Lampiran 5

PERNYATAAN PERSETUJUAN
(*Informed Consent*)

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI:

Nama : Putri

Umur : 20 th

Alamat: Sidodadi 5/3

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya bersedia/tidak bersedia*)

Untuk berperan serta sebagai responden tanpa ada unsur paksaan

Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat studi kasus ini, maka saya akan bertanggungjawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

Malang, 13 Februari .....

Yang membuat persetujuan,

(....Putri.....)

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

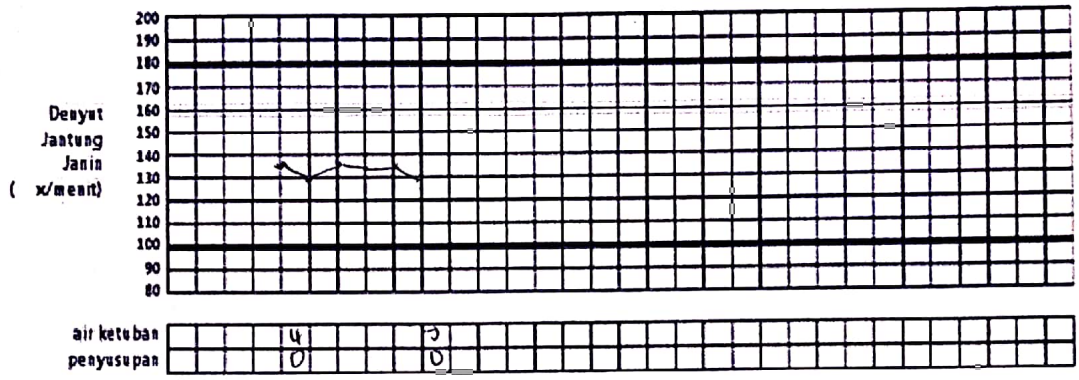
Scanned with CamScanner

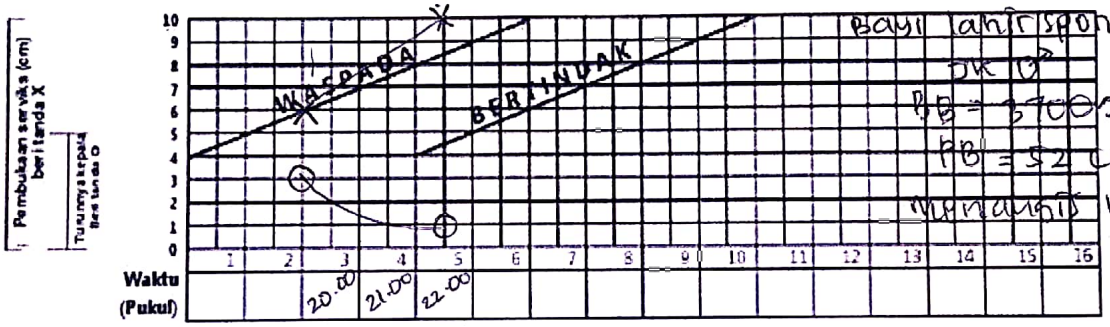
PARTOGRAF

No. Register [ ] Nama Ibu/Bapak: NY P / Tn. B Umur: 20/35 G1 P0 A0 Hamil 40-41 minggu

RS/Puskesmas/RB [ ] Masuk Tanggal : 16-3-2020 Pukul : 20.00 WIB

Ketuban Pecah sejak pukul – WIB Mules sejak pukul 07.00 WIB Alamat: Sidodadi 3/5





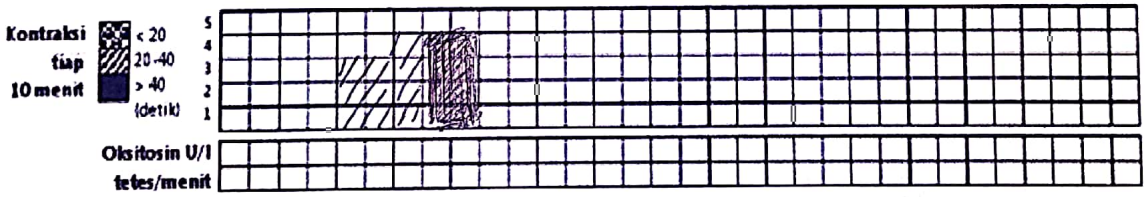
Bayi lahir spontan 16-3-20 / 23.

