

DOKUMENTASI PEMERIKSAAN 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



DOKUMEDNTASI KEGIATAN KUNJUNGAN NEONATAL 3 HARI NY S

13 MARETB 2025 DI PUSKESMAS KESUGIHAN II



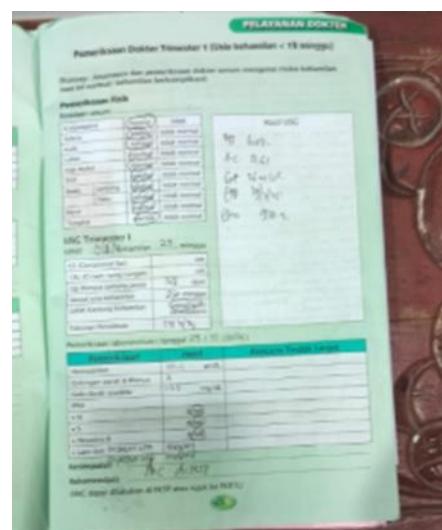
DOKUMENTASI PELAYANAN KB IMPLAN 40 HARI NY S**22 APRIL 2025 PUSKESMAS KESUGIHAN II**

ampiran 1



Foto Ibu	
NAMA	IBU
NIK	NY. Siti K 33191019652401256001
PEMBIAYAAN	
NO.JRN:	
FAKES TK 1:	
FAKES RUJUKAN:	
GOL.DARAH	A+
TEMPAT	Cilacap
TANGGAL LAHIR	25/07/1965
PENDIDIKAN	SMP
PEKERJAAN	IBU T.
ALAMAT RUMAH	Cilacap
TELEPON	
PUSKESMAS DOMISI:	
NO.REGISTER KOHORT IBU:	

Ibu Hamil	Trimester I			Trimester II			Trimester III		
	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa
HPHT: 20-5-2024	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
BB: 72 TR: 155 IMT:	59 kg	60 kg	62 kg	64 kg	66 kg	68 kg	70 kg	72 kg	74 kg
Timbang	59 kg	60 kg	62 kg	64 kg	66 kg	68 kg	70 kg	72 kg	74 kg
Ukur Lingkar Lengan Atas	27 cm	28 cm	29 cm	30 cm	31 cm	32 cm	33 cm	34 cm	35 cm
Tekanan Darah	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80	120/80
Periksa Tinggi Rahim	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Status dan Imunisasi Tetanus	T ₃	-	-	-	-	-	-	-	-
Konseling	-	✓	✓	-	-	-	-	-	-
Skrining Dokter	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Tablet Tambahan Darah	20 tab	20	30 tab	30 tab	30	30	30	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 TP:	Fasilitas Kesehatan:			Rujukan:					
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									



Lampiran 2.

PARTOGRAF

No Register No Pustakmas Nama Ibu Tanggal 10/3/2012 Umur 39 thn g. 3 p. 3 A.D
Ketuban pecah Sejak jam 09.00 Alamat Jl. S. Parman No. 10 RT 001 RW 001

Denyut Jantung Janin (/menit)

Air ketuban Penyirupan

Perbaikan ketua (cm³) per unit waktu

Waktu (jam)

Kontraksi tajam (0-40 mm)

Oksigenasi Ust. tetesment

Ghat dan Caran IV + Nadi

Tekanan darah 100-60

Suhu °C

Urin Protein Aseton Volume

Makan terakhir Pukul 12.00 Jenis PTAI Porsi 1/2 Pdt+1 (W.M.A.)

Minum terakhir Pukul 19.00 Jenis PTMANTY Porsi 1/2 bahan (W.M.A.)

Pendekat I

Pendekat II

(EMI...)

