



**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG**

PENGAJIAN INTRANATAL CARE

Nama Mahasiswa : _____ **NIM** : _____
Tgl Praktek : _____ **Tgl Pengkajian** : _____
Ruang Praktek : _____ **Rumah Sakit** : _____

I. IDENTITAS PASIEN

a. Nama : _____
b. No. Rekam Medis : _____
c. Tanggal Lahir : _____
d. Usia : _____
e. Pendidikan Terakhir : _____
f. Pekerjaan : _____
g. Agama : _____
h. Suku/bangsa : _____
i. Status perkawinan : _____
j. Alamat : _____
k. No. Telp : _____

II. PENANGGUNG JAWAB (Suami/Keluarga)

a. Nama : _____
b. Hubungan dengan klien : _____
c. Usia : _____
d. Pendidikan Terakhir : _____
e. Pekerjaan : _____
f. Agama : _____
g. Suku/bangsa : _____
h. Alamat : _____
i. No. Telp : _____

III. KELUHAN UTAMA :

Saat MRS

Saat Pengkajian:

IV. RIWAYAT PERKAWINAN :

Status Menikah : () Ya () Tidak
Menikah : _____ kali, Menikah pertama usia _____ tahun
Lama Pernikahan : _____ tahun
Lain-lain, sebutkan : _____

V. RIWAYAT KONTRASEPSI (KB) :

a. Riwayat kontrasepsi terdahulu :

Metode yang pernah dipakai :

1. _____ lama : _____ (Bulan/Tahun)
2. _____ lama : _____ (Bulan/Tahun)
3. _____ lama : _____ (Bulan/Tahun)
4. _____ lama : _____ (Bulan/Tahun)

b. Riwayat kontrasepsi terakhir sebelum kehamilan ini : _____ lama : _____ (Bln/Thn)

c. Keluhan KB : () Ada, sebutkan _____ () tidak ada

VI. RIWAYAT OBSTETRI TERDAHULU :

No	Tgl/Bln/Thn Partus	Tempat Partus	Umur Hamil	Jenis Persalinan	Penolong Persalinan	Penyulit	BB Lahir	Hidup/Mati

Pengalaman menyusui : Ya/Tidak (lingkari) Berapa lama : _____

VII. RIWAYAT KEHAMILAN SEKARANG :

a. Riwayat Menstruasi :

Umur Menarche : _____ tahun, Siklus haid : Teratur/Tidak (Lingkari)

Lama haid : _____ hari, Ganti pembalut : _____ x/hari

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) : _____, Taksiran Partus (TP) : _____

Lain-lain sebutkan : _____

b. Perdarahan pervaginam : _____

c. Keputihan : _____

d. Mual dan Muntah : _____

e. Masalah pada kehamilan ini : _____

f. Pemakaian obat dan jamu : _____

g. Keluhan lainnya : _____

VIII. RIWAYAT PENYAKIT/MEDIS :

Beri tanda (V), jika ibu mempunyai riwayat penyakit dibawah ini :

a. Penyakit jantung ()

b. Hipertensi ()

c. Diabetes mellitus ()

d. Asma ()

e. Riwayat Operasi (), Sebutkan : _____

f. Lain –lain, sebutkan : _____

IX. RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA :

Beri tanda (V), jika ibu mempunyai riwayat penyakit dibawah ini :

a. Hipertensi ()

b. Diabetes mellitus ()

c. Kehamilan ganda ()

d. Kelainan kongenital ()

X. ADANYA MASALAH LAIN SELAMA KEHAMILAN, PERSALINAN DAN NIFAS TERDAHULU :

XI. PEMERIKSAAN FISIK :

XII. PEMERIKSAAN UMUM

- a. Status Obstetrik : G _____ P _____ A _____ H _____ Minggu
- b. Keadaan Umum : _____
- c. Kesadaran : _____
- d. Berat Badan : _____ Kg, Tinggi Badan : _____ cm
- e. Lingkar lengan atas (LILA) : _____
- f. Tanda-tanda Vital :
- Tekanan Darah : _____ mmHg, Nadi : _____ x/menit
- Pernafasan : _____ x/menit Suhu : _____ °C

XIII. OBSTETRI :

a. Payudara :

