

STATUS IBU HAMIL

No. Register :
 Masuk RS / BPM tanggal, jam :

BIODATA:

	Ibu	Suami
Nama :
Umur :
Suku/Bangsa :
Agama :
Pendidikan :
Pekerjaan :
Alamat Rumah :
Nomor Telepon/ HP :

DATA SUBYEKTIF

Kunjungan saat ini Kunjungan Pertama Kunjungan Ulang

1. Keluhan Utama/alasan berkunjung.

.....

2. Riwayat obstetri (kehamilan, persalinan, nifas yang lalu).

G P Ab Ah

Hamil ke	Persalinan								Nifas	
	Tgl Lahir	Umur Kehamilan	Jenis Persalinan normal/tindakan	Penolong	Komplikasi		Jenis Kelamin	BB Lahir	Laktasi	Komplikasi
					Ibu	Bayi				

3. Riwayat Menstruasi

Menarche umur tahun. Siklus..... hari.
 Teratur/tidak. Lama hari. Sifat darah : encer/beku. Bau Fluor albus ya/tidak.
 Disminorroe ya/tidak. Banyaknya.....cc
 HPMT :
 HPL :
 UK :

9. Pola Seksualitas

Sebelum hamil
 Pada saat hamil
 Keluhan

10. Personal Hygiene

Kebiasaan mandi kali / hari
 Kebiasaan membersihkan alat kelamin
 Kebiasaan mengganti pakaian dalam
 Jenis pakaian dalam yang digunakan

11. Riwayat Kontrasepsi yang Pernah Digunakan

No	Jenis kontra sepsi	Mulai memakai				Berhenti / ganti cara			
		Tanggal	Oleh	Tempat	Keluhan	Tanggal	Oleh	Tempat	Alasan

12. Riwayat Kesehatan

a. Penyakit yang pernah / sedang diderita

Ibu mengatakan pernah/sedang/ tidak pernah menderita

Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	Jantung	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	Hipertensi	<input type="checkbox"/>
Anemi	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Malaria	<input type="checkbox"/>	Infeksi Menular Seksual(IMS)	<input type="checkbox"/>
Yang lain			

b. Penyakit yang pernah / sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarga pernah/sedang/ tidak pernah menderita

Hepatitis	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>
HIV	<input type="checkbox"/>	Jantung	<input type="checkbox"/>
TBC	<input type="checkbox"/>	Hipertensi	<input type="checkbox"/>
Anemia	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>
Malaria	<input type="checkbox"/>	IMS	<input type="checkbox"/>

Yang lain

13. Riwayat Alergi

Makanan :

Obat :

Zat lain :

14. Kebiasaan-kebiasaan Kurang Baik

Merokok :

Minum jamu :

Minum minuman beralkohol :

Makanan/minuman pantang :

Perubahan pola makan (termasuk nyidam, napsu makan turun, dan lain-lain).

15. Keadaan Psikososial dan Spiritual.

a. Kehamilan ini Diinginkan Tidak diinginkan

b. Pengetahuan Ibu tentang kehamilan

c. Pengetahuan Ibu tentang kondisi/keadaan yang dialami sekarang

d. Penerimaan Ibu terhadap kehamilan saat ini

e. Tanggapan keluarga terhadap kehamilan

16. Persiapan/Rencana Persalinan

a. Rencana melahirkan di

b. Ingin ditolong oleh :

c. Transportasi ke tempat persalinan

d. Diantar oleh

e. Yang menemani ketika melahirkan

f. Persiapan biaya persalinan

g. Siapa yang menjaga keluarga dan anaknya di rumah ketika ibu melahirkan

h. Siapa yang membuat keputusan apabila terjadi kegawatdaruratan

i. Dirujuk dimana apabila terjadi kegawatdarurat.....

j. Siapa donor darah apabila diperlukan

k. Persiapan perlengkapan bayi dan ibu