GAYATAN PERBAIKAN

1. Tanggal 10/3/2012 A
2. Nama Ibu
3. Tempat Persalinan Rumah Ibu Pustakmas
4. Alamat persalinan Jl. S. Parman No. 10 RT 001 RW 001
5. Klinik Rawat Ibu & Janin
6. Jarak tempat persalinan 10 km 15 km
7. Waktu persalinan 10 jam 12 jam
8. Aturan makan Benar Kurang Lebih
9. Penyembelih pada saat persalinan Bebek Domba Kambing Tidak ada
10. Perut dilakukan Ya Tidak
11. Peratalaksanaan masalah Tslb

KALA

13. Posisi Ya bekasii Tidak
14. Penyembelih pada saat persalinan Buasai Teman Tidak ada
15. Makanan Dukun Gawai Janin
16. Waktu persalinan Ya Tidak
17. Diketahui bahwa Ya Tidak
18. Masalah lain, sebutkan
Penatalaksanaan masalah tersebut

KALA

19. Lama kala III ment menit
20. Penyerahan Oktosin 10 U im ? ment sesudah persalinan
21. Penyerahan ulang Oktosin (2x) ? ment sesudah persalinan
22. Penyembelih pada saat persalinan Ya Tidak
23. Penyembelih tali pusat terkandali ? Ya Tidak
24. Tidak Ya Tidak

BAYI BARU LAHIR

Barat badan 2710 gram
Jenis kelamin Laki-laki cm
Panjang 50 cm
Berat lahir Baik / ada penyakit

Hasilnya

30. Jumlah pertarahan 700 ml
31. Masaah lahir, setukan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut

PENATAKANAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Tipe Fondasi	Kontrol Utama	Kandung Kudu	Pendarahan
1	13.55	110/70	80	970-1000	PTOM	100	
	14.10	110/70	60	970-1000	PTOM	50	
	14.25	110/70	80	970-1000	PTOM	20	
	14.40	110/70	80	970-1000	PTOM	10	
2	15.30	100/60	80	970-1000	PTOM	100	
	15.30	100/60	80	970-1000	PTOM	100	

Massalah kala IV / Penatalaksanaan masalah tersebut

Hasilnya :

Lampiran 3

I. Kode Fokus PKM/organisasi Sejering	2231011010724	II. Nomor Induk Keperawatan
III. Nama Peserta KB	NY. Siti K TR. KUNIYONO	IV. Status Status Peserta KB
V. Nama Suami/Pilot		V. Perekembang Usia dan Tinggi
VI. Alamat Peserta KB	Surabaya PD%	VII. Pekerjaan Suami dan Istri
VIII. Penggunaan Kontrasepsi	<input checked="" type="checkbox"/> 1. MPP kontrasepsi <input type="checkbox"/> 2. Tanda	VIII. Umur anak berulang yang masih hidup
X. Jumlah anak hidup	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Anak berulang <input type="checkbox"/> 2. Anak pertama	X. Alamat/Tempat KB & Kondisi
XII. Status Peserta KB	11. Raya Perkotaan 12. Rumah sakit 13. Rumah sakit kesehatan masyarakat 14. Rumah sakit milik pemerintah 15. Rumah sakit milik swasta 16. Tidak ada KB	XII. Lokasi/lokasi KB & Kondisi
XV. Persepsi (Sikring) untuk memenuhi hak kontrasepsi yang dapat digunakan selama peserta KB	XV. Sikring bahwa bahwa dia memiliki hak untuk menggunakan alat kontrasepsi yang dia inginkan dengan angka nilai tertinggi (1) pada kurikulum yang termasuk dalam program pelajaran dan pelajaran yang telah dulu dia pelajari.	
Persepsi (Sikring) untuk memenuhi hak kontrasepsi yang dapat digunakan selama peserta KB	XVI. Gairah anak berulang yang masih hidup	
Amaraan	XVII. Alamat/Tempat KB & Kondisi	
1. Hati rahmat Tuhan	XVIII. Alamat/Kependidikan	
2. Ingin Gria (Guru Rumah tangga)	XIX. Handi/Dibagi Handi	
3. Menulis	XX. Alamat/Kependidikan	
4. Mengupas		
5. Mewujud Perkembang Seluruhnya		
a. Sabit kuring		
b. Perihaluan pengasian yang tidak selaras seluruhnya		
c. Kepihatan yang lema		
d. Tumor		
Puscreta Alami Seluruh telur		
Total	Va	
Bila semua jawaban TIDAK dapat dijawab salah satu dari cara KB (kontrol KB dan Tubektom)		
Bila salah satu jawaban YA, tuliskan se ditar		
Pemeriksaan		
6. Keadaan Umum	<input checked="" type="checkbox"/> 1. Baik	2. Sedang
7. Takutan	11. hehe	
8. Seleksin dilakukan pemengaman (KUD atau Tubektom) dilakukan penerapan dalam	Tidak	Ya
a. Tanda-tanda ristang		
b. Tumor/kegembukan gatal-gatal		
11. Pemeriksaan tambahan (dilulus untuk calon Vasektomi dan Tubektom)	Tidak	Ya
a. Tanda-tanda disentri		
b. Ketebalan pembesaran dorsal		
c. Radang orchitis/pidymitis		
d. Tumor/kegembukan gatal-gatal		
12. Alat/obat/rastra kontroversi yang belum dipergunakan	Sumbangan	Belikan
	Barang	Barang
KV. Alat/obat/rastra kontroversi yang dipilih	Sumbangan	Belikan
12. Sumbangan	22. Sumbangan 1 Bulanan	30. PI
13. Bantuan	42. Makan 1 Bulang	40. Kondom
14. Obat	60. CAT 300A	80. SLM 10ml
15. Obat	100. Cet	120. Dermal
XVI. Target diperlukan	XVII. Target diperlukan	
Tujuan kungungan ulang	XVIII. Target diperlukan	
KETERANGAN :	XIX. Pengawas/penulis surat	
1. Lengkap untuk periksa yang tidak boleh dilakukan	XIX. Pengawas/penulis surat	
2. Sesuai dengan isi surat peserta tidak boleh	XIX. Pengawas/penulis surat	
3. Sesuai dengan isi surat peserta tidak boleh	XIX. Pengawas/penulis surat	

