



# PARTOGRAF

Nama : [redacted] Umur : ..... tahun G : 1 P : 0 A :  
Bidan / Dokter : ..... Ketuban Pecah Pki : .....

Nomor Registrasi Ibu : .....  
Nomor Urut di Kohort Ibu : .....  
Tanggal menerima buku KIA : .....  
Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: 082280487382 Cm Am / [redacted]

Nama Ibu : Fina Atmalia  
Tempat/Tgl. Lahir : [redacted] 2-2-2000  
Kehamilan ke : 1 Anak terakhir umur: ..... tahun  
Agama : Islam  
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
Golongan Darah : -  
Pekerjaan : MM  
No. JKN / BPJS : .....

Nama Suami : Asep Nurazis  
Tempat/Tgl. Lahir : [redacted] 25 11  
Agama : Islam  
Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
Golongan Darah : -  
Pekerjaan : Dagang

Alamat Rumah : [redacted] (kemen SD 1)  
Kecamatan : .....  
Kabupaten/Kota : .....  
No. Telp. yang bisa dihubungi : .....

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

\* Lingkari yang sesuai

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

05 11 8-7-2019

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Nama Pemeriksa, Tempat Pelayanan, Paraf	Tgl	Keluhan	UK (mg)	BB (kg)	TD (mmHg)	LILA (cm)	Tinggi Fundus (cm)
Putri A	7/7	-	86	56	120/70		25/10
Putri B	16/11	t.o.k.	52	61	110/70		17/6 pua.
	20/11		26	63	100		8/1
	4/12		96	66	110/70		28/1

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Letak Janin, DJJ	Injeksi	Tablet Tambah Darah	Lab	Analisa	Tata Laksana	Konseling
(+)	115		Pen. Lab + Foto/USG	GI-16/10	Min. air putih	Kontrol
(+)			USG	GI-16/10		
			USG	GI-26	Min. air putih	
			USG	GI-26	Min. air putih	18/6

TERANGAN  
 10/18  
 11/1  
 11/11  
 11/11

si < 20 detik  
 si 20-40 detik

# CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

GI TP-8-7-2024

Diisi oleh Tenaga Kesehatan

Nama Pemeriksa, Tempat Pelayanan, Paraf	Tgl	Keluhan	U.K (mg)	BB (kg)	TD (mmHg)	LILA (cm)	Tinggi Fundus (cm)
Pnd An	7/12	-	160	56	120/70		25-40cm
P.K.M.B.M.S	16/12	t.o.k.	±22mg	61	110/70		1jt6 puat.
	20/3		28	63	100		8pm
	4/6		96	66	120/70		28cm



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI  
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PRINGSEWU  
FAKULTAS KESEHATAN  
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN

Jl. Dr. Ahmad Dahlan No.312, Pringsewu Telp/Fax : 0729-22537 Pringsewu Kode Pos 35373

PERSETUJUAN PEMERIKSAAN .....  
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Fina Armalia ..... Umur : 21 ... Th

Alamat : Banyuwangi .....

Adalah bertindak sebagai diri saya/Orang Tua/Suami/Keluarga dari Pasien :

Nama : Alvin Nurazis ..... Umur : 25 ... Th

Alamat : Banyuwangi .....

Setelah mendapat penjelasan dan pengertian tentang tindakan medis yang akan dilakukan berkaitan dengan PEMERIKSAAN NIFAS ..... dan segala resiko yang terjadi, maka kami menyerahkan sepenuhnya dengan ikhlas untuk dilakukan pemeriksaan ..... dengan tindakan :

Pemeriksaan fisik, Ginekologi, Senam nifas

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

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

Pringsewu, 22 : 09 ..... 2021

Pukul : 09.00 ..... WIB

Suami/Wali

Alvin Nurazis .....

Pasien

Fina Armalia .....

Yang memberi penjelasan,

Dosen Penguji

Sumi Arrogani, M. lab .....

Mahasiswa

Aseng Lestari .....