

Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN KOMPREHENSIF (*CONTINUITY OF CARE*) PADA MASA HAMIL, BERSALIN DAN BBL, NIFAS, NEONATUS SERTA PELAYANAN KB

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama :
Usia :
Pekerjaan :
Alamat :

Menyatakan dengan sesungguhnya BERSEDIA menjadi klien dalam pelaksanaan asuhan kebidanan komprehensif (*Continuity of Care*) meliputi asuhan kebidanan kehamilan, persalinan dan bayi baru lahir, nifas dan menyusui, neonatus dan pelayanan keluarga berencana yang kemudian akan disusun sebagai sebuah Laporan Tugas Akhir (LTA) Mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Bangkalan Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Surabaya.

Demikian lembar persetujuan ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya.

Bangkalan, Januari 2018

Mahasiswa

Klien

Putri Setyaning Amanah
NIM.P27824315052

Lampiran 2

Kartu Skor Poedji Rochjati (halaman depan)

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI
OLEH
PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama : Umur Ibu : Th.
 Hamil ke Haid Terakhir tgl.: Perkiraan Persalinan tgl.: bl
 Pendidikan : Ibu Suami
 Pekerjaan : Ibu Suami

| I | II | III | IV | | | | |
|-------------|---------------------------|--|------|----------|----|-----|----|
| | | | SKOR | Tribulan | | | |
| KEL. F.R. | NO. | Masalah / Faktor Risiko | | I | II | III | IV |
| | | Skor Awal Ibu Hamil | 2 | | | | |
| I | 1 | Terlalu muda, hamil I < 16 th | 4 | | | | |
| | 2 | a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4th | 4 | | | | |
| | | b. Terlalu tua, hamil I > 35 th | 4 | | | | |
| | 3 | Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th) | 4 | | | | |
| | 4 | Terlalu lama hamil lagi (> 10 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 | Pemah Operasi Sesar | 8 | | | | |
| II | 11 | Penyakit pada ibu hamil : | | | | | |
| | | a. Kurang darah b. Malaria | 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 | | | | | | | |

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

| JML. SKOR | KEL. RISIKO | PERA WATAN | RUJUKAN | PERSALINAN DENGAN RISIKO | | |
|-----------|-------------|--------------|---------------|--------------------------|--------------|---------|
| | | | | TEMPAT | PEND LONG | RUJUKAN |
| | | | | RDB | RDR | RTW |
| 2 | KRR | BIDAN | TIDAK DIRUJUK | RUMAH POLINDES | 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. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

RUJUKAN DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN :
 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / Rujukan Dalam Rahim (RDR)
 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Terlambat (RTIt)

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.

Gawat Darurat Obstetrik :
 • Kel. Faktor Risiko III
 1. Perdarahan antepartum
 2. Eklampsia
 • Komplikasi Obstetrik
 3. Perdarahan postpartum
 4. Uri Tertinggal
 5. Persalinan Lama
 6. Panas Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan
PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-2

MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

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 7. Lain-2

BAYI : 1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan 2. Lahir hidup : Appar 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. Mati, penyebab
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya, / Sterilisasi
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
 Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Lampiran 3

Kartu Skor Poedji Rochjati (halaman belakang)

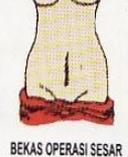
KAB / KOTA Kec. / Puskesmas : /

♦ Semua Ibu Hamil Mempunyai Risiko

- Kehamilan Risiko Rendah (KRR) Ibu Hamil Tanpa Masalah
- Kehamilan Risiko Tinggi (KRT) dan Kehamilan Risiko Sangat Tinggi (KRST) Ibu Hamil dengan Masalah / Faktor Risiko Tunggal / Ganda

