



**FAKULTAS ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH MALANG**

ASUHAN KEPERAWATAN PADA IBU

.....
.....

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. Alamat : _____
- j. 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 (V) 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 : tidak pernah menggunakan alat kontrasepsi

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 : belum pernah hamil

VII. RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

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

IX. PEMERIKSAAN UMUM :

- a. Status Obstetrik : _____
- b. Keadaan Umum : _____
- c. Kesadaran : _____
- d. Berat Badan : _____ Kg, Tinggi Badan : _____ cm
- e. Tanda-tanda Vital :
Tekanan Darah : _____ mmHg, Nadi : _____ x/menit
Pernafasan : _____ x/menit Suhu : _____ °C

X. PEMERIKSAAN FISIK :

- a. **Kepala** :
 1. Distribusi rambut : () merata () tidak
 2. Lesi/pembengkakan : () Ya () tidak ada
 3. Nyeri saat diraba : () Ya () tidak ada
 4. Keluhan : () Ya () tidak ada
- Sebutkan : _____

b. **Wajah** :

1. Edema wajah : () Ya () tidak ada
2. Keluhan : () Ya () tidak ada
Sebutkan : _____

c. **Mata** :

1. Sklera ikterik : () Ya () tidak
2. Konjuntiva anemis : () Ya () tidak
3. Keluhan : () Ya () tidak ada
Sebutkan : _____

d. **Hidung** :

1. Sekret : () Ya () tidak
2. Polip : () Ya () tidak
3. Keluhan : () Ya () tidak ada
Sebutkan : _____

e. **Mulut dan Bibir** :

1. Rongga mulut : () bersih () kotor () radang
2. Bibir : () lembab () kering () sianosis
3. Caries gigi : () Ya () tidak ada
4. Keluhan : () Ya () tidak ada
Sebutkan : _____

f. **Telinga** :

1. Serumen : () Ya () tidak ada
2. Sekresi : () Ya () tidak ada
3. Keluhan : () Ya () tidak ada
Sebutkan : _____

g. **Leher** :

1. Kelejar tiroid : () membesar () tidak
2. Keluhan : () Ya () tidak ada
Sebutkan : _____

h. **Ketiak** :

1. Kelenjar limfe : () membesar () tidak
2. Keluhan : () Ya () tidak ada
Sebutkan : _____

i. **Oksigenasi dan ventilasi** :

1. Frekuensi pernafasan (RR) : _____
2. Irama nafas : () reguler () irreguler
3. Suara nafas : () vesikuler () ronchi () wheezing
4. Suara jantung S1-S2 : () normal () murmur () galop
5. Capillary refill : () < 3 detik () > 3 detik
6. Tekanan darah : _____
7. frekuensi nadi : _____
8. Irama nadi : () reguler () irreguler
9. Keluhan : () Ya () tidak ada
Sebutkan : _____

j. **Payudara** :

1. Puting : () eksverted () datar () inverted () lecet

2. Pengeluaran ASI : () Ya () tidak ada
 3. Bentuk : () simetris () tidak simetris
 4. Teraba : () ada massa () hangat () tidak ada massa
 5. Kebersihan : _____
 6. Keluhan : () Ya () tidak ada
 Sebutkan : _____

k. **Abdomen** :

Involusio Uteri

1. Tinggi fundus uteri : _____ cm Kontraksi : () Ya () Tidak
 2. Diastasis rektus Abdominis : () < 2 jari / 2 cm () > 2 jari / 2 cm
 3. Kandung kemih : _____
 4. Keluhan : () Ya () tidak ada
 Sebutkan : _____

l. **Perineum dan Genetalia** :

1. Vagina : _____
 2. Edema : () Ya () tidak
 3. Memar : () Ya () tidak
 4. Hematom : () Ya () tidak
 5. Perineum : Utuh/Episiotomi/Ruptur (lingkari)

Tanda REEDA

- R : Kemerahan : () Ya () tidak
 E : Bengkak : () Ya () tidak
 E : Echimosi : () Ya () tidak
 D: Discharge : () Ya () tidak

Serum/Pus/Darah

- A : Approximate : () Baik () tidak
 6. Kebersihan : () Ya () tidak

7. Lochea : _____
 Jumlah : _____
 Jenis/warna : _____
 Konsistensi : _____
 Bau : _____
 8. Hemorrhoid : _____
 Derajat : _____, Lokasi : _____
 Berapa lama : _____, Nyeri : () Ya () Tidak
 Masalah Khusus : _____

9. Keluhan : () Ya () tidak ada
 Sebutkan : _____

m. **Extremitas** :

1. Extremitas Atas : _____
 a) Edema : () Ya () tidak
 b) Varises : () Ya () tidak
 2. Extremitas Bawah : _____
 a) Edema : () Ya () tidak
 b) Varises : () Ya () tidak
 c) Tanda Hoffman : () + () -
 3. Keluhan : () Ya () tidak ada
 Sebutkan : _____

n. Masalah Khusus :

1. Eliminasi :
BAB 2 hari sekali, BAK 2 x sehari

2. Istirahat dan kenyamanan :

3. Mobilisasi dan latihan :

4. Nutrisi dan cairan :

5. Keadaan Psikologis :

6. Kemampuan Menyusui :

XI. PEMERIKSAAN PENUNJANG

a. Pemeriksaan laboratorium :

b. Foto Thorax, USG (lain-lain, sebutkan) :

XII. TERAPI :

XIII. Lain-lain:

.....

ttd

(.....)