

Lampiran 1

**FORMAT PENGKAJIAN**  
( KEPERAWATAN IBU HAMIL)

**PENGKAJIAN**

Tanggal : .....

Jam : .....

Tempat : .....

Oleh : .....

**A. SUBJEKTIF**

1. Identitas klien

Nama ibu : .....

Umur : .....

Suku/Bangsa : .....

Agama : .....

Pendidikan : .....

Pekerjaan : .....

Alamat lengkap : .....

No HP : .....

Nama Suami : .....

Umur : .....

Suku/Bangsa : .....

Agama : .....

Pendidikan : .....

Pekerjaan : .....

Alamat lengkap : .....

No HP : .....

2. Alasan datang

.....

.

3. Keluhan utama

.....

.

4. Riwayat kesehatan:

a. Riwayat kesehatan terdahulu

.....

.

b. Riwayat kesehatan sekarang

.....

.

c. Riwayat kesehatan keluarga

.....

.

5. Riwayat obstetri

a. Riwayat haid

1) Menarche

.....

.

2) Siklus : Hari, teratur/tidak teratur

3) Lamanya

.....

.

4) Banyaknya : (Di tulis perhari dengan banyaknya pembalut yang digunakan)

5) Sifat darah

.....

.

6) Dismenorea

.....

.

7) HPHT

.....

8) HTP :.....

b. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang lalu

No	Hamil ke	Usia kehamilan	Jenis persalinan	Penolong persalinan	Penyulit	Bayi baru lahir			Keadaan nifas
						JK	BB	PB	

c. Riwayat kehamilan sekarang

1) G...P...A...

2) Frekuensi ANC

a) ANC dimana berapa kali .....

b) PP test: kapan, dimana, oleh siapa, hasil? .....

c) Keluhan atau masalah : .....

d) Obat/suplementasi : .....

e) Screening imunisasi : .....

f) Nasihat atau pendidikan kesehatan yang di dapat: .....

3) TRIMESTER II

a) Gerakan janin pertama kali dirasakan ibu kapan?

Sehari berapa kali gerak? Gerakan dalam 2 jam terakhir

b) Keluhan atau masalah : .....

c) Obat/suplementasi : .....

d) Nasihat/pendidikan kesehatan yang di dapat : .....

4) TRIMESTER III

a) Gerakan janin pertama kali dirasakan ibu kapan?

Sehari berapa kali bergerak?

b) Keluhan atau masalah : .....

c) Obat/suplementasi : .....

d) Nasihat/pendidikan kesehatan yang di dapat : .....

6. Riwayat perkawinan

a. Status perkawinan : .....

b. Usia kawin : .....

c. Lama perkawinan : .....

7. Riwayat KB

a. Alat kontrasepsi yang pernah digunakan : .....

b. Lamanya penggunaan : .....

c. Keluhan/masalah : .....

d. Alasan berhenti : .....

e. Rencana KB selanjutnya : .....

8. Pola kebutuhan sehari-hari

a. Pola nutrisi sebelum dan selama hamil

1) Makan

a) Frekuensi/porsi :

.....

b) Terakhir makan :

.....

c) Jenis makanan sebelum dan saat hamil :

.....

d) Pantangan :

.....

2) Minum

a) Frekuensi sebelum dan selama hamil :

.....

b) Jenis minuman :

.....

b. Pola eliminasi sebelum dan selama hamil

1) BAB

a) Frekuensi :

.....

b) Konsistensi:

.....

c) Keluhan : Sebelum dan selama hamil

2) BAK

a) Frekuensi :

.....

b) Konsistensi :

.....

c) Keluhan :

.....

c. Pola aktivitas sebelum dan selama hamil

1) Mobilisasi :

.....

2) Aktivitas sehari-hari : Sebelum dan hamil

3) Olahraga :

.....

4) Keluhan :

.....

d. Pola istirahat sebelum dan selama hamil

1) Tidur siang :

.....

2) Tidur malam : Sebelum dan hamil

3) Keluhan :

.....

e. Pola personal hygiene sebelum dan selama hamil

1) Frekuensi mandi :

.....

2) Gosok gigi : Sebelum dan selama hamil

3) Ganti pakaian :

.....

4) Keramas :

.....

f. Pola seksual sebelum dan selama hamil

1) Aktivitas seksual : Frekuensi sebelum dan selama hamil

2) Keluhan :

9. Psikososial, kultural, spiritual

a. Psikososial

1) Respon ibu dan keluarga dalam penerimaan terhadap kehamilan :

.....

2) Dukungan keluarga terhadap kehamilan :

.....

3) Hubungan dengan suami :

.....

b. Kultural

1) Pantangan/adat istiadat, kebiasaan yang berhubungan dengan kehamilan :

.....

