

LAMPIRAN

Lampiran 1

☎ 0282 - 542396
☎ 0282 - 541065
✉ rsifc@yahoo.co.id

YAYASAN RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILAP
RUMAH SAKIT ISLAM FATIMAH CILAP
Jl. Ir. H. Juanda No. 20 Cilacap, Jawa Tengah 53235

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ



No : 0990-02/RSIFC/III/2023
Lamp : -
Hal : Permohonan Ijin Survey Pendahuluan

Kepada Yth. :
Dekan Fakultas Kesehatan
Universitas Al-Irsyad Cilacap
Jl. Cerme No. 24 Cilacap
Di -
Cilacap

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh

Dengan ini kami mengucapkan terima kasih atas kerja sama yang terjalin baik selama ini.

Kami beritahukan bahwa Surat Saudara dengan Nomor : 343/234/03.3.1.2 tanggal 08 Februari 2023 perihal sebagaimana tersebut di atas dengan judul "**Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil di RSI Fatimah Cilacap.**" yang Saudari kirim sudah kami terima. Pada prinsipnya kami menyetujui permohonan tersebut.

Mengenai teknis dan hal - hal lainnya kami persilakan Saudari berkoordinasi dengan Bagian Sumber Daya Insani dan Dakwah Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap.

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Wassalamu 'alaikum Warahmatullahi Wabarakaatuh.

Cilacap, 08 Ramadhan 1444 H
30 Maret 2023 M
Direktur Utama

 (dr. H. Nono Rasiho, Sp. OG(K)FER)

Tembusan disampaikan kepada Yth :

1. Ka. Bid. Keperawatan
2. Ka. Inst. Rawat Inap
3. Sdri. Reza Dwi Kartika
4. Arsip

www.rsifatimah.com

 rsifatimah_cilacap

 Rumah Sakit Islam Fatimah Cilacap



Diproduksi dengan CorelDraw

Lampiran 2

FORMAT MANAJEMEN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Tanggal kunjungan : Jam : WIB
 Tempat kunjungan :
 Pengkaji :

I. PENGKAJIAN**C. DATA SUBJEKTIF****9. Biodata**

Nama :	Nama :
Umur :	Umur :
Agama :	Agama :
Suku/Bangsa :	Suku/Bangsa :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat :	Alamat :

10. Alasan kunjungan**11. Keluhan utama****12. Riwayat menstruasi**

Menarche :	th
Siklus :	hari, teratur/tidak
Lama :	hari
Banyaknya : ±	x ganti pembalut/hari
Dismenorea :	ada/tidak

13. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Anak Ke-	Tgl Lahir/ Umur	U K	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB/JK	Keadaannya	Keadaannya	Laktasi

14. Riwayat kehamilan sekarang

- G P A :
- a. HPHT : HPL :
- b. UK :
- c. Kunjungan ANC : teratur/tidak, frekuensi x,
Tempat ANC :
- d. Obat yang pernah dikonsumsi selama hamil :
- e. Gerakan janin : x sehari, pergerakan janin pertama kali : bulan
- f. Imunisasi TT sebanyak : kali, yaitu:
TT I :
TT II :
- g. Kecemasan :
- h. Tanda – tanda persalinan :
- i. Ibu menanyakan ingin mengetahui tentang :

15. Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/ yang lalu

- Jantung :
- Hipertensi :
- Diabetes melitus :
- Malaria :
- Ginjal :
- Asma :
- Hepatitis :
- Riwayat operasi abdomen/SC:

16. Riwayat penyakit keluarga

- Jantung :
- Hipertensi :
- Diabetes melitus :
- Asma :
- Lain – lain : ada/tidak riwayat kembar

17. Riwayat KB

18. Riwayat sosial ekonomi & psikologi

- a. Status pernikahan : kawin : kali
- b. Lama menikah : tahun, menikah pertama pada umur :
- c. Kehamilan ini direncanakan/tidak direncanakan :
- d. Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan :
- e. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah :
- f. Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan :
- g. Tempat rujukan jika terjadi komplikasi :
- h. Persiapan menjelang persalinan :