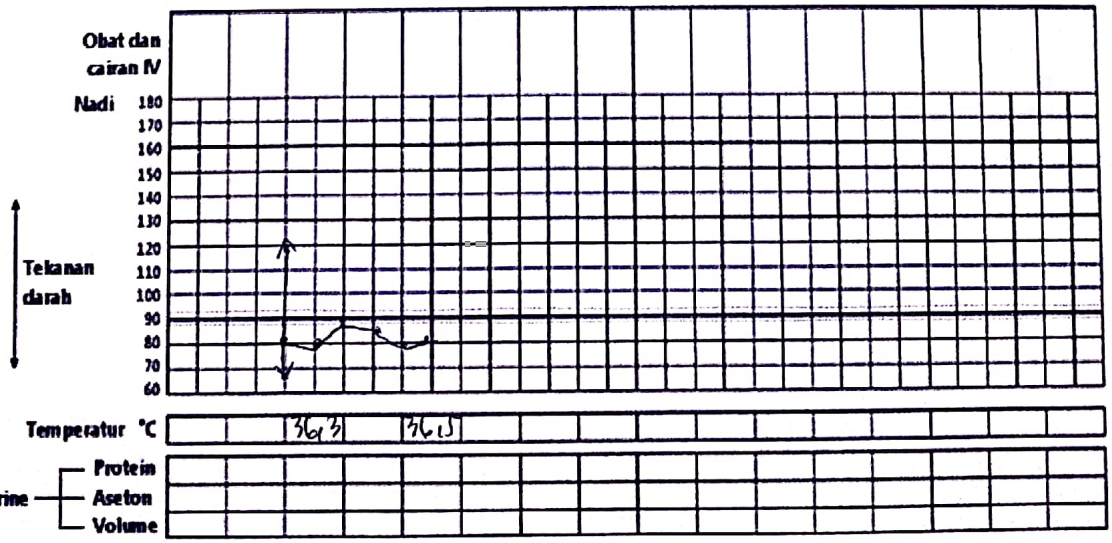
JK P

BB = 3700 gr

PB = 52 cm

menangis kuat





Makan terakhir : Pukul 18.00 Jenis : nasi lauk pauk Porsi : 1 piring.

Minum terakhir : Pukul 15.00 Jenis : air putih Porsi : 1 gelas.

Penolong

(.....)

Scanned with CamScanner

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 16-3-2020
2. Nama bidan : Bidan ffik S.
3. Tempat Persalinan :
   ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
   ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit PMB
   ☐ Klinik Swasta ☑ Lainnya : .....
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk: .....
7. Tempat rujukan: .....
8. Pendamping pada saat merujuk :
   ☐ Bidan ☐ Teman
   ☐ Suami ☐ Dukun
   ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
12. Hasilnya : .....

KALA II

13. Episiotomi :
    ☑ Ya, Indikasi perinium kaku tbagi besar
    ☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
    ☐ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
    ☑ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
    ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☑ Tidak
16. Distosia bahu :
    ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☑ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan : -
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : kala II normal

KALA III

20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Olsitosin 10 U im ?
    ☑ Ya, waktu : 23.0 menit sesudah persalinan
    ☐ Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
    ☐ Ya, alasan .....
    ☑ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
    ☑ Ya,
    ☐ Tidak, alasan .....
24. Masase fundus uteri ?
    ☑ Ya.
    ☐ Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
    Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
    a. .....
    b. .....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
    ☐ Ya, tindakan :
    a. .....
    b. .....
    c. .....
27. Laserasi :
    ☑ Ya, dimana kulit, mukosa, otot perineum
    ☐ Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    Tindakan :
    ☑ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    ☐ Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri :
    ☐ Ya, tindakan
    a. .....
    b. .....
    c. .....
    ☑ Tidak
30. Jumlah perdarahan : ± 200 ml
31. Masalah lain, sebutkan : -
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : kala III normal

