

Program Studi

Sarjana Terapan Kebidanan



MODUL PRAKTIK 4

DOKUMENTASI KEBIDANAN

2019



**KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA**

Jurusan Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

MODUL

PRKATIK DOKUMENTASI KEBIDANAN



PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
JURUSAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKA RAYA

VISI DAN MISI
PRODI SARJANA TERAPAN KEBIDANAN
POLTEKKES KEMENKES PALANGKARAYA

VISI

“Menghasilkan Lulusan Sarja Terpan Kebidanan
yang Unggul, Berkarakter, Berbasis Kearifan Lokal
Menuju daya saing Global Tahun 2024 Dengan
Unggulan Kebidanan Komunitas”

MISI

1. Menyelenggarakan pendidikan Sarjana Terapan Kebidanan Yang berkualitas mengikuti perkembangan IPTEK berbasis kearifan Lokal dengan keunggulan Kebidanan Komunitas.
2. Melaksanakan penelitian yang mengikuti perkembangan IPTEK serta selaras dengan kearifan lokal dengan unggulan kebidanan komunitas.
3. Melaksanakan pengabdian kepada masyarakat yang berorientasi pada kebidanan komunitas melalui pemberdayaan masyarakat dibidang kesehata ibu dan anak serta Kesehatan reproduksi.
4. Meningkatkan Produktifitas kualitas sumber daya manusia serta pengelolaan sarana dan perasana untuk mendukung pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi

PENDAHULUAN

Mata kuliah ini membahas tentang mengenai konsep dokumentasi meliputi definisi,tujuan dan prinsip dokumentasi. Selanjutnya akan dibahas mengenai tehnik dokumentasi,model-model dokumentasi serta akses untuk memperoleh rekam medik. Dan manajemen kebidanan dalam asuhan kebidanan

Mata kuliah dokumentasi kebidanan merupakan salah satu mata kuliah yang bertujuan agar calon bidan dapat melakukan dokumentasi dan pencatatan yang profesional sehingga mampu mengurangi mortalitas dan morbiditas serta tercipta kesejahteraan khususnya pada neonatus bayi dan balita.

Setelah mengikuti kegiatan belajar ini mahasiswa diharapkan mampu melakukan:

- 1) Menyusun kembali format pendokumentasian manajemen kebidanan dengan SOPIER,SOAPIE,SOAPIED dan SOAP
- 2) Menyusun kembali manajemen kebidanan dengan tujuh (7) langkah varney
- 3) Melaksanakan pendokumentasian dalam asuhan kebidanan
SOAPIER,SOAPIE,SOAPIED,SOAP

**DAFTAR TILIK MANAJEMEN KEBIDANAN
7 LANGKAH VARNEY**

PENILAIAN	PENILAIAN		KETERANGAN
	0	1	
1. Mengucapkan salam kepada pasien			
2. Melakukan komunikasi terapeutik sesuai urutan dengan pasien			
3. Melakukan pengkajian kebidanan dan melakukan pemeriksaan kepada pasien			
4. Melakukan intreprestasi data terhadap diagnosa dan kebutuhan pasien serta masalah yang terjadi pada pasien			
5. Menentukan diagnosa potensial kebidanan berdasar hasil intreprestasi data			
6. Mengidentifikasi dan Menetapkan Kebutuhan yang Memerlukan Penanganan segera			
7. Menyusun intervensi kebidanan berdasar diagnosa kebidanan yang muncul yang berisikan rencana tindakan kebidanan mandiri dan kolaborasi dengan tenaga kesehatan lain			
8. Melaksanakan kegiatan implementasi kebidanan			
9. Melakukan evaluasi terhadap implementasi kebidanan yangtelah dilakukan			

