tanggal/Jam Lahir :

Jenis Kelamin :

b. Orang Tua

Ibu

Suami

Nama :

Umur :

Agama :

Suku/Bangsa :

Pekerjaan :

Pendidikan :

Alamat :

No HP/Telp :

Golongan Darah :

2. Alasan di rawat dan keluhan utama:.....

3. Riwayat Pranatal:

4. Riwayat Intranatal:

5. Faktor Infeksi : TBC, Demam saat persalinan, KPD > 6 Jam, Hepatitis B atau C, sifilis, HIV/AIDS, Penggunaan obat

II. DATA OBYEKTIF

- 1. Tanggal/Jam Lahir :
- 2. Jenis kelamin :
- 3. Tangis :
- 4. Gerak :

III. ANALISA DATA

Diagnosa :

Masalah :

IV. PENATALAKSANAAN



V. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari/Tanggal	CATATAN PERKEMBANGAN	Paraf>Nama
--------------	----------------------	------------

Waktu

Tempat









Lampiran 9. Format Pengkajian Ibu Nifas

ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Tgl.....jam.....

A. SUBYEKTIF

1. Identitas

Ibu

Suami

Nama :
 Umur :
 Agama :
 Suku :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Alamat :

2. Keluhan Utama

3. Riwayat Menstruasi

4. Riwayat Perkawinan

5. Riwayat Kesehatan ibu dan keluarga

6. Riwayat Kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

No	Umur berakhirnya kehamilan	Jalannya persalinan	Penolong	Tempat Bersalin	Keadaan Nifas	Keadaan anak			
						Umur	JK	BB Lahir	Hidup/mati



7. Riwayat kehamilan persalinan dan nifas sekarang
 - a. Kehamilan

- b. Persalinan
 - 1) Kala I

- 2) Kala II

- 3) Kala III

- 4) Kala IV

- c. Nifas
8. Riwayat laktasi

9. Riwayat Kontrasepsi

10. Pola Kebiasaan sehari-hari

- a. Biologi
 - 1) Respirasi
 - 2) Nutrisi



- 3) Eleminasi
- 4) Aktivitas
- 5) Istirahat dan tidur
- 6) Seksual

b. Psikologi

c. Social

d. Spiritual

e. Cultural

f. Pengetahuan



B. OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik

Kadaan Umum, Ksadaran

BB: Kg, TB.....Cm

TD:.....mmHg; N;.....x/menit; S:.....C,R:x/menit

a. Inspeksi

- 1) Kepala
- 2) Wajah/Muka
- 3) Mata
- 4) Hidung
- 5) Mulut

- 6) Telinga
- 7) Leher
- 8) Dada
- 9) Abdomen
- 10) Genetalia
- 11) Ekstermitas, tanda human

- b. Palpasi
- 1) Leher
 - 2) Payudara
 - 3) Ekstermitas

- c. Auskultasi
- 1) Dada

- d. Perkusi
- 1) Reflek Patela :
 2. Pemeriksaan penunjang (tgl, jam)

3. Data bayi

4. Skor Bonding Attachment

C. ANALISA

P.....

D. PELAKSANAAN





Lampiran 10. Format Pengkajian KB

FORMAT

ASUHAN KEBIDANAN PADA AKSEPTOR KB

Tanggal/Bulan/ Tahun :.....

Tempat Pelayanan :.....

A. DATA SUBJEKTIF

1. Identitas

	Ibu	Suami
Nama	:

Umur :
 Agama :
 Suku/Bangsa :
 Pendidikan :
 Pekerjaan :
 Alamat :
 No Telp :

2. Alasan Datang
 - a. Kunjungan pertama : ingin menjadi akseptor KB.....
 - b. Kunjungan Ulang : Kontrol/Ganti cara/ Berhenti
3. Keluhan Utama
 - a. Jenis keluhan....., lama keluhan.....
 - b. Upaya yang sudah dilakukan untuk mengatasi.....
4. Riwayat menstruasi

HPHT :

Sebelum penggunaan kontrasepsi

 - a. Jumlah darah : ±.....pembalut/hari
 - b. Siklus :hari, lamanya.....hari
 - c. Keluhan :

Setelah Penggunaan alat Kontrasepsi

 - a. Jumlah darah : ±.....pembalut/hari
 - b. Siklus :hari, lamanya.....hari
 - c. Keluhan :
5. Riwayat Perkawinan

Status perkawinan : sah/ tidak sah, umur menikah : suami.....th, istri.....th, lama menikah.....tahun
6. Riwayat Obstetri

Jumlah anak hidup.....orang, Laki-laki.....orang, perempuan.....orang, umur anak terkecil.....bulan/ tahun.