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan 3700 gram
35. Panjang 52 cm
36. Jenis kelamin L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
    ☑ Normal, tindakan :
    ☑ mengeringkan
    ☑ menghangatkan
    ☑ rangsang taktil
    ☑ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    ☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/,tindakan :
    ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
    ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
    ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
    ☐ lain - lain sebutkan .....
    ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
    ☐ Hipotermi, tindakan :
    a. .....
    b. .....
    c. .....
39. Pemberian ASI
    ☑ Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
    ☐ Tidak, alasan .....
40. Masalah lain sebutkan : .....
    Hasilnya : BBLR, normal

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	23.35	110/70	80	36/7	2jr ↑ Pst	Baik, keras	-	20 cc
	23.50	110/70	72		2jr ↑ Pst	Baik, keras	-	-
	24.05	120/70	83		1jr ↑ Pst	Baik, keras	-	-
	24.20	110/70	84		2jr ↑ Pst	Baik, keras	-	15cc
2	24.50	110/80	80	36/5	2jr ↑ Pst	Baik, keras	-	-
	01.20	110/90	84		1jr ↑ Pst	Baik, keras	125 cc	5cc

Masalah kala IV : -
Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
Hasilnya : kala IV normal

Scanned with CamScanner

PENAPISAN IBU BERSALIN
DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT

NO	KETERANGAN	
1	riwayat bedah caesar	X
2	perdarahan pervaginam	X
3	kehamilan kurang bulan	X
4	ketuban pecah dengan mekoneum kental	X
5	ketuban pecah lama lebih dari 24 jam	X
6	ketuban pecah pada kehamilan kurang bulan	X
7	icterus	X
8	anemia berat	X
9	tanda /gejala infeksi	X
10	pre eklamsi /hipertensi dalam kehamilan	X
11	tinggi fundus uteri 40 cm/lebih	X
12	gawat janin	X
13	primipara dalam fase aktif persalinan dengan palpasi	X
	kepala janin masih 5/5	X
14	presentasi bukan belakang kepala	X
15	presentasi majemuk	X
16	kehamilan gemelli	X
17	tali pusat menumbung	X
18	syock	X
19	bumil TKI	X
20	suami pelayaran	X
21	suami/bumil bertato	X
22	HIV/AIDS	X
23	PMS (penyakit menular seksual)	X
24	anak mahal	X

Scanned with CamScanner

CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 16-3-2020 Pukul : 23.12
Umur kehamilan : 40-41 Minggu
Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain .....
Cara persalinan : Normal/Tindakan .....
Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/ Lokhia berbau/lain-lain .....)/ Meninggal*
Keterangan tambahan : —

** Lingkari yang sesuai*

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1
Berat Lahir : 3700 gram
Panjang Badan : 52 cm
Lingkar Kepala : 33 cm
Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*

Kondisi bayi saat lahir:**

[√] Segera menangis
[ ] Menangis beberapa saat
[ ] Tidak menangis
[√] Seluruh tubuh kemerahan
[ ] Anggota gerak kebiruan
[ ] Seluruh tubuh biru
[ ] Kelainan bawaan
[ ] Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir **:

[√] Inisiasi menyusu dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
[√] Suntikan Vitamin K1
[√] Salep mata antibiotika profilaksis
[√] Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan: .....