**DAFTAR TILIK ASUHAN KEBIDANAN
SOAP**

PENILAIAN	PENILAIAN		KETERANGAN
	0	1	
1. Mengucapkan salam kepada pasien			
2. Melakukan komunikasi terapeutik sesuai urutan dengan pasien			
3. Melakukan pengkajian kebidanan data subjektif/anamnesa yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien			
4. Melakukan pemeriksaan umum, fisik maupun pemeriksaan laboratorium/data objektif kepada pasien dengan mengobservasi pasien			
5. Melakukan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif			
6. Melakukan pencatatan seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan			

**DAFTAR TILIK ASUHAN KEBIDANAN
SOAPIE**

PENILAIAN	PENILAIAN		KETERANGAN
	0	1	
1. Mengucapkan salam kepada pasien			
2. Melakukan komunikasi terapeutik sesuai urutan dengan pasien			
3. Melakukan pengkajian kebidanan data subjektif/anamnesa yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien			
4. Melakukan pemeriksaan umum, fisik maupun pemeriksaan laboratorium/data objektif kepada pasien dengan mengobservasi pasien			
5. Melakukan pendokumentasian hasil analisis dan intpretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif			
6. Melakukan pencatatan seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan			
7. Melaksanakan kegiatan implementasi kebidanan			
8. Melakukan evaluasi terhadap implementasi kebidanan yangtelah dilakukan			

**DAFTAR TILIK ASUHAN KEBIDANAN
SOAPIER**

PENILAIAN	PENILAIAN		KETERANGAN
	0	1	
1. Mengucapkan salam kepada pasien			
2. Melakukan komunikasi terapeutik sesuai urutan dengan pasien			
3. Melakukan pengkajian kebidanan data subjektif/anamnesa yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien			
4. Melakukan pemeriksaan umum, fisik maupun pemeriksaan laboratorium/data objektif kepada pasien dengan mengobservasi pasien			
5. Melakukan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif			
6. Melakukan pencatatan seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan			
7. Melaksanakan kegiatan implementasi kebidanan			
8. Melakukan evaluasi terhadap implementasi kebidanan yangtelah dilakukan			
9. Melakukan perubahan rencana asuhan dengan cepat, memperhatikan hasil eveluasi, serta implementasi yang telah dilakukan.(revised)			

**DAFTAR TILIK ASUHAN KEBIDANAN
SOAPIED**

PENILAIAN	PENILAIAN		KETERANGAN
	0	1	
1. Mengucapkan salam kepada pasien			
2. Melakukan komunikasi terapeutik sesuai urutan dengan pasien			
3. Melakukan pengkajian kebidanan data subjektif/anamnesa yang berhubungan dengan masalah dari sudut pandang klien			
4. Melakukan pemeriksaan umum, fisik maupun pemeriksaan laboratorium/data objektif kepada pasien dengan mengobservasi pasien			
5. Melakukan pendokumentasian hasil analisis dan intepretasi (kesimpulan) dari data subjektif dan objektif			
6. Melakukan pencatatan seluruh perencanaan dan penatalaksanaan yang sudah dilakukan seperti tindakan antisipatif, tindakan segera, tindakan secara komprehensif; penyuluhan, dukungan, kolaborasi, evaluasi/follow up dan rujukan			
7. Melaksanakan kegiatan implementasi kebidanan			
8. Melakukan evaluasi terhadap implementasi kebidanan yangtelah dilakukan			
9. Melakukan pendokumentasian asuhan kebidanan yang telah dilakukan pada form yang tersedia			

f. Riwayat Hamil Sekarang

HPHT :

HPL :

Gerakan janin pertama kali dirasakan : bulan

Hamil Muda : () Mual () Muntah

() Perdarahan () Lain-lain :

Hamil Tua : () Pusing () Sakit Kepala

() Perdarahan () Lain-lain :

g. Riwayat Penyakit yang Lalu / Operasi

Pernah dirawat : , kapan : , dimana :

Pernah dioperasi : , kapan : , dimana :

h. Riwayat Penyakit Keluarga (Ayah, ibu, adik, paman, bibi) yang pernah menderita Sakit

