LAMPIRAN 1

# PEMERINTAH KOTA SURABAYA
## DINAS KESEHATAN

Jalan Jemursari No. 197 Surabaya 60238
Telp. (031) 8439473, 8439372. Fax. (031) 8483393

**SURAT IJIN**
**SURVEY / PENELITIAN**
*Nomor : 072 / 4298 / 436.6.3 / 2016*

| | | |
|---|---|---|
| Dari | : | Sekretaris Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik dan Perlindungan Masyarakat |
| Nomor | : | 070/0365/436.7.3/2016 |
| Tanggal | : | 11 Januari 2016 |
| Hal | : | Penelitian |

Dengan ini menyatakan tidak keberatan dilakukan survey / penelitian oleh :

| | | |
|---|---|---|
| Nama | : | **Siti Suayah** |
| NIM | : | |
| Pekerjaan | : | Mahasiswa FIK Universitas Muhammadiyah Surabaya |
| Alamat | : | Dk Jllogedan Mandong Trucuk Klaten Jawa Tengah |
| Tujuan Penelitian | : | Menyusun Skripsi |
| Tema Penelitian | : | Asuhan Kebidaan Pada Ibu Hamil Dengan Nyeri Punggung |
| Lamanya Penelitian | : | Bulan Januari s/d Bulan Maret Tahun 2016 |
| Daerah / tempat Penelitian | | **Puskesmas Tanah Kali Kedinding** |

Dengan syarat – syarat / ketentuan sebagai berikut :

1. Yang bersangkutan harus mentaati ketentuan-ketentuan/ peraturan yang berlaku dimana dilakukannya kegiatan survey/penelitian.
2. Dilarang menggunakan kuesioner diluar design yang telah ditentukan.
3. Yang bersangkutan sebelum dan sesudah melakukan survey/penelitian harap melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Dinas Kesehatan Kota Surabaya.
4. Surat ijin ini akan dicabut/tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi syarat-syarat serta ketentuan seperti diatas.

Sehubungan dengan hal tersebut diharapkan kepada Saudara Kepala Puskesmas untuk memberikan bantuan, pengarahan dan bimbingan sepenuhnya.

Demikian atas perhatian Saudara disampaikan terima kasih.

Surabaya, 19 Januari 2016
a.n. KEPALA DINAS
Sekretaris,

Nanik Sukristina,SKM
Pembina
NIP. 197001171994032008

http://dinkes.surabaya.go.id, Email : dkk_surabaya@yahoo.com

PEMERINTAH KOTA SURABAYA
**BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT**
Jl. Jaksa Agung Suprapto No. 2 - 4 Telp. ( 031 ) 5473284, Fax. 5343000
SURABAYA ( 60272 )

Surabaya, 11 Januari 2016

Nomor : 070 / 0365 / 436.7.3 / 2016
Lampiran : -
Hal : Penelitian

Kepada
Yth. 1. Kepala Dinas Kesehatan Kota Surabaya
2. Kepala UPTD Puskesmas Tanah Kali Kedinding Kota Surabaya
di -
SURABAYA

## REKOMENDASI PENELITIAN

Dasar :
1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomentasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan Atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Walikota Surabaya Nomor 37 Tahun 2011 Tentang Rincian Tugas dan Fungsi Lembaga Teknis Daerah Kota Surabaya, Bagian Kedua Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.

Memperhatikan : Surat Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya tanggal 24 Nopember 2015 Nomor : 202.5/II.3.AU/F/FIK/2015 hal Permohonan Ijin Penelitian

Kepala Badan Kesatuan Bangsa,Politik dan Perlindungan Masyarakat Kota Surabaya memberikan rekomendasi kepada :

a. Nama : Siti Suayah
b. Alamat : Dk. Jlogedan Mandong Trucuk Klaten RT 05 RW 02 Jawa Tengah
c. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
d. Instansi/Organisasi : Universitas Muhammadiyah Surabaya
e. Kewarganegaraan : Indonesia

Untuk melakukan penelitian/survey/kegiatan dengan :

a. Judul / Thema : Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil Dengan Nyeri Punggung
b. Tujuan : Penelitian
c. Bidang Penelitian : Kesehatan
d. Penanggung Jawab: Fulatul Anifah, S.ST
e. Anggota Peserta : -
f. Waktu : 3 (Tiga) Bulan, TMT Surat dikeluarkan
g. Lokasi : Dinas Kesehatan, Puskesmas Tanah Kali Kedinding

Dengan persyaratan :
1. Penelitian/survey/kegiatan yang dilakukan harus sesuai dengan surat permohonan dan wajib mentaati persyaratan / peraturan yang berlaku di Lokasi / Tempat dilakukan Penelitian/survey/kegiatan ;
2. Saudara yang bersangkutan agar setelah melakukan Penelitian/survey/kegiatan wajib melaporkan pelaksanaan dan hasilnya kepada Kepala Bakesbang, Politik dan Linmas Kota Surabaya ;
3. Penelitian/survey/kegiatan yang dilaksanakan tidak boleh menimbulkan keresahan dimasyarakat, disintegrasi bangsa atau mengganggu keutuhan NKRI ;
4. Rekomendasi ini akan dicabut / tidak berlaku apabila yang bersangkutan tidak memenuhi persyaratan seperti tersebut diatas.

