

MASUK RS TANGGAL, JAM :
 DIRAWAT DI RUANG :
 HARI, TANGGAL : JAM :

Biodata	Ibu	Suami
Nama :		
Umur :		
Agama :		
Suku/ Bangsa :		
Pendidikan :		
Pekerjaan :		
Alamat :		
No.Telp/ Hp :		

1. Keluhan Utama

.....

Kawinkali, kawin pertama umur.....tahun, dengan suami sekarang.....tahun

Menarche umur..... tahun, siklus.....hari, teratur/ tidak. Lamanya.....hari, sifat darah encer/ beku.
 Bau, fluor albus ya/ tidak. Disminorea ya/ tidak. Banyaknya.....
 HPMT..... HPL.....

.....

.....

P.....Ab.....Ah.....

[illegible]

POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
PRODI DIII KEPERAWATAN

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

7. Riwayat Kontrasepsi yang digunakan

No	Jenis Alkon	Mulai memakai				Berhenti/ ganti				Keterangan
		Tgl	Oleh	Tempat	Keluhan	Tgl	Oleh	Tempat	Keluhan	

8. Riwayat kehamilan dan persalinan terakhir

Masa Kehamilan :minggu

Tempat Persalinan : Penolong

Jenis Persalinan : tindakan SC
Atas indikasi.....

Komplikasi :

Plasenta : lengkap/ tidak

- Lahir : spontan / manual
- Kelainan :,.....

Perineum : utuh/ ruptur (derajat 1 / 2 / 3 / totalis)
Episiotomi (medialis/lateralis/mediolateralis)
Tidak dijahit/ dijahit/ tanpa anesthesia

Perdarahan : Kala I.....cc. Kala II.....cc. Kala III.....cc. Kala IV.....cc

Tindakan lain : infus
Transfusi darah

Lama persalinan : Kala Ijammenit, kala IIjammenit
Kala IIIjammenit, kala IVjammenit
Operasijammenit

9. Keadaan bayi baru lahir

Lahir tanggal :jam.....WIB

Masa gestasi :minggu

BB/PB lahir :gram/cm

Nilai APGAR : 1menit/ 5menit/ 10menit/ 2jam :/...../...../.....

Cacat bawaan :

Rawat Gabung :

10. Riwayat post partum

Ambulasi :

Pola makan :

Pola eliminasi

- BAB :
- BAK :

11. Keadaan psikososialspiritual

- a. Kelahiran ini ☐ Diinginkan ☐ Tidak diinginkan
- b. Penerimaan ibu terhadap kelahiran bayinya

POLTEKKES KEMENKES YOGYAKARTA
PRODI DIII KEPERAWATAN

- =====
-
-
- c. Pengetahuan ibu tentang masa nifas dan perawatan bayi
-
-
- d. Tanggapan keluarga terhadap persalinan
-
-

DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan Fisik
- a. Keadaan umum :.....kesadaran.....
- b. Status Emosional :
- c. Tanda vital
- Tekanan Darah :mmHg
- Nadi : x/menit
- Pernafasan : x/menit
- Suhu :°C
- d. BB/ TB :kg /cm
- e. Kepala Leher
- Edema wajah :
- Mata :
- Mulut :
- Leher :
- f. Payudara :
- g. Abdomen :
- h. Ekstremitas :
- i. Vulva :
- j. Anus : Hemoroid / tidak

2. Pemeriksaan penunjang
-
-
-