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)																																																																
PELAYANAN KB																																																																
IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN Prasetyana, Kuningan II 229 U 1 D0725																																																																
PERSETUJUAN KLIEN Saya yang bertanda tangan di bawah ini, N a m a <u>DY. Sri K</u> Kode Keluarga Indonesia (KK)  Setelah mendapat penjelasan dan MENGERTI SEPENUHNYA PERHAL ALAT/OBAT/CARA KONTRAKESI/PUPUSA YANG SAWA PILIH, maka saya setuju Klien SECARA SUKARELA MENBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DIILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KB SESUAI STANDAR PROFESI berupa** <input type="checkbox"/> Sunikan 1 Bulanan <input type="checkbox"/> Sunikan 3 Bulanan <input type="checkbox"/> Implan 1 Batang RUD Cut 380A RUD Lain-lain Tubektoni <input checked="" type="checkbox"/> Implan 2 Batang PERSETUJUAN SUAMI/ISTRI KLIEN N a m a <u>TN. Buwonoyo</u> Selaku SUAMI/ISTRI * klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyertu 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 pernyataan konseling Dokter/Bidan/Perawat * <u>M. Syaikh</u> , Klien, <u>Sri K.</u> Keterangan : *) caret yang tidak perlu **) beri tanda centang (v) pada salah satu kotak																																																																
JENIS TINDAKAN <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Tindakan</th> <th style="text-align: left;">Jenis Metode</th> <th style="text-align: left;">No Kasus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pembalutan</td> <td>Sunikan 1 Bulanan</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Sunikan 2 Bulanan</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Implan 1 Batang</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Implan 2 Batang</td> <td>04</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RUD Cut 380A</td> <td>05</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RUD Lain-lain</td> <td>06</td> </tr> <tr> <td>Pencautan dan Pemotongan</td> <td>Implan 1 Batang</td> <td>07</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Implan 2 Batang</td> <td>08</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RUD Cut 380A</td> <td>09</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RUD Lain-lain</td> <td>10</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Tindakan</th> <th style="text-align: left;">Jenis Metode</th> <th style="text-align: left;">No Kasus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Operatif</td> <td>Wartika (Tubektoni)</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pria (Vaskektomi)</td> <td>12</td> </tr> </tbody> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Tindakan</th> <th style="text-align: left;">Jenis Metode</th> <th style="text-align: left;">No Kasus</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pembalutan</td> <td>Implan 1 Batang</td> <td>13</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Implan 2 Batang</td> <td>14</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RUD Cut 380A</td> <td>15</td> </tr> <tr> <td></td> <td>RUD Lain-lain</td> <td>16</td> </tr> <tr> <td>Rakanalisasi</td> <td>Urektomy</td> <td>17</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Pria</td> <td>18</td> </tr> </tbody> </table>		Tindakan	Jenis Metode	No Kasus	Pembalutan	Sunikan 1 Bulanan	01		Sunikan 2 Bulanan	02		Implan 1 Batang	03		Implan 2 Batang	04		RUD Cut 380A	05		RUD Lain-lain	06	Pencautan dan Pemotongan	Implan 1 Batang	07		Implan 2 Batang	08		RUD Cut 380A	09		RUD Lain-lain	10	Tindakan	Jenis Metode	No Kasus	Operatif	Wartika (Tubektoni)	11		Pria (Vaskektomi)	12	Tindakan	Jenis Metode	No Kasus	Pembalutan	Implan 1 Batang	13		Implan 2 Batang	14		RUD Cut 380A	15		RUD Lain-lain	16	Rakanalisasi	Urektomy	17		Pria	18
Tindakan	Jenis Metode	No Kasus																																																														
Pembalutan	Sunikan 1 Bulanan	01																																																														
	Sunikan 2 Bulanan	02																																																														
	Implan 1 Batang	03																																																														
	Implan 2 Batang	04																																																														
	RUD Cut 380A	05																																																														
	RUD Lain-lain	06																																																														
Pencautan dan Pemotongan	Implan 1 Batang	07																																																														
	Implan 2 Batang	08																																																														
	RUD Cut 380A	09																																																														
	RUD Lain-lain	10																																																														
Tindakan	Jenis Metode	No Kasus																																																														
Operatif	Wartika (Tubektoni)	11																																																														
	Pria (Vaskektomi)	12																																																														
Tindakan	Jenis Metode	No Kasus																																																														
Pembalutan	Implan 1 Batang	13																																																														
	Implan 2 Batang	14																																																														
	RUD Cut 380A	15																																																														
	RUD Lain-lain	16																																																														
Rakanalisasi	Urektomy	17																																																														
	Pria	18																																																														
<u>Kuningan 22-4-2023</u> Suami/Istri Klien * <u>TN. Buwonoyo</u> <u>Sri K.</u>																																																																

