

DOKUMENTASI PEMERIKSAAAN KEHAMILAN DAN
PEMERIKSAAN PENDUKUNG USG NY S



DOKUMENTASI KEGIATAN KUNJUNGAN KE RUMAH NY S



KUMENTASI PERSALINAN NY S 39 TAHUN DENGAN G3P2A0

10 MARET 2025 DI PUSKESMAS KESUGIHAN II



DOKUMENTASI KEGIATAN KUNJUNGAN NEONATAL 3 HARI NY S

13 MARETB 2025 DI PUSKESMAS KESUGIHAN II



DOKUMENTASI PELAYANAN KB IMPLAN 40 HARI NY S

22 APRIL 2025 PUSKESMAS KESUGIHAN II

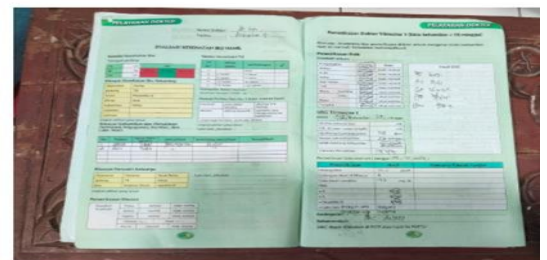


ampiran 1



Foto Ibu

IBU		SUAMI/KELUARGA
NAMA	Mr. Sih K	Mr. Kurniyo
NIK	5301024102555001	
PEMBAYARAN		
NO. RON		
FASKES TK 1:		
FASKES RUJUKAN:		
GOL. DARAH	A	
TEMPAT	Lawan	
TANGGAL LAHIR	29 tahun	
PENDIDIKAN	SD	
PEKERJAAN	IRI	
ALAMAT RUMAH	Lawan Dk	
TELEPON		
PUSKESMAS DOMISILI:		
NO. REGISTER KOHORT IBU:		



PERNYATAAN IBU/KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA

Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

Ibu Hamil	Trimester I		Trimester II		Trimester III	
HPHT:	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa
BB: 72 kg, TB: 155 cm, IMT: 29.2	2-4-24	2-8-24	2-9-24	2-10-24	2-11-24	2-12-24
Timbang	59 kg	58 kg	60 kg	62 kg	64 kg	66 kg
Ukur Lingkar Lengan Atas	28 cm	28 cm	28 cm	28 cm	28 cm	28 cm
Tekanan Darah	90/60	90/60	100/70	100/70	110/70	110/70
Periksa Tinggi Rahim	-	28 cm	28 cm	28 cm	28 cm	28 cm
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin	-	-	150 bpm	140 bpm	140 bpm	140 bpm
Status dan Imunisasi Tetanus	T5	-	-	-	-	-
Konseling	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Skrining Dokter	20 kg	30	30 kg	30 kg	30	30
Tablet Tambah Darah	20 kg	30	30 kg	30 kg	30	30
Test Lab Hemoglobin (Hb)	-	10.1	-	-	-	-
Test Golongan Darah	-	A	-	-	-	-
Test Lab Protein Urine	-	-	-	-	-	-
Test Lab Gula Darah	-	-	-	-	-	-
PPIA	-	-	-	-	-	-
Tata Laksana Kasus	-	-	-	-	-	-
Ibu Bersalin	Fasilitas Kesehatan:		Rujukan:			
TP:						
Inisiasi Menyusu Dini						
Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin	KF 1 (6-48 jam)	KF 2 (3-7 hari)	KF 3 (8-28 hari)	KF 4 (28-42 hari)		
Periksa Payudara (ASI)						
Periksa Perdarahan						
Periksa Jalan Lahir						
Vitamin A						
KB Pasca Persalinan						
Konseling						
Tata Laksana Kasus						
Bayi baru lahir/ neonatus 0 - 28 hari	KN1 (6-48 jam)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)			
Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak						

PELAYANAN DOKTER

Pemeriksaan Dokter Trimester I (Siklus kehamilan < 18 minggu)

Isi dengan tanggal dan paraf dokter sesuai dengan jenis pelayanan yang diterima. Berikan paraf sesuai dengan jenis pelayanan.