() Kanker () Penyakit Hati () Hipertensi

() Diabetes Melitus () Penyakit Ginjal () Penyakit Jiwa

() Kelainan Bawaan () Hamil Kembar () Tuberculosis (TBC)

() Epilepsi () Alergi :

i. Riwayat Gynekologi

() *Infertilitas* () Infeksi Virus () PMS :

() *Cervicitis Cronis* () *Endometriosis* () *Myoma*

() *Polip Serviks* () *Kanker Kandungan* () Perkosaan

() Operasi Kandungan

j. Riwayat Keluarga Berencana

Metode KB yang pernah dipakai : Lama : tahun

Komplikasi dari KB : () Perdarahan () PID / Radang Panggul

k. pola kebiasaan

Pola Makan : kali/sehari; menu :

Pola Minum : cc/hari (gelas/hari)

() Alkohol () Obat-obatan / Jamu () Kopi

Pola Eliminasi : BAK : cc/hari; warna : , keluhan :

BAB : kali/hari; karakteristik : , keluhan :

Pola Istirahat : Tidur : jam/hari

Psikososial : Penerimaan klien terhadap kehamilan ini :

Social support dari () Suami () Orang tua

() Mertua () Keluarga lain

2. Data Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

Keadaan Umum :

- 2) Kesadaran :
3) Keadaan Emosional :
4) Tinggi Badan : Cm Berat Badan: kg
5) Tanda – tanda Vital
Tekanan Darah : mmHg
Nadi : × per menit
Pernapasan : × per menit
Suhu : °C

b. Pemeriksaan Fisik

- 1) Muka :
2) Mata :
3) Mulut :
4) Gigi / Gusi :
5) Leher :
6) Payudara :
7) Perut :
Palpasi : *Leopold I* :
Leopold II :
Leopold III :
Leopold IV :
Tinggi Fundus Uteri :
Auskultasi : DJJ :
8) Ano – Genetalia :
9) Ektremitas :
Atas :
Bawah :

c. Pemeriksaan Penunjang

- 1) *Hemoglobin* :
2) *Golongan Darah* :
3) *USG* :
4) *Protein Urine* :
5) *Glukosa Urine* :

Analisa :

Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU BERSALIN**

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU BERSALIN

Tanggal pengkajian :

Jam pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama :

c. Pola Eliminasi : BAK : cc/hari; warna : ; BAK terakhir jam :
BAB : kali/hari; warna : ; BAB terakhir jam :

d. Pola Istirahat : Tidur : jam/hari; tidur terakhir jam :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum :
2) Kesadaran :
3) Keadaan Emosional :
4) Berat Badan : Kg
5) Tanda – tanda Vital
Tekanan Darah : mmHg
Nadi : x per menit
Pernapasan : x per menit
Suhu : °C

b. Pemeriksaan Fisik

1) Mata : () Pandangan kabur
() Ada pemandangan dua
() Conjunctiva pucat
() Sklera clerik

2) Payudara : () *Mamae* simetris/asimetris () Tumor
() Areola Hiperpigmentasi () Kolostrom (+)
() Puting susu menonjol

- 3) *Ekstremitas* : () Tungkai simetris/asimetris () *Edema*
() Refleks + / -

c. Pemeriksaan Khusus

1) Obstetri

Abdomen

Inspeksi : () Membesar dengan arah memanjang

() Melebar

() Pelebaran Vena

() *Linea Nigra*

() *Linea Alba*

() *Striae Livide*

() *Striae Albican*

() Luka bekas operasi

() Lain-lain :

Palpasi : Letak punggung : Puka / Puki; presentasi : Kep / Bo; U

TFU : cm

() Nyeri tekan

() *Obsborn test*

() Cekungan pada perut

Taksiran Berat Janin : gram

Auskultasi : x/menit () Teratur () Tidak teratur

Bagian Terendah :

His / Kontraksi : x10' " menit () Teratur () Tidak teratur

2) Gynekologi

Ano Genital :