* Lingkari yang sesuai

** Beri tanda [√] pada kolom yang sesuai

Scanned with CamScanner

CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS
(Diisi oleh dokter/bidan)

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam–3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4–28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29–42 hari)
	Tgl : 17-3-2020	Tgl : 22-3-20	Tgl : 30-3-20
Kondisi ibu secara umum	Baik	Baik	Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	TD 110/70, [illegible]	110/70, [illegible]	–
Perdarahan pervaginam	–		–
Kondisi perineum	Laserasi d.2	baik	–
Tanda infeksi	–	–	–
Kontraksi uteri	baik	baik	–
Tinggi Fundus Uteri	3jr ↓ pst.	½ pst symp	–
Lokhia	rubra	sanguinden	alba
Pemeriksaan jalan lahir	✓	✓	–
Pemeriksaan payudara	+/+	–/–	–
Produksi ASI	+/+	–/–	–
Pemberian Kapsul Vit.A	✓	–	–
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	–	–	–
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	–	–	–
Buang Air Besar (BAB)	–	+	+
Buang Air Kecil (BAK)	+	+	+
Memberi nasehat yaitu:			
Makan makanan yang beraneka ragam yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur dan buah-buahan	✓	✓	✓
Kebutuhan air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	✓	✓	✓
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	✓	✓	✓
Istirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	✓	✓	✓
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	–	–	–
Cara menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja (asi eksklusif) selama 6 bulan	✓	–	–
Perawatan bayi yang benar	✓	✓	✓
Jangan membiarkan bayi menangis terlalu lama, karena akan membuat bayi stress.	✓	✓	✓
Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedini mungkin bersama suami dan keluarga	✓	✓	✓
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan	✓	✓	✓

Scanned with CamScanner

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6–48 jam)	Kunjungan II (hari 3–7)	Kunjungan III (hari 8–28)
	Tgl: 17-3-2020	Tgl: 22-3-2020	Tgl: 30-3-2020
Berat badan (gram)	3700 gr	3600 gr.	–
Panjang badan (cm)	52 cm	5	–
Suhu (°C)	36,8°C	36,7°C	–
Frekuensi nafas (x/menit)	54 x/1	52 x/menit	–
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	142 x/1	140 x/menit	–
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	–	–	–
Memeriksa ikterus	–	–	–
Memeriksa diare	–	–	–
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	–	–	–
Memeriksa status Vit K1	✓	✓	✓
Memeriksa status imunisasi HB–0, BCG, Polio 1	✓	✓	✓
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	–	–	–
• SHK Ya / Tidak	–	–	–
• Hasil tes SHK (–) / (+)	–	–	–
• Konfirmasi hasil SHK	–	–	–
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	–	–	–
Nama pemeriksa	Ilma		

Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

Scanned with CamScanner

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+**
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	17/3 20												
BCG		17/4 20											
*Polio													
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

CATATAN IMUNISASI ANAK

* Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT-HB-Hib minimal 4 minggu (1bulan) • Jarak antara pemberian vaksin Polio minimal 4 minggu (1 bulan)

Scanned with CamScanner

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB :
1. Nama : Hy - P.
2. No. Kode : .....

II. Nomer Seri Kartu: No. Urut [ ][ ][ ] Tahun [ ][ ]

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB : .....
V. 1. Nama Suami/Istri : .....

III. Umur Peserta KB : [2][0]

VI. Pendidikan Suami dan Istri : Suami [4] Istri [4]
1. Buta Huruf 4. Tamat SMP
2. Baca Latin 5. Tamat SMA
3. Tamat SD 6. Tamat PT

VII. Alamat : .....
.....

VIII. Pekerjaan Suami dan Istri : Suami [8] Istri [8]
1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas
2. TNI/Polri 5. Nelayan 8. Lain-lain.....
3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja .....

