

FORMAT PENGKAJIAN ANTENATAL KEPERAWATAN MATERNITAS

Tanggal Masuk : Jam Masuk :
Ruang / Kelas : Kamar No :
Pengkajian Tanggal : Jam :

A. IDENTITAS

Nama Pasien	:	Nama Suami	:
Umur	:	Umur	:
Suku/bangsa	:	Suku/bangsa	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Alamat	:	Alamat	:
Status Perkawinan	:		

B. RIWAYAT KEPERAWATAN

1. RIWAYAT PENYAKIT

I. Keluhan Utama

Saat MRS :.....
.....

Saat Pengkajian :.....
.....

II. Riwayat Penyakit Sekarang

.....
.....
.....

III. Riwayat Penyakit Dahulu

.....
.....
.....

IV. Riwayat Penyakit Keluarga

.....
.....
.....

2. RIWAYAT OBSTETRI

A. Riwayat Menstruasi

• Menarche	: Umur :	Siklus	:
• Banyaknya	:	Lamanya	:
• HPHT	:	Keluhan	:

B. Riwayat Kehamilan, Persalinan, Nifas yang lalu

Anak Ke		Kehamilan		Persalinan			Komplikasi			Anak		
No	Tahun	Umur Kehamilan	Penyulit	Jenis	Penolong	Penyulit	Laserasi	Komplikasi	Perdarahan	Jenis	BB	PJ

C. Genogram

D. Pengalaman Menyusui : ya () / tidak () Berapa lama:.....

E. Kehamilan Sekarang

Status Obstetrik	:	G.....P...A...P...A...H...
HPHT	:
BB sebelum hamil	:
Taksiran Partus	:

Usia Gestasi	TD	BB/TB	TFU	Letak/Presentasi Janin	DJJ	ANC	Keluhan	Data Lain

Imunisasi: TT1 : Sudah Belum

TT2 : Sudah Belum

Pengobatan selama hamil : Ya Tidak Jenis :.....

Persiapan persalinan:

- Senam hamil :
- Rencana tempat melahirkan :
- Perlengkapan kebutuhan bayi dan ibu :
- Kesiapan mental ibu dan keluarga :

Pengetahuan tentang tanda-tanda melahirkan, cara menangani nyeri, proses persalinan :

.....
.....

Rencana perawatan bayi : sendiri orangtua lain-lain

Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi:

- Breast care :
- Perineal care :
- Nutrisi :
- Senam nifas :
- KB :
- Menyusui :

3. RIWAYAT KELUARGA BERENCANA

- Melaksanakan KB : Ya Tidak
- Bila jenis kontrasepsi apa yang digunakan :.....
- Sejak kapan menggunakan kontrasepsi :.....
- Masalah yang terjadi :.....

4. RIWAYAT KESEHATAN

- Penyakit yang pernah dialami ibu :.....
- Pengobatan yang didapat :.....
- Riwayat Penyakit keluarga :
 - () Penyakit Diabetes Melitus
 - () Penyakit Jantung
 - () Penyakit Hipertensi
 - () Penyakit lainnya, sebutkan :.....

5. RIWAYAT LINGKUNGAN

- Kebersihan :.....
- Bahaya :.....
- Lainnya, sebutkan :.....

6. ASPEK PSIKOSOSIAL

- a. Persepsi ibu terhadap kehamilan.....
- b. Apakah kehamilan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari? Bila ya, bagaimana.....
- c. Harapan yang ibu inginkan selama masa kehamilan.....
- d. Ibu tinggal dengan siapa.....
- e. Siapa orang yang terpenting bagi ibu.....
- f. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini.....
- g. Kesiapan mental untuk menjadi ibu : () ya () tidak

