

FORMAT PENDOKUMENTASIAN ASUHAN KEBIDANAN HAMIL

PENGKAJIAN

Tanggal :
Jam :
Oleh :
No. RM :

1. IDENTITAS

Nama : istri / suami
Umur :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat :

Cara masuk : datang sendiri / rujukan dari : dengan diagnosa

2. DATA SUBJEKTIF

a. Keluhan utama

b. Riwayat menstruasi

Menarche tahun Lama hari
Jumlah softex / hari Fluor albus
HPHT TP

c. Riwayat kehamilan ini

Trimester I : *keluhan yang dirasakan (mual, muntah, perdarahan, atau yang lain sesuai keluhan). Gerakan janin pertama, riwayat imunisasi TT, obat-obatan yang diperoleh*

Trimester II : *keluhan yang dirasakan, obat-obatan yang diperoleh, penyuluhan yang didapat, gerakan janin terakhir,*

Trimester III : *keluhan yang dirasakan (pusing, sakit kepala, perdarahan, atau yang lain sesuai keluhan) obat-obatan yang diperoleh, gerakan janin terakhir*

d. Riwayat obstetri yang lalu

Hamil ke	Usia kehamilan	Penolong persalinan	Jenis persalinan	Penyulit bersalin	Penyulit nifas	Jenis kelamin anak	BB / PB anak	Keadaan anak sekarang	ASI	KB

e. Riwayat penyakit yang pernah diderita

(dijelaskan jenis penyakit yang pernah diderita, contoh penyakit menurun: diabetes, hipertensi, asma, dll dan contoh penyakit menular: HIV, TBC, Hepatitis)

f. Riwayat penyakit keluarga (ayah, ibu, mertua) yang pernah menderita sakit

(dijelaskan apakah salah satu keluarga ada yang pernah menderita penyakit, contoh penyakit menurun: diabetes, hipertensi, asma, gemelli, dll dan contoh penyakit menular: HIV, TBC, Hepatitis)

g. Riwayat psiko sosial ekonomi

(Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan ini; pengambilan keputusan dalam keluarga; kepercayaan dengan mitos)

h. Status perkawinan

Kawin ... kali, kawin usia tahun, lama menikah tahun

i. Pola sehari – hari

- Pola makan dan minum : *(makan ... kali/hari) disebutkan komposisi makanan (minum.... gelas/hari; kopi, jamu, alkohol)*
- Pola eliminasi (BAK ... sudah/ belum; terakhir jam... & BAB ... kali/hari; terakhir jam...)
- Pola istirahat (tidur ...jam/hari)
- Pola aktivitas (melakukan rutinitas kegiatan apa)

3. DATA OBJEKTIF

a. Pemeriksaan umum

Keadaan umum : kesadaran

Tensi mmHg nadi x/menit

Suhu Pernafasan x/menit

BB TB LILA IMT

ROT MAP

b. Pemeriksaan fisik

Mata : konjungtiva, sklera ..., pandangan kabur.....,

Mulut : caries gigi... , gusi berdarah....

Leher : pembesaran vena jugularis, pembesaran kelenjar tyroid

Dada / Payudara : simetris , areola hiperpigmentasi, pengeluaran kolostrum
....., puting susu (*menonjol/ tidak*)

Abdomen : striae....., linea, luka bekas operasi.....

TFU cm (*palpasi Mc. Donald*)

Palpasi: Leopold 1 : TFU.... (*dengan menggunakan jari*) teraba apa...

Leopold 2 : letak punggung..., (*puka, puki*)

Leopold 3 : Presentasi.... (*teraba apa di perut bagian bawah*)

Leopold 4 : penurunan kepala(*divergen / konvergen*)

TBJ :...

Auskultasi : DJJ....x/m, reguler / ireguler

His / kontraksi

Ekstremitas atas dan bawah : tungkai simetris/ asimetris , oedema....., reflex
patella....., varises

c. Pemeriksaan penunjang : (*bila ada disertakan tanggal pemeriksaan*)

- Laboratorium lengkap
- USG....
- CTG....., dll

4. ANALISA DATA

(*menjawab 9 pertanyaan kebidanan*)

G.....P....., UK..., KU ibu...

Janin: letak janin (*melintang/ memanjang*), tunggal/gemelli, hidup/mati, intra/ekstra uteri,
KU janin

Contoh: GIIP10001, 20/21 mgg, KU baik

Janin letak kepala, T/H, IU, KU baik

5. PENATALAKSANAAN

Berisi tindakan kebidanan yang dilaksanakan mengacu pada permasalahan dan evaluasi yang didapat :

- a. Memberikan informasi hasil pemeriksaan
- b. Jelaskan tujuan dan tindakan yang dilakukan
- c. Memfasilitasi inform consent / inform choice

- d. Penanganan keluhan
- e. HE / KIE
- f. Kolaborasi
- g. Jadwal kunjungan