Demikian atas bantuannya disampaikan terima kasih.

a.n. KEPALA BADAN
Sekretaris,

PEMERINTAH KOTA SURABAYA
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Drs. Deddy Sosialisto, M.Si
Pembina Tk. I
NIP 19621212 198903 1 029

Tembusan :
Yth. 1. Dekan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya
2. Saudara yang bersangkutan

**FORMAT PENILAIAN HASIL PENGAMATAN PENELITIAN**
**MAHASISWA PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN UM SURABAYA**

Nama Mahasiswa : Siti suayah
Judul Penelitian : Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan nyeri punggung
Kompetensi : INC + PNC

| No | Uraian Kegiatan | Nilai (10-100) | Catatan Evaluasi |
|---|---|---|---|
| 1 | Proses pengumpulan data dasar | 80 | |
| 2 | *Interpretasi data dasar* | 80 | |
| 3 | Identifikasi diagnosis dan masalah potensial | 80 | |
| 4 | Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera | 75 | |
| 5 | Perencanaan asuhan secara menyeluruh | 75 | |
| 6 | Pelaksanaan perencanaan | 85 | |
| 7 | Evaluasi pelaksanaan asuhan kebidanan | 80 | |
| | **N = TOTAL NILAI / 100 X 7** | | |

Surabaya, 4 Maret 2016
**Observer,**

Evi H, A.Md.Keb.

PEMERINTAH KOTA SURABAYA DINAS KESEHATAN UPTD PUSKESMAS TANAH KALI KEDINDING

20 X.

**FORMAT PENILAIAN HASIL PENGAMATAN PENELITIAN**
**MAHASISWA PROGRAM STUDI D III KEBIDANAN**
**FAKULTAS ILMU KESEHATAN UM SURABAYA**

Nama Mahasiswa : Siti Suayah
Judul Penelitian : Asuhan Kebidanan pada Ibu Hamil dengan nyeri punggung.

Kompetensi : ANC

| No | Uraian Kegiatan | Nilai (10-100) | Catatan Evaluasi |
|---|---|---|---|
| 1 | Proses pengumpulan data dasar | 80 | |
| 2 | *Interpretasi data dasar* | 80 | |
| 3 | Identifikasi diagnosis dan masalah potensial | 80 | |
| 4 | Identifikasi dan penetapan kebutuhan yang memerlukan penanganan segera | 80 | |
| 5 | Perencanaan asuhan secara menyeluruh | 80 | |
| 6 | Pelaksanaan perencanaan | 85 | |
| 7 | Evaluasi pelaksanaan asuhan kebidanan | 80 | |
| | **N = TOTAL NILAI / 100 X 7** | 80. | |

Surabaya, 17-2-16.

Observer,

PEMERINTAH KOTA SURABAYA UPTD PUSKESMAS DAMI KALI KEDONG DINAS KESEHATAN

LAMPIRAN 3

**LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN**

Dengan ini Saya,

Nama : Siti Suayah

Nim : 20130661047

Status : Mahasiswa Program Studi D III Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya

Tujuan : Melakukan penelitian dengan "Asuhan Kebidanan Pada Ibu Hamil, Bersalin, Nifas dan Bayi Baru Lahir"

Apabila saudari tidak keberatan, mohon mengisi lembar pernyataan inform consent (terlampir). Adapun identitas dan hasil isian pemeriksaan fisik saudari akan kami jaga kerahasiaannya.

Surabaya, 17 Februari 2016

Peneliti,

**Siti Suayah**

LAMPIRAN 4

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

(Informed consent)

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Anggraeni Mila Puspita Sari  Nama Suami : Wiwit Irawan

Usia : 26 thn  Usia : 30 thn

Alamat : Jl Satro tengah no. 16

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat pnelitian maka saya

Bersedia/tidak bersedia

Untuk berperan serta menjadi responden.

Apabila suatu hal yang merugikan diri saya akibat penelitian ini, maka saya akan bertanggung jawab atas pilihan saya dan tidak akan menuntut dikemudian hari.

Surabaya, 17 Februari 2016

METERAI TEMPEL 9552CADF941349115 6000 ENAM RIBU RUPIAH

Respondent

*Coret yang tidak perlu

## SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : Hy. A ..... Alamat .....

Umur Ibu : ..... th..... Kec Kab : .....

Pendidikan : ..... Pekerjaan : .....