Pemeriksaan	Hasil	Paraf Dokter
Ukuran Lingkar Kepala	34 cm	
Ukuran Lingkar Lengan Atas	28 cm	
Ukuran Lingkar Perut	80 cm	
Ukuran Tinggi Rahim	28 cm	
Ukuran Denyut Jantung Janin	140 bpm	
Ukuran Tekanan Darah	90/60	
Ukuran Berat Badan	59 kg	
Ukuran Indeks Massa Tubuh	29.2	
Ukuran Status Imunisasi Tetanus	T5	
Ukuran Status Konseling	✓	
Ukuran Status Skrining Dokter	20 kg	
Ukuran Status Tablet Tambah Darah	20 kg	
Ukuran Status Test Lab Hemoglobin (Hb)	10.1	
Ukuran Status Test Golongan Darah	A	
Ukuran Status Test Lab Protein Urine	-	
Ukuran Status Test Lab Gula Darah	-	
Ukuran Status PPIA	-	
Ukuran Status Tata Laksana Kasus	-	
Ukuran Status Ibu Bersalin	-	
Ukuran Status TP	-	
Ukuran Status Inisiasi Menyusu Dini	-	
Ukuran Status Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin	-	
Ukuran Status Periksa Payudara (ASI)	-	
Ukuran Status Periksa Perdarahan	-	
Ukuran Status Periksa Jalan Lahir	-	
Ukuran Status Vitamin A	-	
Ukuran Status KB Pasca Persalinan	-	
Ukuran Status Konseling	-	
Ukuran Status Tata Laksana Kasus	-	
Ukuran Status Bayi baru lahir/ neonatus 0 - 28 hari	-	

Lampiran 2.

PARTOGRAF

No Register _____ Nama Ibu _____ Umur _____
 No Puskesmas _____ Tanggal _____
 Kelurahan pecah _____ Sekel jam _____
 Nama Ibu _____ Umur _____
 Tanggal _____
 mules sejak jam _____
 Alamat _____

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban Penyusutan

Pembukaan serviks (cm) dan ketebalan selaput ketuban

Kontraksi top 0 Menit

Oksitosin U/L tetes/menit

Obat dan Cairan IV

Suhu C

Urin Protein Aseton Volume

Makan terakhir Pukul 12.00 Jenis Nasi Porsi 1/2
 Minum terakhir Pukul 12.00 Jenis Air Putih Porsi 1/2

Penolong I (Widha)

Penolong II (Emi)

KAYATAN PERSALINAN

1. Tanggal 10.3.2019
 2. Nama Ibu MAI
 3. Tempat Persalinan Puskesmas
 4. Alamat tempat persalinan Puskesmas Klaten
 5. Cakupan (Jarak ke rumah) 10 km
 6. Penolong persalinan Bidan
 7. Penolong persalinan Bidan
 8. Penolong persalinan Bidan
 9. Penolong persalinan Bidan
 10. Penolong persalinan Bidan
 11. Penolong persalinan Bidan
 12. Penolong persalinan Bidan
 13. Penolong persalinan Bidan
 14. Penolong persalinan Bidan
 15. Penolong persalinan Bidan
 16. Penolong persalinan Bidan
 17. Penolong persalinan Bidan
 18. Penolong persalinan Bidan
 19. Penolong persalinan Bidan
 20. Penolong persalinan Bidan
 21. Penolong persalinan Bidan
 22. Penolong persalinan Bidan
 23. Penolong persalinan Bidan
 24. Penolong persalinan Bidan
 25. Penolong persalinan Bidan
 26. Penolong persalinan Bidan
 27. Penolong persalinan Bidan
 28. Penolong persalinan Bidan
 29. Penolong persalinan Bidan
 30. Penolong persalinan Bidan
 31. Penolong persalinan Bidan
 32. Penolong persalinan Bidan
 33. Penolong persalinan Bidan
 34. Penolong persalinan Bidan
 35. Penolong persalinan Bidan
 36. Penolong persalinan Bidan
 37. Penolong persalinan Bidan
 38. Penolong persalinan Bidan
 39. Penolong persalinan Bidan
 40. Penolong persalinan Bidan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Hasil	Tinggi Fundus (cm)	Kontak Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	13.55	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100
	14.10	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100
	14.25	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100
	14.40	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100
	14.50	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100
	15.00	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100
	15.10	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100
	15.20	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100
	15.30	110/70	BB	38	Kontak	Kandung Kemih	100

Masalah kala IV _____
 Penatalaksanaan masalah tersebut _____
 Hasilnya _____

Lampiran 3

[illegible][illegible]

Komplikasi yang perlu dilaporkan :
Ekskusi/migrasi kapsul, pembengkakan, infeksi/tubex, hematoma, pendarahan yang perlu perawatan transkasi, perforasi, melukai organ lain, granuloma sperma.

Kesimpulan
Terjadinya kehamilan pada PUS yang sedang memakai alat/lalat/cara kontrasepsi

Kemungkinan 25.4.25

PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN K...