7. KEBUTUHAN DASAR KHUSUS

Kebutuhan	Sebelum Masuk RS	Setelah Masuk RS
<p>1. Pola Nutrisi</p> <p>a. Frekuensi makan</p> <p>b. Nafsu makan</p> <p>c. Jenis makanan rumah</p> <p>d. Makanan yang tidak disukai / alergi / pantangan</p>	<p>.....</p> <p>() baik, () tidak nafsu</p> <p>Alasan</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>() baik, () tidak nafsu</p> <p>Alasan</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>2. Pola Eliminasi</p> <p>BAK</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Warna</p> <p>c. Keluhan saat BAK</p> <p>BAB</p> <p>a. Frekuensi</p> <p>b. Warna</p> <p>c. Bau</p> <p>d. Konsistensi</p> <p>e. Keluhan</p>	<p>.....kali/</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....kali/</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....kali/</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....kali/</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>3. Pola Personal Hygiene</p> <p>a. Mandi</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frekuensi ▪ Sabun <p>b. Oral hygiene</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frekuensi ▪ Waktu <p>c. Cuci rambut</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Frekuensi ▪ Shampo 	<p>.....kali/hari</p> <p>() ya, () tidak</p> <p>.....kali/hari</p> <p>() pagi, () sore, () setelah makan</p> <p>.....kali/hari</p> <p>() ya, () tidak</p>	<p>.....kali/hari</p> <p>() ya, () tidak</p> <p>.....kali/hari</p> <p>() pagi, () sore, () setelah makan</p> <p>.....kali/hari</p> <p>() ya, () tidak</p>
<p>4. Pola Istirahat dan Tidur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lama tidur ▪ Kebiasaan sebelum tidur ▪ Keluhan 	<p>.....jam/hari</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....jam/hari</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>5. Pola Aktivitas dan Latihan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kegiatan dalam pekerjaan : ▪ Waktu bekerja : () pagi, () sore, () malam ▪ Olahraga : () ya, () tidak <ul style="list-style-type: none"> ▪ Jenisnya : 	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Frekuensi : ▪ Kegiatan waktu luang : ▪ Keluhan dalam aktivitas :
<p>6. Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Merokok : ▪ Minuman keras : ▪ Ketergantungan obat :

8. PEMERIKSAAN FISIK

- | | |
|-----------------------------|-----------------------|
| • Keadaan Umum : | • Kesadaran : |
| • Tekanan Darah :mmHg | • Nadi :x/menit |
| • RR :x/menit | • Suhu :°C |
| • BB :kg | • TB :cm |

Kepala

- Bentuk :
- Keluhan :

Mata

- Kelopak Mata :
- Gerakan Mata :
- Konjungtiva :
- Sklera :
- Pupil :
- Akomodasi :
- Lainnya, sebutkan :

Hidung

- Reaksi Alergi :
- Sinus :
- Lainnya, sebutkan :

Mulut dan Tenggorokan

- Gigi geligi :
- Kesulitan Menelan :
- Lainnya, sebutkan :

Dada dan axilla

- Mammae Membesar : () ya () tidak
- Areolla Mammae :
- Papilla Mammae :
- Colostrum :

Pernafasan

- Jalan Nafas :
- Suara Nafas :
- Manggunakan otot bantu pernafasan :
- Lainnya, sebutkan :

Sirkulasi Jantung

- Kecepatan denyut apical :x/menit
- Irama :
- Kelainan bunyi jantung :
- Sakit Dada :
- Timbul :
- Lainnya, sebutkan :

Abdomen

- Membesar sesuai usia kehamilan : () ya () tidak
- Linea dan striae :
- Luka bekas operasi :
- Leopold I :
- Leopold II :
- Leopold III :
- Leopold IV :
- Denyut Jantung Janin :
- Kontraksi :
- Lainnya, sebutkan :

Genitourinary

- Keputihan :
- Pap Smear :
- Lainnya, sebutkan :

Ekstremitas (Integumen/Muskuloskeletal)

- Turgor Kulit :
- Warna Kulit :
- Kontraktur :
- Kesulitan dalam pergerakan :
- Lainnya, sebutkan :

F. Data Penunjang

- 1. Laboratorium :.....
- 2. USG :.....
- 3. Rontgen :.....
- 4. Terapi yang didapat :.....

G. Data Tambahan

.....
.....
.....
.....
.....

.....

Pemeriksa

(.....)

KLASIFIKASI DAN ANALISA DATA

Nama Pasien :

No. Reg :

Tgl	Kelompok Data	Kemungkinan Penyebab	Masalah	Diagnosa Keperawatan	Ttd Mhs

RENCANA TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien :

No. Reg :

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Rencana Tindakan	Rasional	Ttd Mhs

TINDAKAN KEPERAWATAN

Nama Pasien :

No. Reg :

Tgl	Jam	Tindakan Keperawatan	Ttd Mhs

EVALUASI

Nama Pasien :

No. Reg :

Tgl	Diagnosa Keperawatan	Evaluasi	Ttd Mhs