1. Puting : () eksverted () datar () inverted () lecet
2. Areola hiperpigmentasi : () Ya () tidak ada
3. Pengeluaran ASI : () Ya () tidak ada
4. Bentuk : () simetris () tidak simetris
5. Teraba : () ada massa () hangat () tidak ada massa
6. Keluhan : () Ya () tidak ada
- Sebutkan : _____

b. Abdomen :

1. Hiperpigmentasi : () Ya () tidak ada
2. Linea : () Alba () Nigra
() Striae () Livide
() Albican
Bekas operasi () Ada () Tidak ada

3. Uterus :

- a. Tinggi fundus uteri : _____ cm
- b. Letak : () Puka () Puki
- c. Presentasi : _____
- d. Penurunan bagian terendah : _____
- e. TBJ : _____ Gram
- f. Auskultasi (DJJ) : _____ x/mnt
- g. Kontraksi / His : () Ya () Tidak () Teratur () Tidak teratur
4. Keluhan : () Ya () tidak ada
- Sebutkan : _____

c. Ginekologi :

1. Infertilitas : _____ tahun
2. Mioma uteri : () Ya () tidak
3. Kista Ovarium : () Ya () tidak
4. Perdarahan pervaginam : () Ada () Tidak
5. Keluhan : () Ya () tidak ada
- Sebutkan : _____

d. Masalah Khusus :

1. Eliminasi :

2. Istirahat dan kenyamanan :

3. Mobilisasi dan latihan :

4. Nutrisi dan cairan :

5. Keadaan Psikologis :

XIV. LAPORAN PERSALINAN

a. PENGKAJIAN AWAL

KALA PERSALINAN

1. KALA I

a) Mulai persalinan : Tanggal : _____ Jam : _____

b) Tanda dan gejala :

c) TTV :

TD : _____ mmHg, Nadi : _____ x/menit

S : _____ C RR : _____ x/menit

d) Hasil Periksa dalam :

e) Lama kala I _____ jam _____ menit _____ detik

f) Keadaan psikososial :

g) Kebutuhan khusus klien :

h) Tindakan :

i) Pengobatan :

OBSERVASI KEMAJUAN PERSALINAN

No.	Tgl/Jam	VT (Dilatasi serviks)	Ketuban	Keadaan Kontraksi (His)				TTV (T, S, N, RR)	Ket
				Frekuensi	Kualitas	Kekuatan	Keteraturan		

2. KALA II

a) Kala II dimulai : Tanggal _____, Jam _____

b) Tanda dan gejala :

c) TTV :

TD : _____ mmHg, Nadi : _____ x/menit
 S : _____ C RR : _____ x/menit

d) Lama Kala II: _____

e) Jelaskan upaya meneran:

f) Keadaan psikososial :

g) Kebutuhan khusus :

h) Tindakan:

3. KALA III

a) Tanda dan gejala :

b) Plasenta lahir jam: _____

c) Cara lahir plasenta :

d) Karakteristik Plasenta :

ukuran _____ cm x _____ cm x _____ cm

Panjang tali pusat _____ cm

Jumlah pembuluh darah _____ arteri _____ vena

Kelainan : _____

e) Perdarahan : _____ ml

Karakteristik : _____

f) Perineum (utuh/episiotomi/ruptur), jika ruptur, tingkat : _____

g) Keadaan Psikososial :

h) Kebutuhan khusus :

i) Tindakan :

j) Pengobatan :

4. KALA IV

a) Mulai Jam : _____ WIB

b) Tanda-tanda Vital :

TD : _____ mmHg, Nadi : _____ x/menit

S : _____ C RR : _____ x/menit

c) Kontraksi uterus :

d) Perdarahan : _____ ml, karakteristik : _____

e) Bonding ibu dan bayi :

f) Tindakan :

5. CATATAN KELAHIRAN :

a) Bayi lahir Tanggal : _____ jam : _____ WIB

b) Jenis Kelamin : _____

c) Nilai APGAR menit 1: _____; menit 5: _____

d) Berat badan : _____ gram, Tinggi badan : _____ cm

e) Lingkar kepala bayi : _____ cm

f) Karakteristik khusus bayi :

g) Kaput : suksedaneum/cephalhematom

h) Suhu : _____ C

i) Anus : berlubang/tertutup

j) Perawatan tali pusat :

k) Perawatan mata :

l) Bonding ibu dan bayi:

m) Pengobatan :