Laktasi : sedang menyusui, jika iya eksklusif? Jika tidak rencana menyusui sampai..... bulan.
7. Riwayat Ginekologi

Pernah/ sedang mengalami : infertilitas, myoma, Kanker, kelainan menstruasi, infrksi kandungan , dan lain-lain.
8. Riwayat Keluarga Berencana
 - a. Tidak pernah/pernah menggunakan alat kontrasepsi, jika pernah jenis, lama pemakaian....., keluhan.....
 - b. Ganti cara, jenis apa....., diganti dengan....., alasan.....
 - c. Berhenti, alasan.....rencana jumlah anak.....orang
9. Riwayat Penyakit Ibu

Apakah pernah/sedang mengalami penyakit, seperti :
 DM, Jantung, TBC, Hipertensi, Asthma, Vertigo, PMS, atau riwayat alergi.
10. Bio, Psiko, sosial, dan spiritual
 - a. Biologis
 - 1) Bernafas : ada keluhan / tidak ada keluhan
 - 2) Nutrisi : ada keluhan / tidak ada keluhan
 - 3) Eliminasi : ada keluhan / tidak ada keluhan
 - 4) Istirahat : ada keluhan / tidak ada keluhan
 - 5) Aktifitas : Jenis aktifitas yang dilakukan.....ada keluhan / tidak ada keluhan

- 6) Hubungan seksual : ada keluhan / tidak ada keluhan
- b. Psikologis
- a. Tujuan menggunakan alat kontrasepsi, untuk : Menunda kehamilan, mengatur jarak kehamilan, menghentikan kehamilan.
 - b. Persiapan mental : siap, tidak siap, alasan : malu/ takut/ sakit
- c. Sosial
- 1) Hubungan antar keluarga : baik/ tidak baik : alasan.....
 - 2) Dukungan Keluarga : Baik / tidak baik, alasan.....
 - 3) Pengambil keputusan : sendiri/bersama keluarga
 - 4) Budaya yang mrnghambat pemakaian kontrasepsin: tidak ada/ ada.....
- d. Spiritual
- Larangan agama : tidak ada/ ada.....
11. Pengetahuan/ Hal yang belum diketahui sehubungan dengan kontrasespsi yang dipilih:
Kelemahan, efeksamping, lama penggunaan, sex hygiene, cara mengatasi efeksamping.
12. Hasil konseling awal dan imformed consent untuk pemeriksaan lanjut : setuju / tidak setuju,
alasan :
- B. DATA OBJEKTIF**
- Kedaaan umum :, Kesadaran:.....
- BB :.....Kg, TB :.....cm (khusus untuk kontrasepsi hormonal)
- TD:.....mmHg, S :.....°C, N :.....kali/mnt, Resp :.....kali/mnt
1. Pemeriksaan fisik .
- a. Kepala : tidak ada kelainan, rambut rontok
 - b. Wajah : tidak ada kelainan, cloasma, acne/jerawat, pucat, oedema.
 - c. Mata : Tidak ada kelaian, Plpebra oedema, Sclera : kuning, merah. Konjungtiva : pucat.
 - d. Bibir : tidak ada kelainan, pucat, biru, mukosa mulut : kering
 - e. Dada dan aksila : Tidak ada kelainan, bentuk payudara : simetris, retraksi puting susu, benjolan patologis, cairan patologis, nyeri tekan, dan lain-lain.
 - f. Abdomen : Tidak ada kelainan, bekas operasi, Benjolan patologis, Distensi, Pembesaran hati.
 - g. Pembesaran limfe, nyeri tekan, lokasi.....
 - h. Pembengkakan kelenjar inguinalis.
 - i. Vulva : tidak ada kelainan, kotor, pengeluaran.....warna :, bau.....nyeri, bengkak, merah, ulkus, Condiloma akuminata.
 - j. Anus : tidak ada kelainan, hemoroid
 - k. Ekstremitas : tidak ada kelainan, oedema, varises, kuku : pucat, biru
2. Pemeriksaan Penunjang.
- Tes kehamilan..... IVA : Pap Smear :
- Apusan vagina :
3. Hasil Konseling lanjutan dan informed consent untuk intervensi : setuju / tidak setuju,
menunda, kesepakatan kunjungan ulang tanggal.....
- C. ASSESMENT**
1. Calon akseptor kontrasepsi.....
 2. Akseptor baru kontrasepsi.....
 3. Akseptor lama kontrasepsi.....
 4. Akseptor lama kontrasepsi....., ganti cara ke kontrasepsi.....
 5. PUS/WUS dengan pilihan kontrasepsi belum rasional
Masalah.....
- D. PLANING**
1. Informed Consent pelaksanaan
 2. KIE pra pemasangan/pemberian alkon
 3. Pemasangan/pemberian alkon
 4. KIE pasca tindakan
 5. Konseling kunjungan ulang



Lampiran 11. Lembar Konsul Pembimbing I



UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
FAKULTAS OLAHRGA DAN KESEHATAN
JURUSAN KEBIDANAN

Jln Bisma Barat No: 25.A Tlp. (0362) 70001042, Fax (0362)
21340 Kado Pos 81117

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Komang Ariska Yani
NIM : 1706091031
Judul Laporan : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan
"KM" di PMB MK Wilayah Kerja Puskesmas
Buleleng I tahun 2020.