Inspeksi : Pengeluaran per Vulva () Darah () Lendir () Air Ketuban

Vaginal Toucher:

Kesan Panggul :

d. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin :

Cardiotocography (CTG) :

USG :

Protein Urine :

Glukosa Urine :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

B. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S

O

A

P

LEMBAR OBSERVASI KALA I PERSALINAN

Hari / Tanggal :

Tempat:

Waktu	Keadaan Umum	<i>Vital Sign</i>	<i>His</i>	<i>DJJ</i>	Hasil VT dan Tanda Gejala Kala II

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA BAYI BARU LAHIR**

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA BAYI BARU LAHIR

Tanggal Pengkajian :
Jam Pengkajian :

1. Subyektif

a. Identitas Bayi

Nama :
Jenis Kelamin :
Anak ke- :

Identitas Orangtua

Ibu

Suami

Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Data Kesehatan

a) Riwayat Kehamilan G P A
Hidup Komplikasi pada kehamilan :
Riwayat Persalinan
Tanggal / Jam persalinan :

b) Jenis persalinan :

c) Lama persalinan :

Kala I : menit Kala III : menit
Kala II : menit Kala IV : menit

d) Anak lahir seluruhnya jam :

e) Warna air ketuban :

f) Trauma persalinan :

g) Penolong persalinan :

h) Penyulit dalam persalinan :

i) *Bonding attachment* :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum :

2) Tanda-tanda Vital : Heart Rate : × / menit
Respiratory Rate : × / menit
Temperature : ° C

3) Antropometri

Berat Badan / Panjang Badan : gram / Cm

Lingkar Dada / Lingkar Kepala : cm / cm

4) Apgar Score

Tanda	1'	5''	10''
<i>Appearance Color</i> (Warna Kulit)			
<i>Pulse</i> (Denyut Jantung)			
<i>Grimace</i> (Refleks)			
<i>Activity</i> (Tonus Otot)			
<i>Respiration</i> (Usaha Bernapas)			
JUMLAH			

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Kulit :
- 2) Kepala :
- 3) Mata :
- 4) Telinga :
- 5) Hidung :
- 6) Mulut :
- 7) Leher :
- 8) Klavikula :
- 9) Dada :
- 10) Umbilikus :
- 11) Ekstermitas
Jari / bentuk :
Gerakan :
Kelainan :
- 12) Punggung :
- 13) Genetalia :
- 14) Anus :
- 15) Eliminasi :

c. Pemeriksaan Refleks

- 1) *Moro* :
- 2) *Rooting* :
- 3) *Sucking* :
- 4) *Grasping* :
- 5) *Neck Righting* :
- 6) *Tonic Neck* :
- 7) *Startle* :
- 8) *Babinski* :

- 9) Merangkak :
- 10) Menari / Melangkah:
- 11) Ekstruasi :
- 12) *Galant's* :

d. Pemeriksaan Penunjang:

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

5. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA IBU NIFAS**

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU NIFAS

Tanggal Pengkajian :
Jam Pengkajian :

1. Subyektif

a. Biodata

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama :
c. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

6. Pola Nutrisi Setelah
Melahirkan
Makan :

7. Pola Eliminasi Setelah
Melahirkan

BAK :
BAB :
Keluhan :

3) *Personal Hygiene*

Setelah Melahirkan

Mandi & Gosok Gigi :
Ganti Pakaian :
Ganti Pembalut :

4) Istirahat

Setelah Melahirkan

Tidur :
Keluhan :

5) Aktivitas :

6) Hubungan Seksual

Keluhan :

d. Data Psikologis

- 1) Respon orangtua terhadap kehadiran bayi dan peran baru sebagai orangtua :
- 2) Respon anggota keluarga terhadap kehadiran bayi :
- 3) Dukungan keluarga :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