♦ Semua Persalinan : KRR, KRT dan KRST dapat terjadi komplikasi

Kel. FR. I Ada Potensi Risiko / Potensi Gawat

| | | |
|--|--|--|
| <p>1. Terlalu muda, hamil Pertama umur 16 Th. Atau kurang</p>  <p>PRIMI MUDA Skor : 4</p> | <p>2a. Terlalu lambat hamil / setelah kawin 4 tahun lebih</p>  <p>PRIMI TUA Skor : 4</p> | <p>2b. Terlalu tua, hamil pertama umur 35 Th. Ke atas</p>  <p>PRIMI TUA Skor : 4</p> |
| <p>3. Terlalu cepat punya anak lagi, terkecil < 2 th</p>  <p>ANAK TERKECIL < 2 TH Skor : 4</p> | <p>4. Terlalu lama punya anak lagi, terkecil 10 th lebih</p>  <p>PRIMI TUA SEKUNDER Skor : 4</p> | <p>5. Terlalu banyak punya anak 4 atau lebih</p>  <p>GRANDE MULTI Skor : 4</p> |
| <p>6. Terlalu Tua, hamil umur 35 th atau lebih</p>  <p>UMUR 35 TH / LEBIH Skor : 4</p> | <p>7. Terlalu pendek - Hamil pertama Hamil kedua atau lebih belum pernah melahirkan normal, cukup buan hidup.</p>  <p>TINGGI BADAN 145 CM ATAU KURANG Skor : 4</p> | <p>8. Pernah gagal kehamilan Hamil ke-II yang I Gagal, hamil ke-III atau Lebih gagal 2 kali / Terakhir lahir mati</p>  <p>RIWAYAT OBSTETRIK JELEK Skor : 4</p> |
| <p>9a. Pernah melahirkan dengan Tarikan Tang / Vakum</p>  <p>Skor : 4</p> | <p>9b. Pernah melahirkan dengan - Uri dirogoh / Uri Manuil - Perdarahan pp diberi infus</p>  <p>Skor : 4</p> | <p>10. Pernah melahirkan bayi dengan operasi sesar sebelum ini</p>  <p>BEKAS OPERASI SESAR Skor : 8</p> |

Kel. FR. II Ada Risiko / Ada Gawat / ada Tanda bahaya

| | | |
|---|---|--|
| <p>11a. ANEMIA</p>  <p>Pucat, lemas badan, lekas lelah, lesu Skor : 4</p> | <p>11b. MALARIA</p>  <p>Panas tinggi menggigil, keluar keringat, sakit kepala, muntah-muntah Skor : 4</p> | <p>11c. TUBERKULOSA PARU</p>  <p>Batuk lama tidak sembuh-2 batuk darah, badan lemas, kurus Skor : 4</p> |
| <p>12. KERACUNAN KEHAMILAN PRE-EKLAMPSIA</p>  <p>Bengkak pada Muka dan Tungkai; Tekanan Darah Tinggi; Albumin terdapat dalam air seni Skor : 4</p> | <p>13. HAMIL KEMBAR</p>  <p>Perut ibu sangat membesar, Gerakan anak terasa di banyak tempat Skor : 4</p> | <p>14. HYDRAMNION/ KEMBAR AIR</p>  <p>Perut ibu sangat membesar, Gerakan dari anak tidak begitu terasa Skor : 4</p> |
| <p>15. JANIN MATI DLM KANDUNGAN</p>  <p>Ibu Hamil tidak merasa gerakan anak lagi Skor : 4</p> | <p>16. HAMIL LEBIH BULAN (POST DATE / SEROTINUS)</p>  <p>Ibu Hamil 9 bulan lebih 2 minggu belum melahirkan Skor : 4</p> | <p>17. LETAK SUNGANG 18. LETAK LINTANG</p>  <p>Skor : 8</p> |
| <p>19. PERDARAHAN</p>  <p>Mengeluarkan darah pada waktu hamil ini Skor : 8</p> | <p>20. EKLAMPSIA</p>  <p>Terjadi kejang kejang pada hamil 7 bulan lebih pada ibu dengan keracunan kehamilan Skor : 8</p> | |

