



....., tgl.....
Mengetahui,

FORMAT ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

Lahan Praktik : (.....)
Ruangan : Nama dan stempel CI
Tanggal Pengkajian / Jam :/
Nama Mahasiswa/NPM :/
Lembar : Observasi / Partisipasi / Mandiri (coret yang tidak perlu)

I. PENGKAJIAN / PENGUMPULAN DATA

A. Anamnesa

Identitas

Nama Klien	:	Nama Suami	:
Umur	:	Umur	:
Agama	:	Agama	:
Pendidikan	:	Pendidikan	:
Suku/Kebangsaan	:	Suku/Kebangsaan	:
Pekerjaan	:	Pekerjaan	:
Alamat Kantor	:	Alamat Kantor	:
Alamat Rumah	:	Alamat Rumah	:

1. Keluhan Utama (tanyakan sejak kapan dan ciri khas) :

2. Keluhan Tambahan :

3. Riwayat Kehamilan, Persalinan dan Nifas yang lalu :

NO	Tgl/thn Persalinan	Tempat Persalinan	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Penyulit Kehamilan, persalinan dan nifas	Anak			
							JK	BB	PB	Keadaan

4. Proses persalinan dan jumlah perdarahan untuk nifas ini :

Kala I: Kala II : Kala III : Kala IV:

Jumlah Pendarahan : :

5. Penyulit dan komplikasi :

6. Tindakan/Pengobatan pada Masa Persalinan:

7. Riwayat Nifas ini : P A

8. Riwayat Penggunaan Kontrasepsi dan keluhan yang dirasakan :

9. Pola Kebiasaan (sebelum dan selama nifas):

No	Pola Kebiasaan	Sebelum Nifas	Selama Nifas	Keluhan
1	Nutrisi			
2	Eliminasi			
3	Istirahat			
4	Aktifitas			
5	Seksualitas			
6	Kebersihan Diri			

10. Riwayat kesehatan

- a. Riwayat Penyakit yang pernah atau sedang diderita
- b. Riwayat kesehatan keluarga

11. Riwayat Psikososial

- a. Psikologis (tuliskan berhubungan dengan kondisi ibu saat ini)
Kecemasan menghadapi masa nifas:
Ketakutan terhadap penyakit penyerta atau komplikasi:
- b. Sosial
Hubungan dengan keluarga :
Hubungan dengan masyarakat :
- c. Status perkawinan :
Jumlah :
Lama perkawinan :
Anak yang diharapkan oleh ibu dan keluarga: ya/tidak (alasan):
Jenis kelamin yang diharapkan:

12. Susunan keluarga yang tinggal serumah

NO	Nama (Inisial)	Umur/ tahun	Jenis Kelamin	Hubungan keluarga	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan
1 2 dst							

13. Riwayat Spiritual

B. PEMERIKSAAN FISIK

- 1. Keadaan Umum :
- 2. Kesadaran :
- 3. Keadaan Emosional :
- 4. Tanda Vital

Tekanan Darah	:	mmHg	Denyut nadi	:	x/m
Suhu tubuh	:	°C	Pernafasan	:	x/m
5. Tinggi badan	:	cm,	Berat Badan	:	kg

6. Pemeriksaan Fisik (*head to toe*)

- a. Kepala :
- b. Leher :
- c. Dada (payudara):
 - Puting :
 - Areola :
 - Pengeluaran ASI:
- d. Abdomen :
 - TFU :
 - Luka Operasi :
 - Linea :
 - Striae : :
- e. Punggung :
- f. Ekstremitas :
 - Atas :
 - Bawah :
- g. Anogenital:
 - Anus :
 - Genetalia (lochea, luka jahitan perineum):

7. Usia Kehamilan saat Melahirkan :

8. Berat Badan Bayi Baru Lahir :

C. Pemeriksaan Penunjang

Darah :
Urine :
USG :
Rontgen :

II. PERUMUSAN DIAGNOSA / MASALAH KEBIDANAN

Diagnosa :

Masalah :

Data Dasar :

III. RENCANA TINDAKAN/INTERVENSI

IV. PELAKSANAAN TINDAKAN/IMPLEMENTASI

V. PENILAIAN/EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)