19. ACTIVITY DAILY LIVING

- a. Pola makan & minum
 - Frekuensi : x sehari
 - Jenis :
 - Porsi :
 - Keluhan/pantangan :
- b. Pola istirahat
 - Tidur siang : jam
 - Tidur malam : jam
 - Keluhan :
- c. Pola eliminasi
 - BAK : x/hari, konsistensi : warna :
 - BAB : x/hari, konsistensi : warna :
- d. Personal hygiene
 - Mandi : x sehari
 - Ganti pakaian dan pakaian dalam: sehari
- e. Aktivitas
 - Pekerjaan sehari – hari :
 - Keluhan :
 - Hubungan sexual : x/seminggu
- f. Kebiasaan hidup
 - Merokok :
 - Minum – minuman keras :
 - Obat terlarang :
 - Minum jamu :

D. DATA OBEJKTIF**a. Keadaan umum :****b. Tanda – tanda vital**

Tekanan darah : mmHg
 Nadi : x/menit
 Suhu : C
 Respirasi : x/menit

c. Pengukuran tinggi badan dan berat badan

Berat badan : kg, kenaikan berat badan selama hamil:
 Kg
 Tinggi badan : cm
 LILA : cm

d. Pemeriksaan fisik**❖ Inspeksi**

6) Postur tubuh :

7) Kepala

Rambut :

Muka : Cloasma : oedema :

Mata : conjungtiva : sclera :

Hidung : polip :

Gigi dan mulut :

8) Leher

Pemeriksaan kelenjar tyroid :

9) Payudara

Bentuk simetris :

Keadaan putting susu :

Aerola mammae :

Colostrum :

10) Abdomen

Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak :

Linea nigra :

Bekas luka/operasi :

11) Genetalia

Varises :

Oedema :

Pembesaran kelenjar bartolini:

Pengeluaran pervaginam :

Bekas luka/jahitan perineum:

Anus :

12) Tangan dan kaki

Simetris/tidak :

Oedema pada tungkai bawah:

Varises :

Pergerakan :

❖ **Palpasi**

- 1) Payudara
 - Colostrum :
 - Benjolan :
- 2) Abdomen
 - TFU : cm
 - Leopold I :
 - Leopold II :
 - Leopold III :
 - Leopold IV :
 - TBJ :
 - Kontraksi : x/10 menit, lama: detik, kuat, lemah, teratur/tidak
 - Kandung kemih :

❖ **Auskultasi**

- 1) DJJ
 - Frekuensi : x/menit, teratur/tidak
 - Punctum Maksimum :

❖ **Perkusi**

- 1) Pemeriksaan panggul
 - Lingkar panggul :
 - Dinstansia spinarum :
 - Distansia cristarum :
 - Conjugata bourdeluque :
- 2) Pemeriksaan dalam
 - Atas indikasi :
 - Dinding vagina :
 - Portio :
 - Pembukaan serviks :
 - Konsistensi :
 - Ketuban :
 - Presentasi fetus :
 - Posisi :
 - Penurunan bagian terendah :

e. **Pemeriksaan penunjang**

- Tanggal : jenis pemeriksaan :
- Hasil :

II. INTERPRETASI DATA

- a. Diagnosa kebidanan
 - Dasar :
- b. Masalah :
- c. Kebutuhan :

III. DIAGNOSA POTENSIAL DAN ANTISIPASI

- IV. TINDAKAN SEGERA**
- V. RENCANA TINDAKAN**
- VI. PELAKSANAAN**
- VII. EVALUASI**

Lampiran 3

FORMAT DOKUMENTASI KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Tanggal kunjungan : Jam: WIB
 Tempat kunjungan :
 Pengkaji :

A. DATA SUBJEKTIF**1. Biodata**

Nama :	Nama :
Umur :	Umur :
Agama :	Agama :
Suku/Bangsa :	Suku/Bangsa :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat :	Alamat :

2. Alasan kunjungan**3. Keluhan utama****4. Riwayat menstruasi**

Menarche :	th
Siklus :	hari, teratur/tidak
Lama :	hari
Banyaknya : ±	x ganti pembalut/hari
Dismenorea :	ada/tidak

5. Riwayat kehamilan, persalinan, dan nifas yang lalu

Anak Ke-	Tgl Lahir/ Umur	U K	Jenis Persalinan	Tempat Persalinan	Penolong	Komplikasi		Bayi		Nifas	
						Bayi	Ibu	PB/BB/JK	Keadaannya	Keadaannya	Laktasi