2) Pengambilan keputusan dalam keluarga :

.....

3) Kebiasaan hidup :

.....

.

10. Data pengetahuan ibu: pengetahuan ibu tentang kehamilan dan permasalahannya

11. Lingkungan yang berpengaruh



a. Kondisi tempat tinggal ibu :

.....

b. Hewan peliharaan :

.....

c. Kondisi MCK :

.....

**B. OBJEKTIF**

1. Keadaan umum :

.....

2. Tingkat kesadaran :

.....

3. Tanda vital :

.....

a. TD : mmHg

b. Nadi : x/mnt

c. Suhu : °C

d. RR : x/mnt

4. Berat badan sekarang:.....kg,..... BB sebelum hamil:.....kg

5. Tinggi badan : ..... cm

6. Lila : ..... Cm

7. Pemeriksaan fisik

a. Kulit kepala :

.....

b. Rambut :  
.....

c. Muka :  
.....

d. Mata :  
.....

e. Mulut :  
.....

f. Telinga :  
.....

g. Hidung :  
.....

h. Leher :  
.....

i. Dada dan axilla :  
.....

j. Abdomen :  
.....

k. Genetalia :  
.....

l. Ekstremitas :  
.....

8. Status obstetrikus

a. Inspeksi muka :

.....

b. Dada :

.....

c. Abdomen :

.....

Leopold I :

.....

Leopold II :

.....

Leopold III :

.....

Leopold IV :

.....

TFU: ....cm, TBJ: .....gram

a. Auskultasi DJJ : ..... x/mnt

b. Pemeriksaan panggul :

.....

c. Reflek patella :

.....

.....

9. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan laboratorium: darah, urine reduksi, protein urine

**C. ANALISA DATA**

Tanggal : .....

Pukul : .....

No	Data	Etiologi	Problem

**D. DIAGNOSA KEPERAWATAN**

Tanggal : .....

Pukul : .....

No.	Tgl/Jam	Diagnosa Keperawatan	Paraf

**E. PERENCANAAN**

Tanggal : .....

Pukul : .....

No.	Tanggal / Jam	Intervensi Keperawatan	Rasional

**F. PELAKSANAAN**

Tanggal : .....

Pukul : .....

Tgl/Jam	Diagnosa	Tindakan	Paraf

**G. EVALUASI**

Tanggal : .....

Pukul : .....

Tgl/Jam	Diagnosa	Evaluasi	Paraf



Lampiran 2

**DOKUMENTASI**

**KLIEN 1 :**



**KLIEN 2 :**



## Lampiran 3

## LEMBAR KONSULTASI



SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)  
BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO  
JL. Raya Jabon km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203  
Email : stikes\_ppni@telkom.net

## LEMBAR KONSULTASI



Nama Mahasiswa : CITRA AULIA WULANDARI

NIM : 202103043

Pembimbing : Dr. Noer Saudah, S.Kep.Ns. M.Kes

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN PERFUSI  
PERIFER TIDAK EFEKTIF PADA KASUS ANEMIA DI RUMAH SAKIT RA.  
BASOENI MOJOKERTO

No	Tanggal	Konsultasi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	29/08/2022	Revisi Pembahasan	
2.	29/08/2022	Revisi Intervensi	
3.	25/08/2022	Revisi Diagnosa	
4.	25/08/2022	Revisi Implementasi	





SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN (STIKES)  
 BINA SEHAT PPNI MOJOKERTO  
 JL. Raya Jabon km 6 Mojokerto, Telp/Fax. (0321) 390203  
 Email : stikes\_ppni@telkom.net


### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : CITRA AULIA WULANDARI

NIM : 202103043

Pembimbing : Dr. Noer Saudah, S.Kep.Ns. M.Kes

Judul : ASUHAN KEPERAWATAN IBU HAMIL DENGAN PERFUSI  
 PERIFER TIDAK EFEKTIF PADA KASUS ANEMIA DI RUMAH SAKIT RA.  
 BASOENI MOJOKERTO

No	Tanggal	Konsultasi Bimbingan	Tanda Tangan
1.	16 September 2022 ( Penguji 1 : Catur Prasastia L.D, S.Kep.Ns.,M.Kes)	- Tambahkan jam pengkjian - Benahi keterbatasan - Pada Intervensi tambahkan rasional pemberian omega 3 - Saran sebaiknya ditulis bagi ibu hamil bukan pasien, saran untuk bagi tenaga kesehatan di benahi	
2.	16 September 2022 ( Penguji 2 : Dr. noer Saudah, S.Kep.Ns.M.Kes)	- Tambahkan pada edukasi pemberian hati ayam untuk untervensi - Tambahkan jam pengkajian - Benahi penullsan sesuai panduan KIAN	