Hamil Ke ..... Haid Terakhir tgl. : ..... Perkiraan Persalinan tgl. : ..... bl

Periksa I

Umur Kehamilan : ..... bln Di .....

| I | II | III | IV | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| KEL. F.R. | NO. | Masalah / Faktor Risiko | SKOR | Tribulan | | | |
| | | | | I | II | III.1 | III.2 |
| | | Skor awal ibu hamil | 2 | | | | 2 |
| I | 1 | Terlalu muda, hamil < 16 th | 4 | | | | – |
| | 2 | Terlalu tua, hamil ≥ 35 th | 4 | | | | – |
| | | Terlalu lambat hamil I, kawin ≥ 4 th | 4 | | | | – |
| | 3 | Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th) | 4 | | | | – |
| | 4 | Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th) | 4 | | | | – |
| | 5 | Terlalu banyak anak, 4 / lebih | 4 | | | | – |
| | 6 | Terlalu tua, umur ≥ 35 tahun | 4 | | | | – |
| | 7 | Terlalu pendek ≤ 145 cm | 4 | | | | – |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | – |
| | 9 | Pernah melahirkan dengan : | | | | | – |
| | | a. Tarikan tang / vakum | 4 | | | | – |
| | | b. Uri Dirogoh | 4 | | | | – |
| | | c. Diberi infus / Transfusi | 4 | | | | – |
| | 10 | Pernah Operasi Sesar | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria | 4 | | | | 4 |
| | | c. TBC Paru d. Payah Jantung | 4 | | | | – |
| | | e. Kencing Manis (Diabetes) | 4 | | | | – |
| | | f. Penyakit Menular Seksual | 4 | | | | – |
| | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan darah tinggi | 4 | | | | – |
| | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih | 4 | | | | – |
| | 14 | Hamil kembar air (Hydramnion) | 4 | | | | – |
| | 15 | Bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | – |
| | 16 | Kehamilan lebih bulan | 4 | | | | – |
| | 17 | Letak Sungsang | 8 | | | | – |
| | 18 | Letak Lintang | 8 | | | | – |
| III | 19 | Pendarahan dalam kehamilan ini | 8 | | | | – |
| | 20 | Preeklampsia Berat / Kejang-2 | 8 | | | | – |
| | | JUMLAH SKOR | | | | | 6 |

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA**

| KEHAMILAN | | | | KEHAMILAN DENGAN RISIKO | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| JML. SKOR | JML. SKOR | PERA WATAN | RUJUKAN | TEMPAT | PENO LONG | RUJUKAN | | |
| | | | | | | RDB | RDR | RTW |
| 2 | KRR | BIDAN | TIDAK DIRUJUK | TIDAK DIRUJUK | BIDAN | | | |
| 6 - 10 | KRT | BIDAN DOKTER | BIDAN PKM | POLINDES PKM / RS | BIDAN DOKTER | | | |
| ≥ 12 | KRST | DOKTER | RUMAH SAKIT | RUMAH SAKIT | DOKTER | | | |

Kematian Ibu dalam Kehamilan : 1. Aborstus 2. Lain-lain

## KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Persalinan Melahirkan tanggal : ...../...../.....

RUJUK DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas

RUJUK KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :

1. Rujukan Dini Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW).

**Gawat Obstertrik : Kel. Faktor Resiko I & II**

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....
5. .....
6. .....

**Gawat Obstertrik : - Kel. Faktor Resiko I & II**

1. Perdarahan antepartum

**- Komplikasi Obstetrik**

3. Perdarahan postpartum
4. Uri tertinggal
5. Persalinan Lama

| TEMPAT : | PENOLONG : | MACAM PERSALINAN |
|---|---|---|
| 1. Rumah Ibu | 1. Dukun | 1. Normal |
| 2. Rumah Bidan | 2. Bidan | 2. Tindakan Pervaginam |
| 3. Polindes | 3. Dokter | 3. Operasi Sesar |
| 4. Puskesmas | 4. Lain-lain | |
| 5. Rumah Sakit | | |
| 6. Perjalanan | | |
| 7. Lain-lain ..... | | |

**PASCA PERSALINAN :**

**IBU :**

1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab :
   a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia
   c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain-2.....

**TEMPAT KEMATIAN IBU :**

1. Rumah Ibu
2. Rumah Bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjalanan

**IBU :**

1. Berat lahir : ..... gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor .....
3. Lahir mati, penyebab .....
4. Mati kemudian, umur ..... hr, penyebab .....
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada .....

**KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)**

1. Sehat 2. Sakit 3. Penyebab .....

Keluarga Berencana : 1. Ya ..... /Sterilisasi.....

