

# LAMPIRAN-LAMPIRAN

**PERSETUJUAN PEMERIKSAAN KEHAMILAN  
(INFORMED CONCENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ..... Nurlaita ..... Umur : 37 th

Alamat : ..... Sinar Banten .....

Telah bertindak sebagai diri saya/Orang Tua/Suami/Keluarga dari pasien :

Nama : ..... Umur : ..... th

Alamat : .....

Telah mendapat penjelasan dan pengertian tentang tindakan medis yang akan dilakukan berkaitan dengan **PEMERIKSAAN KEHAMILAN** dan segala resiko yang bisa terjadi, maka kami meyerahkan sepenuhnya dengan ikhlas untuk dilakukan pemeriksaan dengan melakukan:

**Pemeriksaan Fisik, Palpasi Abdomen, Pemeriksaan Denyut Jantung Janin, Pemeriksaan Laboratorium (HB, Protein Urin) dengan mengambil sampel darah pada jari ibu dan sampel urin pada ibu hamil.**

Pernyataan ini kami buat dengan penuh kesadaran atas resiko tindakan medis yang akan diberikan. Bila dikemudian hari terjadi resiko yang berhubungan dengan tindakan tersebut maka kami tidak akan menuntut sesuai hokum yang berlaku.

Demikian pernyataan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pringsewu, 01 - Juni - 2020

Pukul : ..... WIB

Suami/Wali

Pasien

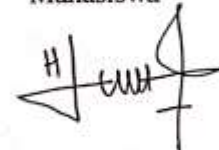


Yang memberi penjelasan,

Penguji akademik

Penguji Lahan

Mahasiswa



Hera Diantina

Nomor Registrasi Ibu :  
Nomor Urut di Kohort Ibu :  
Tanggal menerima buku KIA :  
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan :

7-12-2019  
1005269062038

### IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : ..  
Tempat/Tgl. lahir : ..  
Kehamilan ke : .. Anak terakhir umur: .. tahun  
Agama : ..  
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
Golongan Darah : ..  
Pekerjaan : ..  
No. JKN : ..

Nama Suami : ..  
Tempat/Tgl. lahir : ..  
Agama : ..  
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
Golongan Darah : ..  
Pekerjaan : ..

Alamat Rumah : ..  
Kecamatan : ..  
Kabupaten/Kota : ..  
No. Telp. yang bisa dihubungi : ..

Nama Anak : ..... L/P\*  
Tempat/Tgl. Lahir : .....  
Anak Ke : ..... dari ..... anak  
No. Akte Kelahiran : .....

# CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 10-10-2019  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 17-7-2020  
 Lingkar Lengan Atas: 74 cm; KEK (  ), Non KEK (  ) Tinggi Badan: 160 cm  
 Golongan Darah: B  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: putus  
 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
7/19 12	Mual pusing	126 80	77 kg	± 8 mg			
13/20 1	Mual pusing	120 80	77 kg	± 12 mg			
10/20 2	Pusing	110 90	77	16 mg			
4/20 3	Pusing	110 90	77,4	20 mg	3 jr 1 ptt.		⊕

## LEMBAR KONSUL

Nama : Hera Diantina

Nim 154012017023

Pembimbing I : Chyntia Puspariny,S.ST.,M.Kes

NO	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf

## LEMBAR KONSUL

Nama : Hera Diantina

Nim : 154012017023

Pembimbing II : Apri Sulistianingsih,M.Keb

NO	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf

## LEMBAR KONSUL

Nama : Hera Diantina

Nim : 154012017023

Pembimbing III : Wahyu Widayati,M.Keb

NO	Hari/Tanggal	Uraian Konsultasi	Paraf