



UNIVERSITAS ALMUSLIM FAKULTAS KESEHATAN PRODI SARJANA DAN PROFESI BIDAN BIREUEN PROVINSI ACEH

Kampus : Jln. Almuslim Telp.(0644) 41384, 442166, Fax.442166, Website : www.umuslim.ac.id, Matangglumpangdua, Bireuen-Aceh

FORMAT PENGKAJIAN PADA PRAKONSEPSI DAN PERENCANAAN KEHAMILAN PROGRAM STUDI SARJANA KEBIDANAN DAN PENDIDIKAN PROFESI BIDAN FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS ALMUSLIM

....., tgl.....
Mengetahui,
Lahan Praktik :
Ruangan :
Tanggal Pengkajian / Jam : / (.....)
Nama Mahasiswa/NPM : / Nama dan stempel CI
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	:

B. Alasan Kunjungan dan keluhan

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

C. Data Kebidanan

1. Riwayat Menstruasi

a. Menarche :
b. Banyaknya :
c. Lamanya :
d. Warna :
e. Amenorhea : Ya/Tidak
f. Nyeri saat haid : Ya/Tidak
g. Keluahan saat haid : Ada/Tidak

- h. Kebiasaan saat nyeri haid :
- i. Minum obat : Ya/Tidak
- j. Minum jamu : Ya/Tidak

2. Status perkawinan

- a. Kawin/Tidak Kawin :
- b. Usia kawin :
- c. Lama kawin :
- d. Perkawinan ke :

3. Riwayat psikososial

- a. Perasaan tentang keadaan ibu saat ini
:
- b. Emosional klien pada saat pengkajian
:

4. Riwayat kehamilan, persalinan, nifas yang sekarang dan yang lalu:

No	Tgl/thn Persalinan	Tempat Persalinan	Usia Kehamilan	Jenis Persalinan	Penolong	Penyulit kehamilan, Persalinan dan nifas	Anak			
							JK	BB	PB	Keadaan
1 2 Dst										

5. Riwayat Keluarga Berencana (KB)

No	Jenis	Mulai	Berhenti	Keluhan	Alasan berhenti
1					

D. Riwayat merokok, alkohol dan Napza

1. Apakah ibu pernah merokok : Ya/Tidak
2. Apakah suami pernah merokok : Ya/Tidak
3. Apakah ibu perokok aktif : Ya/Tidak
4. Apakah suami perokok aktif : Ya/Tidak
5. Apakah ibu pernah minum minuman beralkohol : Ya/Tidak
6. Apakah suami pernah minum minuman beralkohol : Ya/Tidak

7. Apakah ibu pernah mengkonsumsi Narkoba : Ya/Tidak

8. Apakah suami pernah mengkonsumsi Narkoba : Ya/Tidak

E. Riwayat kesehatan

1. Penyakit yang pernah diderita

Penyakit	Klien	Suami
Jantung		
Tekanan darah tinggi		
Hepatitis		
Diabetes Melitus		
IMS		
Campak		
Malaria		
TBC		
HIV/AIDS		
Impoten		
Kista/Mioma		
Tumor Payudara		
TORCH		
Gangguan haid		

2. Penyakit lain yang berkaitan dengan sistem reproduksi, sebutkan:

.....

3. Kalau ibu/suami menderita salah satu penyakit tersebut diatas, apakah sudah melakukan pengobatan : Ya/Tidak

Berapa lama pengobatan.....

Berobat dengan.....

4. Pengetahuan tentang penyakit yang diderita

ibu/suami.....

.....

.....

F. Pola kebiasaan sehari-hari

1. Pola nutrisi

a. Berapa kali makan dalam sehari :.....x sehari

b. Jenis makan

No	Jenis makanan	Ya	Tidak
1	Nasi		
2	Lauk hewani/nabati		
3	Sayur		
4	Buah		
5	Air putih		

6	Susu		
7	Makanan cepat saji/jajanan/minuman kotak		

c. Keluhan makan

:

d. Apakah ada pantangan makanan : Ya/Tidak, bila Ya sebutkan jenis makanannya:

.....

e. Suplemen :

.....

f. Jamu:.....

2. Pola eliminasi

Pola BAB: Teratur/Tidak teratur

Pola BAK:x / hari

3. Pola istirahat dan tidur istri

Istirahat siang: Ya/Tidak, berapa lama:jam

Tidur malamjam sehari

4. Pola istirahat dan tidur suami

Istirahat siang: Ya/Tidak, berapa lama:jam

Tidur malamjam sehari

5. Pola personal hygiene

Mandi :x / hari

Sikat gigi :x / hari

Keramas :x / hari

Ganti pembalut saat haid :x / hari

Ganti pakaian dalam :x / hari

6. Pola latihan dan aktivitas

Sebutkan aktivitas di rumah yang rutin dikerjakan setiap hari :

Apakah melakukan olahraga rutin? Ya/Tidak

Sebutkan jenis olahraga yang dilakukan rutin?.....

7. Seksualitas

Apakah aktif melakukan hubungan seksual? Ya/Tidak

Frekuensi

8. Riwayat imunisasi TT

TT: () Pernah () Belum pernah Berapa kali:Kali

9. Binatang peliharaan : Ada/Tidak,

sebutkan.....

G. Data Objektif

Pemeriksaan Fisik

1. Kesadaran umum

2. Tanda vital

Tekanan darah :.....mmHg Suhu tubuh :.....°C

Denyut nadi :..... x/m Pernafasan :.....x/m

3. Tinggi badan :..... cm ; Berat badan :..... kg;

IMT :..... LILA :.....cm

4. Rambut :

5. Muka :

6. Mata :

7. Telinga :

8. Mulut :

9. Dada :

10. Mamae :

11. Abdomen :

12. Genetalia :

13. Integumen :

14. Anus :

H. Pemeriksaan Penunjang

1. Pemeriksaan laboratorium : Dilakukan pemeriksaan/Tidak diperiksa

Tanggal :

Darah : HB :

Golongan Darah :

Rhesus :

Urine : Protein :

Reduksi :

RDT Malaria :

Sifilis :

HIV/AIDS :

HbsAG :

Thalasemia :

TORCH :

2. Pemeriksaan Penunjang lainnya

SANADIS :

IVA test :

II. PERUMUSAN DIAGNOSA / MASALAH KEBIDANAN

Diagnosa :

Masalah :

Data dasar :

III. RENCANA TINDAKAN/INTERVENSI

IV. PELAKSANAAN TINDAKAN/IMPLEMENTASI

V. PENILAIAN/EVALUASI

CATATAN PERKEMBANGAN (SOAP)