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

Nama : Ny. A
Usia : 6 tn

**PENAPISAN IBU BERSALIN**

**DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT**

| NO | RIWAYAT / KEADAAN IBU | YA | TIDAK |
|---|---|---|---|
| 1. | RIWAYAT BEDAH SESAR | | ✓ |
| 2. | PERDARAHAN PERVAGINAM | | ✓ |
| 3. | PERSALINAN KURANG BULAN (< 37 MINGGU) | | ✓ |
| 4. | KETUBAN PECAH DENGAN MEKONIUM YANG KENTAL | | ✓ |
| 5. | KETUBAN PECAH LAMA (LEBIH DARI 24 JAM ) | | ✓ |
| 6. | KETUBAN PECAH PADA PERSALINAN KURANG BULAN (< 27 MINGGU) | | ✓ |
| 7. | IKTERUS | | ✓ |
| 8. | ANEMIA BERAT | | ✓ |
| 9. | TANDA / GEJALA INFEKSI | | ✓ |
| 10. | PRE EKLAMSIA / HIPERTENSI DALAM KEHAMILAN | | ✓ |
| 11. | TINGGI FUNDUS UTERI 40 CM ATAU LEBIH | | ✓ |
| 12. | GAWAT JANIN | | ✓ |
| 13. | PRIMIPARA FASE AKTIF DENGAN PALPASI KEPALA JANIN MASIH 5/5 | | ✓ |
| 14. | PRESENTASI BUKAN BELAKANG KEPALA | | ✓ |
| 15. | PRESENTASI GANDA | | ✓ |
| 16. | KEHAMILAN GEMELLI | | ✓ |
| 17. | TALI PUSAT MENUMBUNG | | ✓ |
| 18. | SYOK | | ✓ |

CATATAN :

1. Setiap ibu hamil yang datang lakukan pemeriksaan singkat untuk memastikan bahwa tidak ada komplikasi gawat darurat.
2. Setelah memastikan bahwa ibu tidak berada dalam kondisi gawat darurat teruskan dengan pemeriksaan selanjutnya
3. Apabila ada satu atau lebih komplikasi gawat darurat, rujuk ke rumah sakit

**Nama Pasien :** Hy. A

**No Reg** : 08167

**LEMBAR OBSERVASI**

| No | Waktu | TTV | His | DJJ | Ket (VT, urine, input) |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. | 06.00<br>09/03/16 | TD: 110/70<br>N: 88x/m<br>RR: 20x/M<br>S: 36°C | 10x3'x30" | 136 | VT: Ø 2 cm, EFF 25%, ket (+) let kep, HI Molase 0, tdk teraba bagian kecil Janin |
| | 06.30 | N: 80x/m | 10x3x30 | 120 | |
| | 07.00 | N: 80x/m | 10x3x30 | 125 | |
| | 07.30 | N: 82x/m | 10x3x30 | 130 | |
| | 08.00 | N: 86x/m | 10x3x30 | 135 | |
| | 08.30 | N: 80x/m | 10x3x30 | 140 | |
| | 09.00 | N: 81x/m | | 128 | |
| | 09.30 | N: 80x/m | | 120 | |
| | 10.00 | N: 80x/m | 10x3x30 | 130 | |
| | 11.00 | N: 8x/m<br>TD: 110/70<br>S: 36°C<br>RR: 20x/m | 10x3x30 | 140 | VT: Ø 4 cm, EFF 50%, ket (+) let kep, HI Molase 0, tdk teraba bagian kecil Janin. |