- 1) Keadaan Umum :
- 2) Kesadaran :

b. Keadaan *Emosional* :

c. Tanda – tanda Vital

Tekanan Darah: mmHg
Nadi : × per menit
Pernapasan : × per menit
Suhu : °C

d. Pemeriksaan Fisik

- 1) Payudara : () Pembengkakan
() Pengeluaran ASI lancar / tidak
 - 2) Perut : Fundus Uteri :
Kontraksi Uterus :
Kandung Kemih :
 - 3) *Vulva dan Perineum*
Pengeluaran *Lokhea* : () *Rubra* () *Sanguilenta*
() *Serosa* () *Alba*
() *Lochiastasis* () *Infeksi*
Luka *Perineum* : () Kemerahan () *Edema* () *Echimosi*
() *Discharge* () Menyatu / Tidak
- a. Ekstremitas : () *Edema* : Atas / Bawah ()
Nyeri : Atas / Bawah
() Kemerahan : Atas / Bawah

e. Pemeriksaan Penunjang

Hemoglobin :

Protein Urine :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

5. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PADA NEONATUS**

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

1. Subyektif

a. Identitas Anak

Nama :
Umur :
Jenis Kelamin :
Anak ke- :

b. Identitas Orangtua

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

c. Keluhan Utama :

d. Data Kesehatan

1) Riwayat Persalinan

a) Tanggal / Jam persalinan :

b) Jenis persalinan :

c) Lama persalinan :

Kala I : menit Kala III : menit

Kala II : menit Kala IV : menit

d) Anak lahir seluruhnya jam :

2) Riwayat Kesehatan yang Lalu

a) Penyakit yang lalu :

b) Riwayat Perawatan

Pernah dirawat di:

Penyakit :

c) Riwayat Operasi

Pernah dioperasi di:

Penyakit :

d) Riwayat Kesehatan Keluarga (Ayah, ibu, adik, paman, bibi) yang pernah menderita sakit

() *Kanker* () Penyakit Hati () *Hipertensi*

() *Diabetes Melitus* () Penyakit Ginjal () Penyakit Jiwa

() Kelainan Bawaan () Hamil Kembar () TBC

() *Epilepsi* () Alergi :

3) Riwayat Imunisasi

() Hepatitis 0 () Pentavalen 3 / Polio 4

() BCG / Polio 1 () Campak

() Pentavalen 1 / Polio 2 () Pentavalen 4

() Pentavalen 2 / Polio 3 () Lain-lain :

e. Pola Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari

1) Nutrisi:

Keluhan :

2) Pola Istirahat

Tidur siang :

Tidur malam :

3) *Eliminasi*

BAK :

BAB :

4) Personal Hygiene

Mandi:

Ganti pakaian :

2. Obyektif

a. Pemeriksaan Umum

1) Keadaan Umum :

2) Tanda-tanda Vital: HR : × / menit RR : × / menit

T : °C

3) BB sekarang / PB : gram / cm

b. Pemeriksaan Fisik Khusus

- 1) Kulit :
- 2) Kepala :
- 3) Mata :
- 4) Mulut :
- 5) Perut :
 - a. Ekstermitas :
 - b. Genetalia :

c. Pemeriksaan Refleks

- 1) *Morro* :
- 2) *Rooting* :
- 3) *Sucking* :
- 4) *Grasping* :
- 5) *Neck Righting* :
- 6) *Tonic Neck* :
- 7) *Startle* :
- 8) *Babinski* :
- 9) Merangkak :
- 10) Menari / Melangkah :
- 11) *Ekstruasi* :
- 12) *Galant's* :

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

5. CATATAN PERKEMBANGAN

Hari / Tanggal :

Jam :

S :

O :

A :

P :

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
PELAYANAN KB**

Hari, tanggal :

Pukul :

Identitas

Ibu

Suami

Nama :

Umur :

Suku / Bangsa :

Agama :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Alamat :

1. Data Subyektif

- a. Alasan Kunjungan :
- b. Keluhan Utama :
- c. Riwayat Menstruasi :
- d. Riwayat Kehamilan, Persalinan, dan Nifas yang Lalu

