

FORMAT PENGKAJIAN POSTPARTUM 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. Persalinan Sekarang

- Riwayat persalinan sekarang.....
- Tpe persalinan : spontan/bantuan.....
- Lama persalinan.....
 - a. Kala I :jam
 - b. Kala II :jam
 - c. Kala III :jam
 - d. Kala IV:jam

E. Rencana perawatan bayi

Dilakukan : () sendiri () orang tua () lain – lain , jelaskan :.....

Kesanggupan dan pengetahuan dalam merawat bayi:

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

3. RIWAYAT KELUARGA BERENCANA

- Melaksanakan KB : () ya () tidak
- Bila ya jenis kontrasepsi apa yang digunakan:
- Sejak kapan menggunakan kontrasepsi :
- Masalah yang terjadi :

4. RIWAYAT LINGKUNGAN

- Kebersihan :
- Bahaya :
- Lainnya sebutkan :

5. ASPEK PSIKOSOSIAL

- a. Persepsi ibu setelah bersalin :
- b. Penyesuaian dengan bayi :.....
- c. Fase penyesuaian :
 - Taking In :.....
Tandanya :.....
 - Taking Hold :.....
Tandanya :.....
 - Letting go :.....
Tandanya :.....
- d. Apakah keadaan ini menimbulkan perubahan terhadap kehidupan sehari-hari ? bila ya bagaimana.....
- e. Harapan yang ibu inginkan setelah bersalin.....
- f. Ibu tinggal dengan siapa.....
- g. Siapa orang yang terpenting bagi ibu.....
- h. Sikap anggota keluarga terhadap keadaan saat ini.....
- i. Kesiapan mental untuk menjadi ibu : () ya () tidak

6. KEBUTUHAN DASAR KHUSUS

Aktivitas		Di Rumah	Di RS	Keterangan
Pola Nutrisi				
(Makan)	<ul style="list-style-type: none"> • Nafsu Makan • Jumlah • Jenis • Frekuensi • Makanan yang tidak disukai/pantangan/alergi	..... ..... ..... .....x/hari..........	....................x/hari..........	..............................
(Minum)	<ul style="list-style-type: none"> • Masalah • Jumlah • Jenis	...............	...............	...............
Pola Eliminasi				
(BAK)	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Warna • Bau • Masalah	.....x/hari...............	.....x/hari...............	....................
(BAB)	<ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi • Warna • Bau • Konsistensi • Masalah	.....x/hari....................	.....x/hari....................	.........................
Pola Istirahat (tidur)				
	<ul style="list-style-type: none"> • Lama • Kebiasaan sebelum tidur • Masalah	.....jam/hari..........	.....jam/hari..........	...............

Pola Personal Hygiene				
Mandi	<ul style="list-style-type: none"> • Frekwensi • Sabun	.....x/hari <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	.....x/hari <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	..... ..... .....
Oral Hygiene	<ul style="list-style-type: none"> • Frekwensi • Waktu	.....x/hari <input type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Sore <input type="checkbox"/> Setelah makan	.....x/hari <input type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Sore <input type="checkbox"/> Setelah makan	..... ..... .....
Cuci rambut	<ul style="list-style-type: none"> • Frekwensi • Shampo	.....x/minggu <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	.....x/minggu <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	..... ..... .....
Pola Aktivitas dan Latihan				
<ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan dalam pekerjaan • Waktu bekerja 	 <input type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Sore <input type="checkbox"/> Malam <input type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Sore <input type="checkbox"/> Malam	..... ..... .....
<ul style="list-style-type: none"> • Kegiatan waktu luang • Keluhan dalam aktivitas		..... .....	..... .....	..... .....
<ul style="list-style-type: none"> • Olah raga 	<ul style="list-style-type: none"> • Jenisnya • Frekwensi	..... .....	..... .....	..... .....
Pola kebiasaan yang mempengaruhi kesehatan				
<ul style="list-style-type: none"> • Merokok • Minuman keras • Ketergantungan obat		..... ..... .....	..... ..... .....	..... ..... .....

7. PEMERIKSAAN FISIK

- Keadaan umum : Kesadaran :.....
- Tekanan Darah :..... Nadi :.....x/mnt
- Respirasi :..... Suhu :.....x/mnt
- BB :..... kg tinggi badan :.....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
- Areola mammae :.....
- Papila Mammae :.....
- Colostrum :.....
- Jika ada nodul :
 - Lokasi :.....
 - Besar nodul :.....
 - Bisa digerakkan apa tidak :.....
 - konsistensi :.....
 - Batas tegas / tidak :.....

Pernafasan

- Jalan nafas :.....
- Suara nafas :.....
- Menggunakan otot – otot bantu pernafasan :.....
- Lainnya sebutkan :.....

Sirkulasi jantung

- Kecepatan denyut apikal :.....x/mnt
- Irama :.....
- Kelainan bunyi jantung :.....
- Sakit dada :.....
- Timbul :.....
- Lainnya sebutkan :.....

Abdomen

- Keadaan : lembek / distensi / lain-lain :.....
- Diastasis rektus abdominalis ; panjangcm, lebarcm
- Linea & striae :.....
- Luka bekas operasi :.....
- TFU :.....
 - Tinggi :.....
 - Posisi :.....
 - Kontraksi :.....

Genitourinary

- Perineum :
 - Keadaan : Utuh / Episiotomi / Ruptur :.....
 - Tanda Rednes :.....
 - Tanda Echomosis :.....
 - Tanda Edema :.....
 - Tanda Dischargment :.....
 - Tanda Approsimity :.....
 - Kebersihan :.....
 - Hemorroid :.....

- Lokhea :
 - Jumlah :
 - Warna :
 - Konsistensi :
 - Bau :
- Vesika urinaria :
- Lainnya Sebutkan :

Ekstremitas (integumen/Muskuloskeletal)

- Turgor kulit :
- Warna kulit :
- Kontraktur pada persendian ekstremitas :
- Kesulitan dalam pergerakan :
- Varises :
- Tanda Homan :
- Lainnya Sebutkan :

8. DATA PENUNJANG

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

9. DATA TAMBAHAN

.....

.....20

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