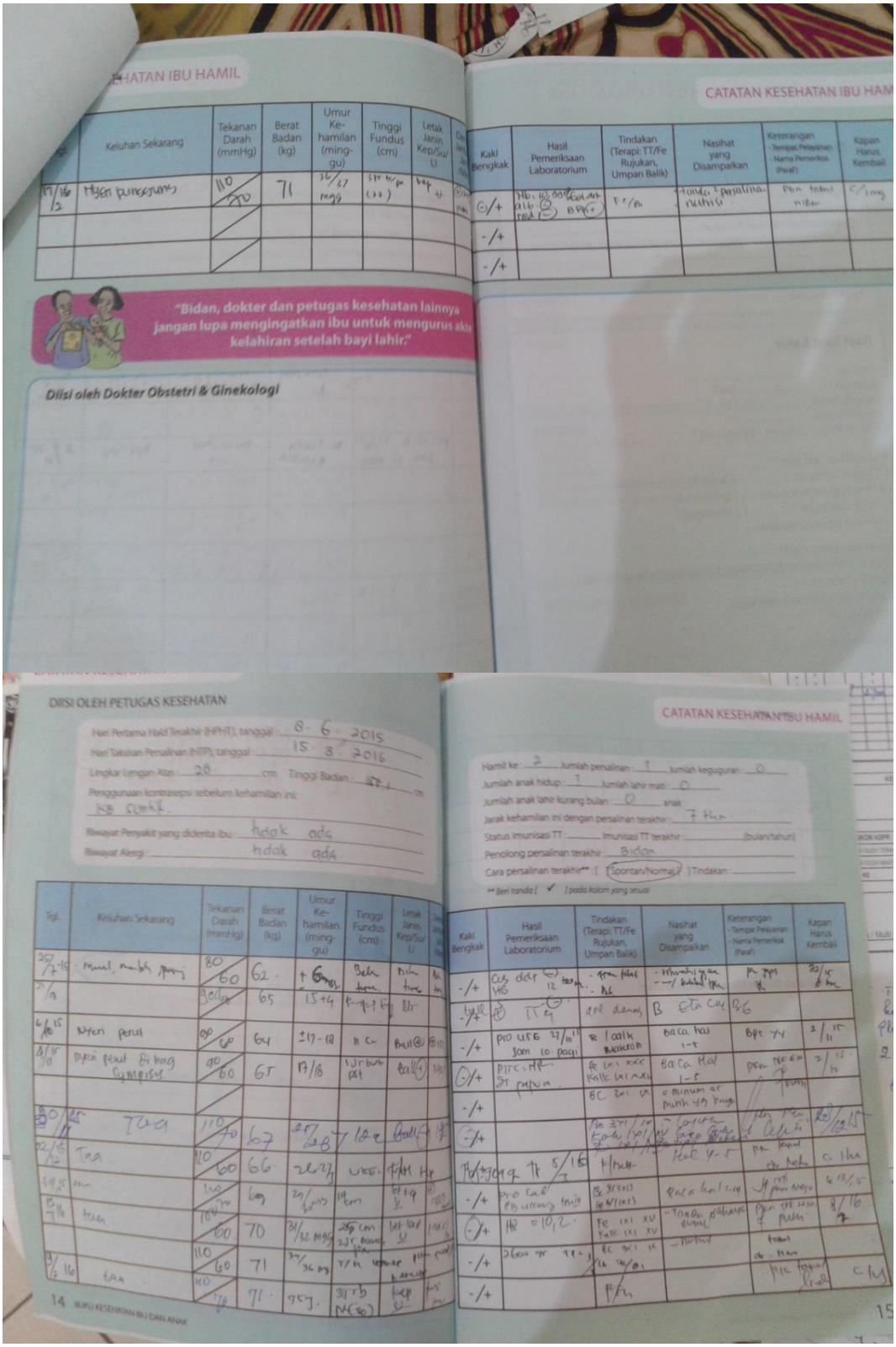
**Nama Pasien :** My. A

**No Reg** : 08167

**LEMBAR OBSERVASI**

| No | Waktu | TTV | His | DJJ | Ket (VT, urine, input) |
|---|---|---|---|---|---|
| | 11.30 09/03/16. | N = 80x/m | 3x3x35 | 130 | |
| | 12.00 | N : 80x/m | 10x3x35 | 120. | |
| | 12.30 | N : 80x/m | 10x3x40 | 130 | |
| | 13.00 | N : 82x/m | 10x4x45 | 122 | |
| | 13.30 | N : 80x/m | 10x4x45 | 120 | |
| | 14.00 | N : 83x/m | 10x4x45 | 128 | |
| | 14.45 | TD : 110/70<br>N : 84x/m<br>S : 36°c<br>RR : 20x/m | 10x4x45 | 120 | VT Ø 10 cm, Eff 100%, ketuban pecah jernih, letak kepala, tidak teraba bagian kecil janin. Ibu mengatakan ingin meneran. kuat dan kencang - kencang. |

LAMPIRAN 8



HATAN IBU HAMIL

| Keluhan Sekarang | Tekanan Darah (mmHg) | Berat Badan (kg) | Umur Kehamilan (minggu) | Tinggi Fundus (cm) | Letak Janin Kep/Su/Li |
|---|---|---|---|---|---|
| Nyeri punggung | 110/70 | 71 | 36/37 minggu | 31 cm/pr (+) | kep |
| | | | | | |
| | | | | | |

"Bidan, dokter dan petugas kesehatan lainnya jangan lupa mengingatkan ibu untuk mengurus akta kelahiran setelah bayi lahir."

*Diisi oleh Dokter Obstetri & Ginekologi*

CATATAN KESEHATAN IBU HAM

| Kaki Bengkak | Hasil Pemeriksaan Laboratorium | Tindakan (Terapi: TT/Fe Rujukan, Umpan Balik) | Nasihat yang Disampaikan | Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf) | Kapan Harus Kembali |
|---|---|---|---|---|---|
| -/+ | Hb: 10,8 gr/dl, golongan darah B, Rh+, HbsAg (-), HIV (-) | Fe/hr | Tetap + pantang nutrisi | Pkm tebu nibar | 6/ing |
| -/+ | | | | | |
| -/+ | | | | | |