10

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KB

Nomor Kode Tindakan:

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Fasilitas KB/Saringan/Rejaring: Praktik Kebidanan Kurniawan
Kode Fasilitas KB/Saringan/Rejaring: 370100725

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:
N a m a: Dr. Siti K.
Kode Keluarga Indonesia (KKI):

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETI SEPENUHNYA PERHA/ALAT/obat/CARA KONTRASEPSI yang saya pilih, maka saya selaku KLIEN secara SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK dan ATAU PELAYANAN KB SESUAI STANDAR PROFESI berikut**

☐ Suntikan 1 Bulan
RUD CUT 380A

☐ Suntikan 3 Bulan
RUD Lain-lain

☐ Implan 1 Batang
Tubektomi

☒ Implan 2 Batang
Vasektomi

PERSETUJUAN SUAMI/ISTRI KLIEN

N a m a: Dr. Kurniawan

Selaku SUAMI/ISTRI: *) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan KB tersebut. Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

Yang memberi pelayanan konseling
Dokter/Bidan/Perawat *)
[Signature]

Klien,
[Signature]

Keterangan: *) coret yang tidak perlu
**) beri tanda centang (v) pada salah satu kotak

JENIS TINDAKAN

Tindakan	Jenis Metode	No. Kode
Pemberian	Suntikan 1 Bulan	01
	Suntikan 3 Bulan	02
	Implan 1 Batang	04
Pembedahan	Implan 2 Batang	05
	RUD CUT 380A	06
	RUD Lain-lain	08
Puncabutan dan Puncabutan	Implan 1 Batang	09
	Implan 2 Batang	10
	RUD CUT 380A	11
	RUD Lain-lain	12

Jenis Tindakan

Tindakan	Jenis Metode	No. Kode
Operatif	Wanita (Tubektomi)	13
	Pria (Vasektomi)	14

Jenis Tindakan

Tindakan	Jenis Metode	No. Kode
Puncabutan	Implan 1 Batang	15
	Implan 2 Batang	16
	RUD CUT 380A	17
	RUD Lain-lain	18
Rehabilitasi	Wanita	19
	Pria	20

Kurniawan 22-4-22
Suami/Istri Klien *) [Signature]
Kurniawan

Halaman Depan

Halaman Belakang

Lampiran 5

SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Siti Mungawanatul

Usia : 39 tahun

Alamat : Desa Slarang rt 03/3, Kesugihan , Cilacap

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa :

Setelah memperoleh penjelasan sepenuhnya menyadari, mengerti dan memahami tentang tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin timbul dalam penelitian, serta sewaktu-waktu dapat mengundurkan diri dan membatalkan dari ke ikut sertaannya maka saya **setuju/tidak setuju** di ikutsertakan dan bersedia berperan serta dalam penelitian berjudul :

Karya Tulis Ilmiah : *Continuty Of Care (CoC)* Pada Ny. S Di Puskesmas Kesugihan II

Demikian surat persetujuan ini kami buat dengan sesungguhnya tanpa paksaan.

Mengetahui ,
Penanggung Jawab

(Widi Astuti)

Cilacap, 30 Oktober 2024

Yang menyatakan
Responden,

(Siti Mungawatul)

Lampiran 6**KEGIATAN BIMBINGAN****JUDUL : KARYA TULIS ILMIAH : *CONTINUITY OF CARE*****(COC) PADA NY. S DI PUSKESMAS KESUGIHAN II****NAMA MAHASISWA : WIDI ASTUTI****NIM : 41221241002**

No.	Tanggal Bimbingan	Kegiatan/Saran Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing

Dosen Pembimbing

(Sohimah,S.ST, bdn.M.Keb)

Lampiran 7

Permohonan pengambilan data penelitian

 UNAIC UNIVERSITAS AL-IRSYAD CILACAP	FAKULTAS ILMU KESEHATAN	Jl. Cerme No.24 Cilacap 53223 Telp. (0282) 532975 humas@universitalirsyad.ac.id www.universitalirsyad.ac.id
Nomor : 1740 / 234 / 03.3.1.7 Lampiran : - Perihal : Permohonan Izin Pengambilan Data Penelitian		Cilacap, 11 Juni 2025
Kepada Yth. Kepala Puskesmas Kesugihan II di - <u>Tempat</u>		
<p>Assalaamu'alaikum Wr.Wb.</p> <p>Sehubungan dengan dilaksanakannya tugas praktik Mahasiswa Program Studi Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap Tahun Akademik 2024/2025, yaitu :</p> <p>Nama : Widi Astuti NIM : 41221241002 Judul : "Karya Tulis Ilmiah : <i>Continuity of Care</i> (CoC) pada Ny. S di Puskesmas Kesugihan II"</p> <p>Maka dengan ini kami mohon izin agar mahasiswa tersebut dapat melaksanakan pengambilan data penelitian di Puskesmas Kesugihan II.</p> <p>Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian serta kerjasama yang baik, kami ucapkan terima kasih.</p> <p>Wassalaamu'alaikum Wr.Wb.</p>		
 Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Schumah, S.ST., Bdn., M.Keb. NP.10310 03 469		