6. Riwayat kehamilan sekarang

G P A :
 HPHT : HPL :
 UK :
 Kunjungan ANC : teratur/tidak, frekuensi x,
 Tempat ANC :
 Obat yang pernah dikonsumsi selama hamil :
 Gerakan janin : x sehari, pergerakan janin pertama kali :
 bulan
 Imunisasi TT sebanyak : kali, yaitu:
 TT I :
 TT II :
 Kecemasan :
 Tanda – tanda persalinan :
 Ibu menanyakan ingin mengetahui tentang :

7. Riwayat penyakit yang pernah diderita sekarang/yang lalu

Jantung :
 Hipertensi :
 Diabetes melitus:
 Malaria :
 Ginjal :
 Asma :
 Hepatitis :
 Riwayat operasi abdomen/SC:

8. Riwayat penyakit keluarga

Jantung :
 Hipertensi :
 Diabetes melitus :
 Asma :
 Lain – lain : ada/tidak riwayat kembar

9. Riwayat KB

10. Riwayat sosial ekonomi & psikologi

Status pernikahan : kawin: kali
 Lama menikah : tahun, menikah pertama pada umur :
 Kehamilan ini direncanakan/tidak direncanakan :
 Perasaan ibu dan keluarga terhadap kehamilan :
 Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah :
 Tempat dan petugas yang diinginkan untuk membantu persalinan :
 Tempat rujukan jika terjadi komplikasi :
 Persiapan menjelang persalinan :

11. ACTIVITY DAILY LIVING

a. Pola makan & minum

Frekuensi : x sehari
 Jenis :
 Porsi :
 Keluhan/pantangan :

b. Pola istirahat

Tidur siang : jam
 Tidur malam : jam
 Keluhan :

c. Pola eliminasi

BAK : x/hari, konsistensi : warna:
 BAB : x/hari, konsistensi: warna:

d. Personal hygiene

Mandi : x sehari
 Ganti pakaian dan pakaian dalam : sehari

e. Aktivitas

Pekerjaan sehari – hari :
 Keluhan :
 Hubungan seksual : x/seminggu

f. Kebiasaan hidup

Merokok :
 Minum – minuman keras:
 Obat terlarang :
 Minum jamu :

B. DATA OBEJKTIF

❖ Keadaan umum :

❖ **Tanda – tanda vital**

Tekanan darah	:	mmHg
Nadi	:	x/menit
Suhu	:	C
Respirasi	:	x/menit

❖ **Pengukuran tinggi badan dan berat badan**

Berat badan	:	kg, kenaikan berat badan selama hamil:
Kg		
Tinggi badan	:	cm
LILA	:	cm

❖ **Pemeriksaan fisik****Inspeksi**

- Postur tubuh :
- Kepala
 - Rambut :
 - Muka : Cloasma : oedema:
 - Mata : conjungtiva : sclera :
 - Hidung : polip :
 - Gigi dan mulut :
- Leher
 - Pemeriksaan kelenjar tyroid :
- Payudara
 - Bentuk simetris :
 - Keadaan putting susu :
 - Aerola mammae :
 - Colostrum :
- Abdomen
 - Pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan/tidak :
 - Linea nigra :
 - Bekas luka/operasi :
- Genetalia
 - Varises :
 - Oedema :
 - Pembesaran kelenjar bartolini :
 - Pengeluaran pervaginam :
 - Bekas luka/jahitan perineum :
 - Anus :
- Tangan dan kaki
 - Simetris/tidak :
 - Oedema pada tungkai bawah :
 - Varises :
 - Pergerakan :

Palpasi

- Payudara
 - Colostrum :
 - Benjolan :
- Abdomen
 - TFU : cm
 - Leopold I :
 - Leopold II :
 - Leopold III :
 - Leopold IV :
 - TBJ :
 - Kontraksi : x/10 menit, lama: detik, kuat, lemah, teratur/tidak
 - Kandung kemih :

Auskultasi

- DJJ
 - Frekuensi : x/menit, teratur/tidak
 - Punctum Maksimum:

Perkusi

- Pemeriksaan panggul
 - Lingkar panggul :
 - Dinstansia spinarum :
 - Distansia cristarum :
 - Conjugata bourdeluque :
- Pemeriksaan dalam
 - Atas indikasi :
 - Dinding vagina :
 - Portio :
 - Pembukaan serviks :
 - Konsistensi :
 - Ketuban :
 - Presentasi fetus :
 - Posisi :
 - Penurunan bagian terendah :

❖ Pemeriksaan penunjang**C. ASSESMENT****D. PLANING**

Lampiran 4

KEGIATAN BIMBINGAN