DISI OLEH PETUGAS KESEHATAN

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 8-6-2015

Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 15-3-2016

Lingkar Lengan Atas: 28 cm Tinggi Badan: 157 cm

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: KB suntik

Riwayat Penyakit yang diderita ibu: tidak ada

Riwayat Alergi: tidak ada

| Tgl. | Keluhan Sekarang | Tekanan Darah (mmHg) | Berat Badan (kg) | Umur Kehamilan (minggu) | Tinggi Fundus (cm) | Letak Janin Kep/Su/Li |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 25/7-15 | mual, muntah, pusing | 80/60 | 62 | + 6 mgg | Belum terba | Belum terba |
| 7/9 | | 80/60 | 65 | 15+4 | | |
| 6/10-15 | Nyeri perut | 90/60 | 64 | 27-12 | 11 cm | Bujur |
| 8/10-15 | nyeri perut di bag. symfisis | 90/60 | 65 | 17/18 | 1 jr bwah pst | Bujur |
| | | | | | | |
| 30/10-15 | Tsa | 110/70 | 67 | 28/28 | 12 cm | Bujur |
| 02/11-15 | Tsa | 110/60 | 66 | 28/27 | 11 cm | Pst |
| 5/11-15 | tsa | 100/70 | 69 | 29/30 | 11 cm | Pst |
| 13/11-15 | tsa | 100/60 | 70 | 31/32 mgg | 26 cm 2 jr bawah pst | Pst |
| 9/12-15 | tsa | 110/60 | 71 | 37/36 mg | 31 cm | Pst |
| | | 100/70 | 71 | 35 mg | 31 cm (N-30) | Kep |

14 BUKU KESEHATAN IBU DAN ANAK

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Hamil ke: 2 Jumlah persalinan: 1 Jumlah keguguran: 0

Jumlah anak hidup: 1 Jumlah lahir mati: 0

Jumlah anak lahir kurang bulan: 0 anak

Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir: 7 thn

Status imunisasi TT: ..... Imunisasi TT terakhir: ..... (bulan/tahun)

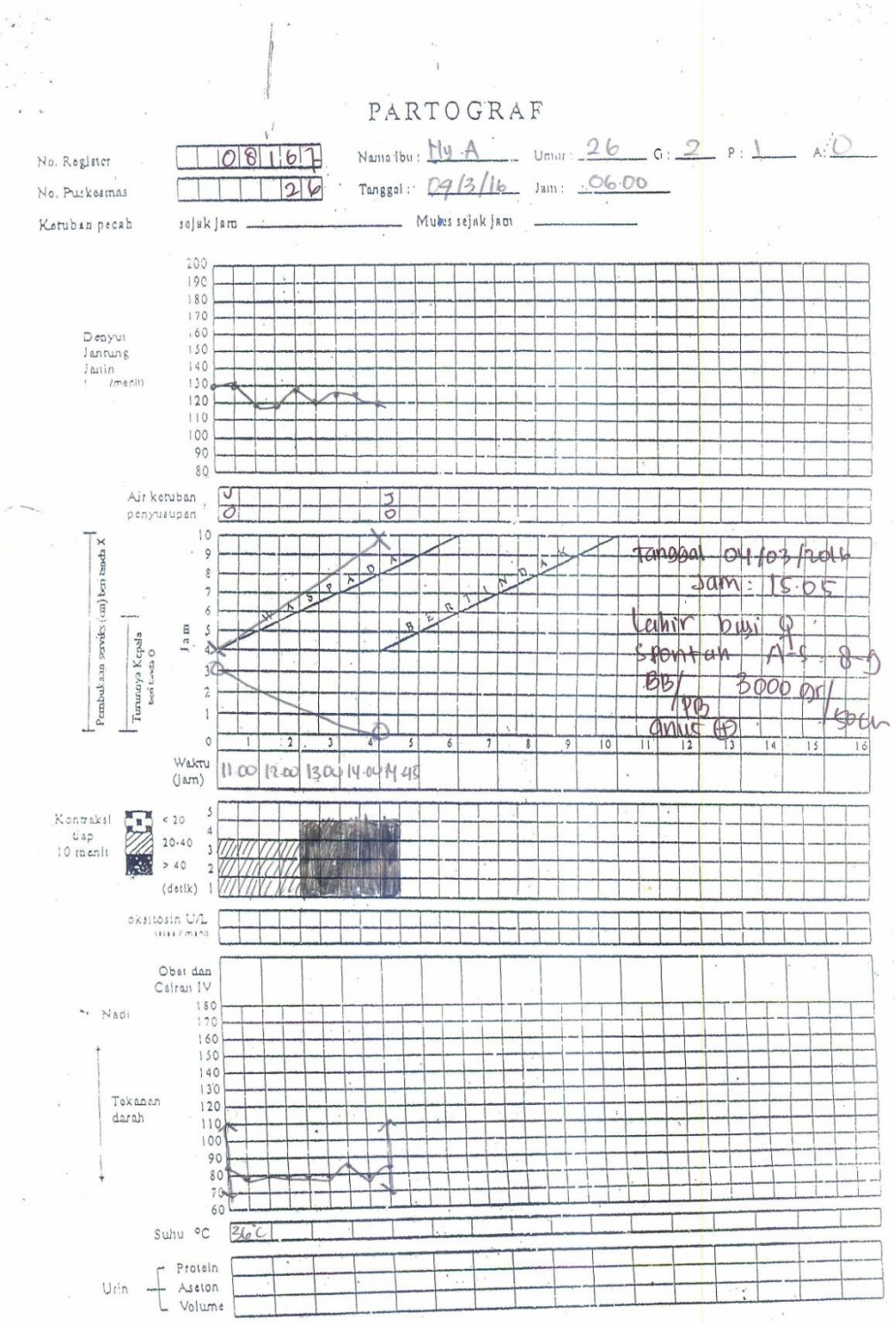
Penolong persalinan terakhir: Bidan

Cara persalinan terakhir**: [ (Spontan/Normal) ] Tindakan: .....