Kehamilan ke-	UK	Riwayat persalinan	Penyulit Persalinan	Jenis kelamin	Komplikasi nifas	Usia Sekarang	Riwayat menyusui

- e. Riwayat Kesehatan :
- f. Riwayat kebiasaan
 - 1. Nutrisi
 - 2. Istirahat
 - 3. Aktivitas
 - 4. Hubungan seksual
- g. Data Psikososial

2. Data Obyektif

- a. Pemeriksaan Umum

- 1. KU:
- 2. Kesadaran:
- 3. TTV
 - a) TD:
 - b) N:
 - c) RR:
 - d) S:

4. Berat Badaan : kg
5. Tinggi Badan: cm

b. Pemeriksaan Fisik

1. Kepala :
2. Rambut :
3. Muka :
4. Mata :
5. Hidung
6. Telinga :
7. Mulut
8. Leher :
9. Dada :
10. Mamae :
11. Abdomen :
12. Genitalia
13. Ekstremitas :
 - a. Atas :
 - b. Bawah :

c. Pemeriksaan Penunjang

3. Analisa :

4. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

S :

O :

A :

P :

**LEMBAR PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN
KESEHATAN REPRODUKSI**

No. RM :
Tanggal Pengkajian :
Pukul :
Pengkaji

1. Data Subyektif

a. Identitas

	Ibu	Suami
Nama	:
Umur	:
Suku / Bangsa	:
Agama	:
Pendidikan	:
Pekerjaan	:
Alamat	:	

b. Keluhan Utama

c. Riwayat menstruasi

- 1) Menarche : tahun
- 2) Siklus menstruasi : hari (menstruasi terakhir)
- 3) Lama : hari
- 4) Warna :
- 5) Keluhan :

d. Riwayat perkawinan

- 1) Umur saat menikah : tahun
- 2) Lama : tahun
- 3) Perkawinan ke :
- 4) Jumlah anak : orang

e. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat kesehatan ibu
- b. Riwayat kesehatan keluarga
- c. Tidak pernah menderita penyakit keturunan.
- f. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Kehamilan ke-	Komplikasi	Jenis Persalinan	Komplikasi	Penolong	BB Lahi	JK	Komplikasi Masa Nifas	Keadaan Anak	Umur

g. Riwayat KB

No.	Jenis Alkon	Lama Pakai	Keluhan	Tahun Lepas	Alasan

h. Pola pemeriksaan kebutuhan sehari-hari

1) Nutrisi

Makan : x/hari

Minum : /hari

2) Eliminasi

BAK : x/hari

BAB : x/hari

3) Istirahat : jam/hari

4) Aktifitas :

5) Hygine : mandi x/hari

6) Pola seksual :

Keluhan :

d. Data psikologi dan spiritual

e. Riwayat sosial budaya

i. Peran Ibu

ii. Dukungan

iii. Budaya

f. Pola kesehatan sehari-hari

g. Pola lingkungan

h. Pengetahuan tentang kesehatan reproduksi

5. Data Obyektif

a. Pemeriksaan umum

1) Keadaan umum :

2) Kesadaran :

- 3) TB :
- 4) BB :
- 5) LILA :
- 6) Vital Sign
 - Tekanan darah : mmHg
 - Nadi : x/menit
 - Suhu : °C
 - Respirasi : x/menit

b. Pemeriksaan fisik

- 1) Kepala :
- 2) Telinga :
- 3) Muka :
- 4) Mata :
- 5) Hidung :
- 6) Mulut :
- 7) Gigi :
- 8) Leher :
- 9) Dada :
- 10) Payudara :
- 11) Abdomen :
- 12) Ekstremitas atas dan bawah :
- 13) Genital :
- 14) Kulit :

6. Analisis

- a. Diagnosa Kebidanan
- b. Masalah

7. Penatalaksanaan

Tanggal :

Waktu :

S :

O :

A :

P :