Lampiran 4

		K/I/KB/15
KARTU PESERTA KB		
NOMOR INDUK KEPENDUDUKAN		
370102 19700320 1111		
NAMA PESERTA KB		
TNY. Siti & fm. Kurniawidy		
TANGGAL LAHIR/UMUR ISTRI		
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / 35 TAHUN		
ALAMAT		
<u>Garang RT 03/1</u> <u>Kecamatan Cilacap</u>		
PENGUNAAN ASURANSI		
<input checked="" type="checkbox"/> APJS Kesehatan <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/> Tidak		
<u>Pjkm</u> <u>Versi cahian i</u>		
NAMA FASKES KB/JARINGAN/ JEJARING		
<input type="checkbox"/> 37 <input type="checkbox"/> 07 <input type="checkbox"/> 007 <input type="checkbox"/> 25		
37 = <small>Askes Puskesmas</small> 07 = <small>Klinik Keluarga</small> 007 = <small>Kel. Jaringan/Fasilitas</small> 25 = <small>Jaringan Faskes KB</small>		
KODE FASKES KB/JARINGAN/ JEJARING		
<u>Karyawati</u> <u>22-4-25</u>		
PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN KB		
<u>Widu Astuti</u> NIP. 19700205 19920320 1		

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.

Cilacap, 30 Oktober 2024

Mengetahui ,
Penanggung Jawab

Yang menyatakan
Responden,

(Widi Astuti)

(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



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 -
Tempat

Assalaamu'alaikum Wr.Wb.

Sehubungan dengan dilaksanakannya tugas praktik Mahasiswa Program Studi Profesi Bidan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Al-Irsyad Cilacap Tahun Akademik 2024/2025, yaitu :

Nama : Widi Astuti
 NIM : 41221241002
 Judul : "Karya Tulis Ilmiah : *Continuity of Care (CoC)* pada Ny. S di Puskesmas Kesugihan II"

Maka dengan ini kami mohon izin agar mahasiswa tersebut dapat melaksanakan pengambilan data penelitian di Puskesmas Kesugihan II.

Demikian permohonan ini kami sampaikan, atas perhatian serta kerjasama yang baik, kami ucapan terima kasih.

Wassalaamu'alaikum Wr.Wb.