** Beri tanda [ ✓ ] pada kolom yang sesuai

| Kaki Bengkak | Hasil Pemeriksaan Laboratorium | Tindakan (Terapi: TT/Fe Rujukan, Umpan Balik) | Nasihat yang Disampaikan | Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf) | Kapan Harus Kembali |
|---|---|---|---|---|---|
| -/+ | Cus dbf (-) Hb 12 | - Fe | - Istirahat yang cukup - Kebersihan diri | Pkm Bgs | 22/11 |
| -/+ | TT 4 | | | | |
| -/+ | PIO USG 27/10 jam 10 pagi | Fe 1 calk | Baca buku 1-5 | Bpc YY | 2/11 |
| (-)/+ | PITC: HB 37 minum | Fe 1x1 xxx kalk 1x1 xxx | Baca Buku 1-5 | Pkm | 2/11 |
| -/+ | | BC 2x1 ix | - minum air putih yg bnyk | | |
| -/+ | | Fe 3x1 1x kalk 1x1 xv | - Istirahat cukup | | |
| 7/8-9 | Hb 8/15 | Hbsag | Baca buku 1-5 | Pkm Kapuat | C. Ika |
| -/+ | PIO Cek Hb ulang trisi | Fe 3x1x1 Fe 1x1x1 | Baca buku 1-5 | Pkm Bgs | 6/12/15 |
| (-)/+ | Hb = 10,2 | Fe 1x1 xv kalk 1x1 xv | - Tanda bahaya dukung | Pkm | 8/16 |
| -/+ | 2600 gr | BC 3x1 ix kalk 1x1 | - Nutrisi | Kapuat Pkm | |
| -/+ | | P/h | | PIC Kapuat | C. Ika |

15


PARTOGRAF
No. Register 08167
No. Puskesmas 26
Nama Ibu : Ny. A
Umur : 26
G : 2
P : 1
A : 0
Tanggal : 04/3/16
Jam : 06.00
Ketuban pecah sejak jam
Mules sejak jam
Denyut Jantung Janin /menit
Air ketuban penyusupan
Pembukaan servik (cm) ber tanda X
Turunnya Kepala ber tanda O
Jam
WAKTU PERTAMA KALI
BERTIKAN DATA
Tanggal 04/03/2016
Jam : 15.05
Lahir bayi ♀ spontan A/S 8-9
BB/PB 3000 gr/50cm
anus (+)
Waktu (jam)
11.00 12.00 13.00 14.00 14.45
Kontraksi tiap 10 menit
< 20
20-40
> 40
(detik)
oksitosin U/L
Obat dan Cairan IV
Nadi
Tekanan darah
Suhu °C
36°C
Urin
Protein
Aseton
Volume

100 X

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 04/03/2016
2. Nama bidan: .....
3. Tempat persalinan:
   O Rumah Ibu ✓ Puskesmas
   O Polindes O Rumah Sakit
   O Klinik Swasta O Lainnya .....
4. Alamat tempat persalinan: puskesmas TAKAL
5. Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
6. Alasan merujuk: .....
7. Tempat rujukan: .....
8. Pendamping pada saat merujuk:
   O bidan O teman O suami O dukun O keluarga O tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan / persalinan ini:
   O Gawat darurat O Perdarahan O HDK O Infeksi O PMTCT

KALA I

10. Partogram melewati garis waspada: Y (T)
11. Masalah lain, sebutkan: .....
12. Penatalaksanaan masalah tsb: .....
13. Hasilnya: .....

KALA II

14. Episiotomi:
    O Ya, indikasi .....
    ✓ Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan:
    ✓ Suami O teman O tidak ada
    O Keluarga O dukun
16. Gawat janin:
    O Ya, tindakan yang dilakukan:
    a .....
    b tidak ada
    O Tidak
    O Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil .....
17. Distosia bahu
    O Ya, tindakan yang dilakukan: tidak ada
    O Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya
    tidak ada

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini
    ✓ Ya
    O Tidak, alasannya .....
20. Lama kala III: 15 Menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im?
    ✓ Ya, waktu: 5 menit sesudah persalinan
    O Tidak, alasan .....
    Penjepitan tali pusat ..... Menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
    O Ya, alasan .....
    ✓ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali?
    ✓ Ya
    O Tidak, alasan .....
24. Masase fundus uteri?
    ✓ Ya
    O Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (intact) (Ya) Tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
    a. .....
    b. .....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit:
    ✓ Tidak
    O Ya, tindakan .....
27. Laserasi:
    O Ya, dimana tidak ada.
    O Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat: 1 / 2 / 3 / 4
    Tindakan:
    O Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    O Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri:
    O Ya, tindakan: tidak ada.
    O Tidak
30. Jumlah darah yang keluar / perdarahan: 250 ml
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut
    .....
    Hasilnya: .....