IX. Jumlah anak hidup: Laki-laki [0][1] Perempuan [ ][ ]

X. Umur anak terkecil: Tahun [ ][ ] Bulan [0][1]

XI. Status peserta KB [2]
1. Baru pertama kali
2. Sesudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB
3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara
4. Pindah tempat pelayanan, cara sama
5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara

XII. Cara KB terakhir: [7]
1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom
5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB
Petunjuk: Periksalah keadaan berikut ini dan mhasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia

A. 1. Keadaan Umum: (1) Baik 2) Sedang 3) Kurang
2. Tekanan Darah: ..... mmHg
3. Hamil/Diduga hami: 1) Ya (2) Tidak [ ]
4. Haid terakhir tanggal: Tanggal [ ][ ] Bulan [ ][ ] Tahun [ ][ ]
5. Berat badan: [ ][ ] kg
6. Keadaan Peserta KB saat ini:

	Ya	Tidak
a. Sakit Kuning		✓
b. Pendarahan pervaginaan yang tidak diketahui penyebabnya		✓
c. Tumor		
- Payudara		✓
- Rahim		✓
- Indung Telur		✓
- Tertis		✓
- Radang orchifis/epididimis		✓
d. IMS/HIV/AIDS		✓

Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD/MOP), dilanjutkan ke pertanyaan XIV, bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.

7. Sebelum dilakukan pemasanan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:
a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Antefleksi [ ]

	Ya	Tidak
b. Tanda-tanda radang		
c. Tumor/keganasan ginekologi		

Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD, MOP dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.

8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)

	Ya	Tidak
a. Tanda-tanda diabetes		
b. Kelainan pembekuan darah		

Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilaksanakan MOW/MOP. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke klinik/RS yang lengkap.

B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil
2. Konseling dengan menggunakan ABPK [7]

XIV Alat Kontrasepsi yang diberikan: [ ]
1. IUD 4. Kondom 7. Pil
2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal
3. MOP 6. Suntikan

XV. Tanggal dilayani:**)..... Tanggal [ ][ ] Bulan [ ][ ] Tahun [ ][ ]

XVI. Tanggal dipesan kembali Tanggal [ ][ ] Bulan [ ][ ] Tahun [ ][ ]

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD) Tanggal [ ][ ] Bulan [ ][ ] Tahun [ ][ ]

XVIII. Pemeriksa

(.....)

Keterangan:
*) Coret yng tidak perlu/yang tidak boleh diberikan
**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

Scanned with CamScanner

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 4-6-2019
Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 11-3-2020
Lingkar Lengan Atas: 23,5 cm; KEK ( ), Non KEK (✓) Tinggi Badan: 160 cm
Golongan Darah: -
Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: PIL
Riwayat Penyakit yang diderita ibu: -

Riwayat Alergi: -

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
20/10 19	tdk ada	90/60	44	17-18	7 cm	-	(+)
11/11 19	keputihan	100/60	48	23-24	14 cm	ball (+)	(+)
27/11 19	tdk ada	110/70	48	25	14 cm	Ball (+)	(+) 147
4/1 20	tdk ada	100/60	56	31-32	17 cm	kepala	(+)
3/2 20	Nyeri pinggang	90/70	57	36-37	22 cm	kepala	(+) 133
18/2 20	tdk ada	110/70	59	38-39	27 cm	kepala	(+) 124
4/3 20	kenceng²	110/70	61	40-41	33 cm	kepala	(+)

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke I Jumlah persalinan - Jumlah keguguran - G 1 P 0 A 0
Jumlah anak hidup - Jumlah lahir mati
Jumlah anak lahir kurang bulan - anak
Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir -
Status imunisasi Imunisasi TT terakhir (+) T5 [bulan/tahun]
Penolong persalinan terakhir -
Cara persalinan terakhir** : [ ] Spontan/Normal [ ] Tindakan -

*** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai*

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
(–)/+		fundavin	nutrisi	pmb titik s	1 bln
(–)/+		nausokal	nutrisi	pmb titik s	1 bln
(–)/+	Hb: 12,4 HbsAg: NR	Fe, kalk	nutrisi	Pkm lws	
(–)/+	HIV NR Prot (–)	- prenatal	nutrisi, olahraga	pmb titik s	1 bln
(–)/+	Hb: 11 gr%	- etabion	nutrisi, olahraga	pmb titik s.	1 mgg
(–)/+		mirabion	nutrisi	pmb titik s	1 mgg
(–)/+					
–/+					
–/+					
–/+					
–/+					

Scanned with CamScanner