

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

No. Register :
Masuk RS/PKM/BPM Tanggal/Pukul :
Dirawat di ruang :

I. PENGKAJIAN DATA Tanggal/Pukul : WIB Oleh :

A. DATA SUBYEKTIF

Biodata	Ibu	Suami
Nama	:	
Umur	:	
Agama	:	
Suku/bangsa	:	
Pendidikan	:	
Pekerjaan	:	
Alamat	:	

No Telpn:

1. Alasan datang/dirawat
.....
.....
..

2. Keluhan utama
.....
.....
..

3. Riwayat perkawinan
Status perkawinan : Menikah ke :
Lama : Usia menikah pertama kali :

4. Riwayat obstetrik : G..... P....A....Ah....

Hamil ke	Persalinan							Nifas	
	Tanggal	Umur kehamilan	Jenis persalinan	Penolong	Komplikasi	JK	BB lahir	Laktasi	Komplikasi

5. Riwayat kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis kontrasepsi	Pasang				Lepas			
		Tanggal	oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	oleh	Tempat	Alasan

6. Riwayat kesehatan

a. Penyakit yang pernah/sedang diderita (menular, menurun dan menahun)

.....

.....

.....

b. Penyakit yang pernah/sedang diderita keluarga (menular, menurun dan menahun)

.....

.....

.....

c. Riwayat operasi

.....

.....

d. Riwayat alergi obat

.....

.....

.....

7. Pola pemenuhan kebutuhan masa nifas

a. Nutrisi

Makan

Minum

Frekuensi : x/hari x/hari

Jenis :

Porsi :

Pantangan :

Keluhan :

b. Eliminasi

BAB

BAK

Frekuensi : x/hari x/hari

Warna :

Konsistensi :

Keluhan :

c. Istirahat

Tidur siang

Lama : jam/hari jam/hari

Keluhan :
 Tidur malam
 Lama : jam/hari jam/hari
 Keluhan :

d. Personal Hygiene

Mandi : x/hari
 Ganti pakaian : x/hari
 Gosok gigi : x/hari
 Keramas : x/minggu

e. Mobilisasi

.....

f. Pola aktivitas

.....

8. Pengalaman Menyusui (Teknik, lama dan keluhan)

.....

9. Kebiasaan yang mengganggu kesehatan (merokok, minum jamu, minuman beralkohol)

.....

10. Data psikososial, spiritual dan ekonomi (penerimaan ibu/suami/keluarga terhadap kelahiran, dukungan keluarga, hubungan dengan suami/keluarga/tetangga, perawatan bayi, kegiatan ibadah, kegiatan sosial, keadaan ekonomi keluarga)

.....

.....
.....

11. Pengetahuan ibu tentang nifas dan menyusui

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

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Keadaan umum :
Kesadaran :
Status emosional :
Tanda vital :
Tekanan darah :mmHg Nadi :x/menit
Pernafasan :x/menit Suhu :x/menit
BB :kg TB :cm

2. Pemeriksaan Fisik

Kepala :
Wajah :
Mata :
Hidung :
Mulut :
Telinga :
Leher :
Dada :
Payudara :
Abdomen :
Ekstremitas
Atas :
Bawah :
Genetalia :
Lokhea
Jahitan
Anus :

3. Pemeriksaan penunjang Tgl : Pukul : WIB

.....

.....

..

.....

.....

..

.....

.....

..

4. Data penunjang

Riwayat persalinan

Tempat persalinan :

Tanggal persalinan :

Jenis persalinan : spontan/tindakan:

Atas indikasi:

Penolong :

Komplikasi :

• Partus lama :jam

• KPD :jam

Plasenta : lengkap/tidak

• Lahir : spontan/manual

• Ukuran/Berat :

• Tali pusat : panjangcm, insersio:

• Kelainan :

Perineum : utuh / ruptur (derajat 1/2/3/totalis) / episiotomi
(medialis / lateralis / mediolateralis)

Jahitan dalam benang

Jahitan luar benang

Perdarahan Kala I cc

Kala II cc

Kala III cc

Kala IV cc

Selama operasi cc

Tindakan lain : Infus

Tranfusi darah

Lama persalinan Kala Ijammenit

Kala IIjammenit

Kala IIIjammenit

Kala IVjammenit

Operasijammenit

Kadaan bayi saat lahir

II. INTERPRETASI DATA

A. Diagnosa kebidanan

.....

.....

Data Dasar:

.....

.....

.....

[illegible]

VII. EVALUASI Tanggal : Pukul : WIB

[illegible]

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Pembimbing Institusi

Pembimbing Lahan

Mahasiswa

.....

.....

.....

.....

.....

.....