KALA IV

32. Kondisi ibu: KU: baik TD: ..... mmHg Nadi: x/mnt Napas: x/mnt
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah .....

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan ..... Gram
35. Panjang badan ..... cm
36. Jenis kelamin: L / P
37. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
38. Bayi lahir:
    ✓ Normal, tindakan:
    ✓ mengeringkan
    ✓ menghangatkan
    ✓ rangsangan taktil
    ✓ memastikan IMD atau naluri menyusu segera
    O Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas, tindakan:
    O mengeringkan O bebaskan jalan napas
    O rangsang taktil O menghangatkan
    O bebaskan jalan napas O lain-lain, sebutkan
    O pakaian / selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
    O Cacat bawaan, sebutkan: .....
    O Hipotermi, tindakan:
    a. .....
    b. tidak ada.
    c. .....
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
    ✓ Ya, waktu: 10 Jam setelah bayi lahir
    O Tidak, alasan .....
40. Masalah lain, sebutkan: .....
    Hasilnya, .....

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

| Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | Suhu | Tinggi Fundus Uteri | Kontraksi Uterus | Kandung Kemih | Darah yg keluar |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 15.25 | 110/70 mmHg | 84 | 36,2 | 2 jr bwh pst | Keras | kosong | 1 softex tdk |
| | 15.40 | 110/80 mmHg | 84 | [illegible] | 2 jr bwh pst | keras | kosong | 1 softex tdk |
| | 15.55 | 110/80 mmHg | 82 | [illegible] | 2 jr bwh pst | keras | kosong | 1 softex |
| | 16.10 | 110/80 mmHg | 84 | [illegible] | 2 jr bwh pst | keras | kosong | 1 softex |
| 2 | 16.40 | 110/80 mmHg | 84 | 36,0 | 2 jr bwh pst | keras | kosong | 1 softex |
| | 17.10 | 120/80 mmHg | 84 | [illegible] | 2 jr bwh pst | keras | kosong | 1 softex |

Gambar 2-5 : Halaman Belakang Partograf

LAMPIRAN 10

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasisiwa : SITI SUAYAH

NIM : 20130661047

Nama Pembimbing : FULATUL ANIFAH, S.ST

| No | Tanggal | Hasil Konsul | Pembimbing | TTD |
|---|---|---|---|---|
| | 8-12-'15 | Revisi Bab 1, Bab 2 | Fulatul A | |
| | 02-1-'15 | Revisi Bab 1 Bab 2 | Fulatul A | |
| | 22/2 '16 | Revisi bab 1, 2, 3 | Siska. D. | |
| | 12/5 '16 | Revisi bab 3 dan tambahan bab 2 | Siska. D | |
| | 9/6 '16 | Belajar IMT, MAP, RDT. Revisi bab 2. ACC bab 3. Konsul lg dg membawa bab 4. | | |
| | 22/6 | Revisi bab 4 | | |
| | 24/6 | Revisi bab 4,5 | | |
| | 30/6 | konsul TA. BAB. 1, 2, 3 Perbaiki diagnosa, dan Penulisan | Diah.S | |
| | 1/7 | Revisi edilit bab pembahasan | | |

LEMBAR KONSUL

Nama Mahasisiwa : SITI SUAYAH

NIM : 20130661047

Nama Pembimbing : Siska Ditaningtias, S.ST., M.Kes

| No | Tanggal | Hasil Konsul | Pembimbing | TTD |
|---|---|---|---|---|
| | 18/7 16 | ACC ujian sidang KTI | | |
| | 28/7 16 | Revisi BAB I. | Bu Nur | |
| | 29/7 16. | Tambahan teori Anemi, BBL | Bu Diah. S | |
| | 29/7 16 | ACC. | Bu Siska | |
| | 3/8 16 | ACC | Bu Diah. S | |
| | 5/8 16 | ACC | Bu Nur. M | |

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA**
**PUSAT BAHASA**
Jl. Sutorejo 59 Surabaya 60113 Telp. 031-3811966, 3811967 Ext (130) Gd. A Lt 2
*Email: pusba.umsby@gmail.com*

**ENDORSEMENT LETTER**
414/PB-UMS/EL/VIII/2016

This letter is to certify that the abstract of the thesis below

| | | |
|---|---|---|
| Tittle | : | Midwifery Care of Mrs. A at Puskesmas Tanah Kali Kedinding Surabaya |
| Student's name | : | Siti Suayah |
| Reg. Number | : | 20130661047 |
| Department | : | D3 Kebidanan |

has been endorsed by Pusat Bahasa *UMSurabaya* for further approval by the examining committee of the faculty.

Surabaya, 12 August 2016
Chair

Waode Hamsia, M.Pd.