



**f. Riwayat Keluarga Berencana**

No	Jenis Kontrasepsi	Mulai Menggunakan				Berhenti/ Ganti cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Alasan

**g. Riwayat Kehamilan ini**

Tempat periksa kehamilan : .....

T1 : ..... kali

T2 : ..... kali

T3 : .....kali

**h. Riwayat Persalinan Ini**

- 1.) Kontraksi uterus mulai tgl/jam.....
- 2.) Pengeluaran pervaginam .....sejak tgl/jam .....

**i. Riwayat Kesejahteraan Janin**

Gerakan janin : aktif / tidak, bila tidak sejak tgl / jam :.....

**j. Riwayat Nutrisi dan Eliminasi**

- 1.) Makan terakhir tgl/jam :.....
- 2.) Buang Air Kecil terakhir tgl/jam :.....
- 3.) Buang Air Besar terakhir tgl/jam :.....

**2. PEMERIKSAAN (DATA OBYEKTIF)**

**b. PEMERIKSAAN UMUM**

- 1.) KU : .....kesadaran .....
- 2.) Tanda vital : TD: .....mmHg. N :.....kali/menit. R :  
.....kali/menit. S =.....°C
- 3.) BB : Sblm hamil :.....Kg. BB skrg : ..... kg. LLA : .....cm. IMT : ...

**c. PEMERIKSAAN KHUSUS**

(Inspeksi, Palpasi, auskultasi, Perkusi)

1.) Kepala

Muka : Pucat/ tidak, conjungtiva : pucat /tidak

2.) Leher : kelenjar Tiroid rata / tidak, vena jugularis rata/ tidak

3.) Payudara : membesar simetris/ tidak, puting : menonjol / tidak

4.) Perut :

a. Inspeksi : Membesar memanjang / melintang, terlihat gerakan janin, terlihat kontraksi uterus, ada / tidak ada bekas luka operasi ( bila ada tanyakan operasi apa dan kapan operasinya)

b. Palpasi :

Leopold I : Pada Fundus teraba.....

Leopold II : Pada perut sebelah kiri ibu teraba .....

Perut sebelah kanan ibu teraba.....

Leopold III: Pada Segmen Bawah Rahim (SBR) teraba.....

masih /tidak dapat digoyangkan.....

Leopold IV: Posisi tangan pemeriksa convergen/sejajar/divergen.....

Mc Donald : TFU ....cm. Umur Kehamilan .....mg, TBJ .....gr

Penurunan Kepala : .....

Kontraksi : Durasi : ..... detik, frekuensi : .....kali/.....menit

c. Auskultasi : Punctum maksimum .....,

frekuensi.....kali/menit Irama: teratur/ tidak.

d. Genetalia : Tanda Chadwick : ada / tidak ada, varises: ada / tidak ada, Edema: ada / tidak ada, pengeluaran : .....

e. Periksa Dalam : Tgl/ Jam .....WIB oleh .....

1.) Indikasi : .....

2.) Tujuan :.....

3.) Hasil : Vagina ....., portio ....., pembukaan .....cm, selaput ketuban ....., Presentasi ....., Hodge ....., panggul.....

f. Kaki : Simetris, gerakan ....., varises: ada / tidak ada, Edema: ada / tidak ada

**B. ANALISA**

Seorang .....umur.....tahun,  
hamil .....mg, janin....., intrauterine, hidup/ mati, presentasi  
....., punggung ..... dalam persalinan kala  
..... fase ..... sudah .....jam.