

**STATUS IBU HAMIL**

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

**BIODATA:**

	<b>Ibu</b>	<b>Suami</b>
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 .....