**FORMAT PENGKAJIAN PADA MASA NIFAS**

1. **Pelaksanaan Asuhan**

Pada Tanggal : Waktu :

Dikaji Oleh : PMB/Klinik :

1. **Identitas Pasien**
	* + - 1. **Identitas/Biodata**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nama Ibu | : |  | Nama Suami | : |  |
| Umur | : |  | Umur | : |  |
| Agama | : |  | Agama | : |  |
| Pendidikan | : |  | Pendidikan  | : |  |
| Pekerjaan | : |  | Pekerjaan  | : |  |
| Alamat | : |  | Alamat | : |  |

* + - * 1. **Subjektif**
1. Keluhan Utama :
2. Pemenuhan Kebutuhan Sehari-hari
* Pola Makan :
* Pola Eliminasi :
* Pola Istirahat Dan Tidur :
1. Perawatan Bayi Apakah Dibantu Atau Melakukan Sendiri :
2. Pola Menyusui
* Asi Ekslusif/Tidak :
* Frekuensi Menyusui :
	+ - * 1. **Objektif**
1. Keadaan Umum :
2. Tanda-Tanda Vital
* Tekanan Darah :
* Suhu :
* Pernafasan :
* Nadi :
1. Mata
* Kelopak Mata :
* Konjungtiva :
* Sklera :

**BUBBLEHE**

1. ***Breast*** (Payudara)
* Kolostrum/asi :
* Putting Susu :
* Benjolan :
* Rasa Nyeri :
* Kebersihan :
1. ***Uterus*** (Rahim)
* Bekas Luka Operasi :
* TFU :
1. ***Bowel***
* BAB :
1. ***Bladder*** ( Kandung Kemih)
* Ibu sudah BAK
1. ***Lochea***
* Lochea :
* Bau :
* Warna Lochea :
* Jumlah :
1. **Episiotomi** (luka perineum) **REEDA**
* R **(*Redness*)** :
* E **(*Ecchymosis*)** :
* E **(*Edema*)**  :
* D **(*Discharge*)**  :
* A **(*Approximation*)** :
1. ***Homan Sign*** :
2. ***Emosional*** :
3. **Assasment**
4. **Plan**