

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

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 :

4. Riwayat Kehamilan sekarang

- a. Riwayat pemeriksaan kehamilan.
Periksa hamil sejak umur kehamilan minggu. Di
Frekuensi : Trimester I kali.
Trimester II kali.
Trimester III kali.
- b. Pergerakan janin yang pertama pada umur kehamilan minggu,
pergerakan janin dalam 24 jam terakhir kali.
- c. Keluhan yang dirasakan
Trimester I :
Trimester II :
Trimester III :
- d. Imunisasi
TT 1 tanggal: TT 4 tanggal:
TT 2 tanggal: TT 5 tanggal:
TT 3 tanggal:

5. Pola makan dan minum.

	Makan	Minum
Frekuensi
Macam
Jumlah
Keluhan

6. Riwayat Perkawinan

Kawin kali. Kawin pertama umur tahun. Dengan suami sekarang tahun.
Status

7. Pola aktivitas dan istirahat.

- a. Aktivitas/kegiatan sehari – hari:
.....
- b. Istirahat / tidur:
.....

8. Pola eliminasi

	BAK	BAB
Frekuensi :
Warna :
Bau :
Konsistensi :
Keluhan :

9. Pola Seksualitas

Sebelum hamil
 Pada saat hamil
 Keluhan

10. Personal Hygiene

Kebiasaan mandikali / 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
 HIV
 TBC
 Anemi
 Malaria

Asma
 Jantung
 Hipertensi
 Diabetes
 Infeksi Menular Seksual(IMS)

Yang lain

b. Penyakit yang pernah / sedang diderita keluarga

Ibu mengatakan keluarga pernah/sedang/ tidak pernah menderita

Hepatitis
 HIV
 TBC
 Anemia
 Malaria

Asma
 Jantung
 Hipertensi
 Diabetes
 IMS

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 kegawatdarurat

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

j. Siapa donor darah apabila diperlukan

k. Persiapan perlengkapan bayi dan ibu