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil konsultasi	Paraf Pembimbing
Selasa, 23 Juni 2020	Konsultasi BAB 1,2,3,4,5	Perbaikan BAB 1,2,3,4,5 Tata Tulis	<i>2</i>
Jum'at, 03 Juli 2020	Konsultasi Revisian BAB 1,2,3,4,5	Perbaikan Revisian BAB 1,2,3,4,5 Tata Tulis	<i>2</i>
Senin, 06 Juli 2020		ACC	<i>2</i>

Singaraja, Juli 2020

Pembimbing I

2

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

NIP. 19830716 200604 2 009



UNIVERSITAS PENDIDIKAN GANESHA
FAKULTAS OLAHRGA DAN KESEHATAN
JURUSAN KEBIDANAN

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

LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasisiwa : Komang Ariska Yani
NIM : 1706091031
Judul Laporan : Asuhan Kebidanan Komprehensif pada Perempuan
"KM" di PMB MK Wilayah Kerja Puskesmas
Buleleng I tahun 2020.

Hari/ Tanggal	Materi konsultasi	Hasil konsultasi	Paraf Pembimbing
Senin, 06 Juli 2020	Konsultasi BAB 1,2,3,4,5	-Perbaikan penulisan daftar pustaka -Tata tulis	
Selasa, 07 Juli 2020	Konsultasi revisian BAB 1,2,3,4,5 dan penulisan daftar pustaka	-Perbaikan tata tulis	
Kamis, 09 Juli 2020		ACC	

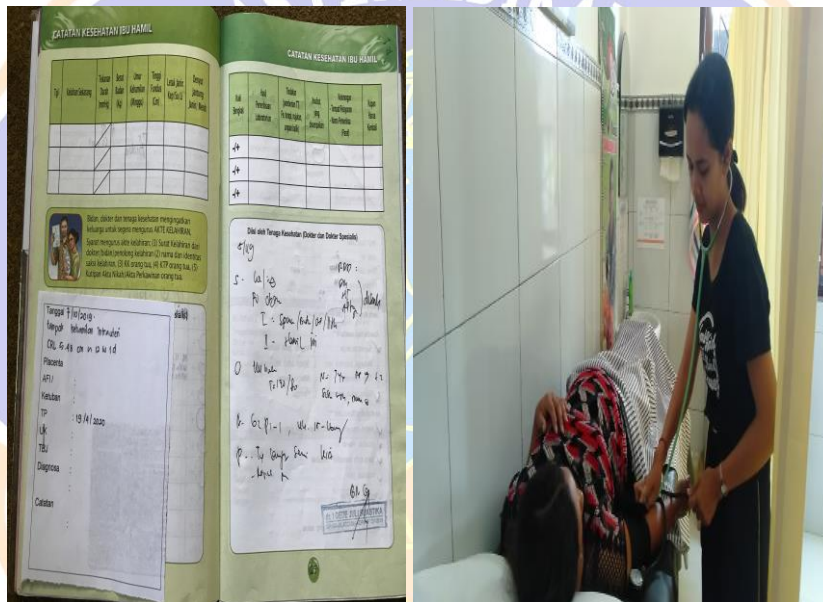
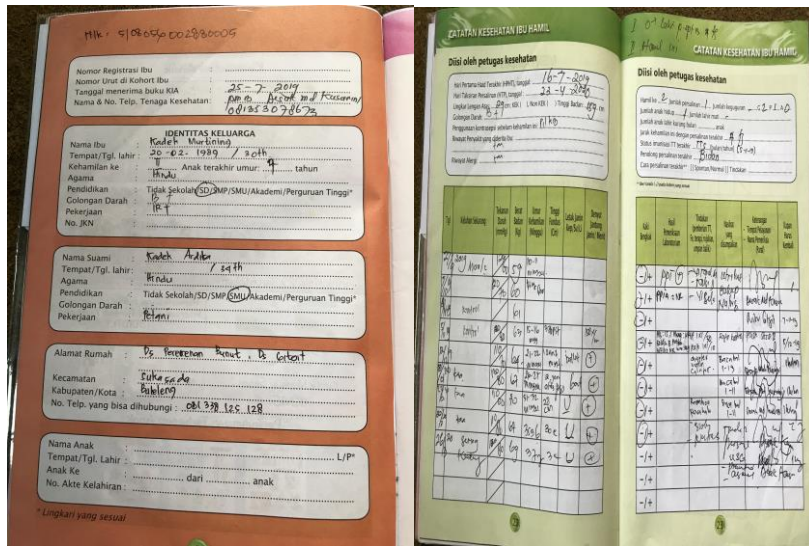
Singaraja, Juli 2020

Pembimbing II

Ni Ketut Erawati, S.Kep.Ns.M.Pd

NIP. 19970601 199903 2 003

Dokumentasi LTA



UNDIKSHA



UNDIKSHA



UNDIKSHA