Kel. FR. III. : Ada Gawat Darurat

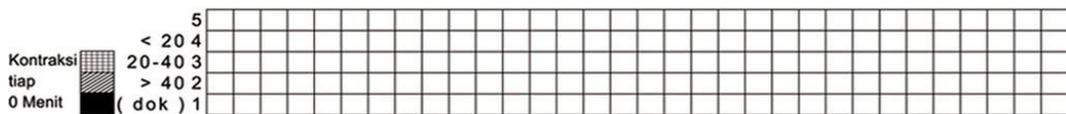
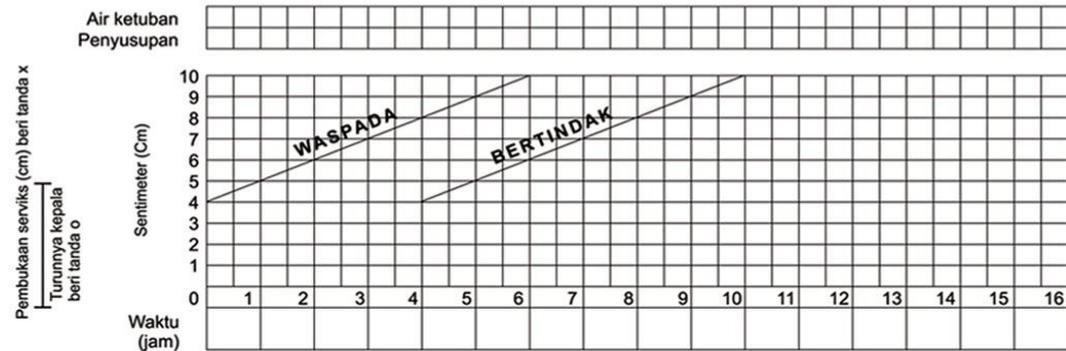
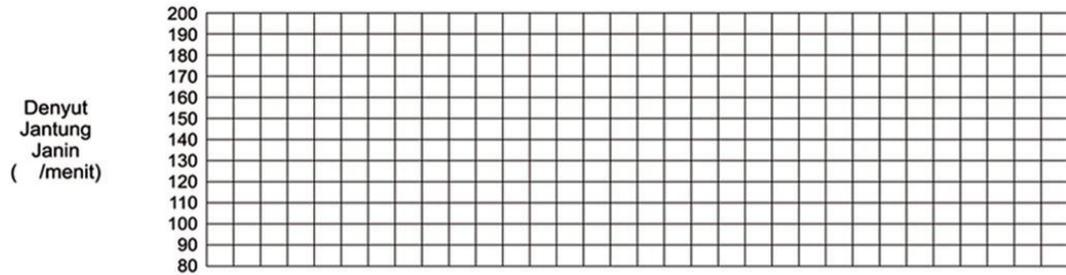
**PUSAT SAFE MOTHERHOOD
RSUD Dr. SOETOMO / FK. UNAIR SURABAYA**

Lampiran 5

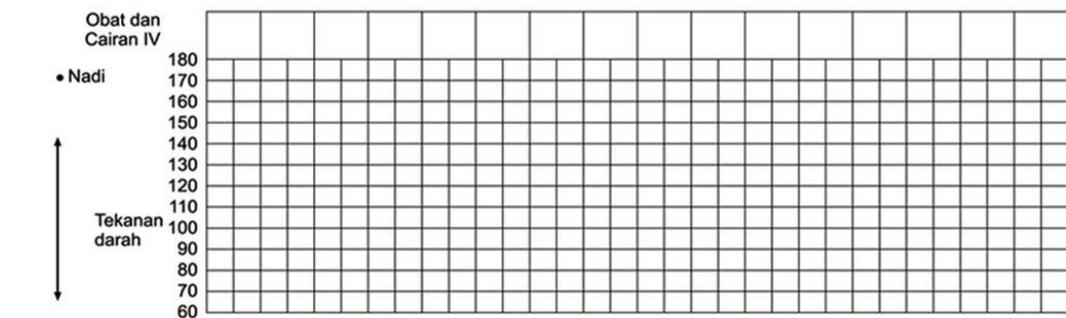
Partograf (halaman depan)

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____



Oksitosin U/L tetes/menit



Suhu °C

Urin { Protein
 Aseton
 Volume

Lampiran 6

Partograf (halaman belakang)

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 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
 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 III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

| Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Nadi | | Tinggi Fundus Uteri | Kontraksi Uterus | Kandung Kemih | Perdarahan |
|--------|-------|---------------|------|--|---------------------|------------------|---------------|------------|
| 1 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

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
 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 : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang 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
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
a.
b.
c.
40. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
41. Masalah lain,sebutkan :
42. Hasilnya :

Lampiran 7

Catatan Kesehatan Ibu Nifas

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

| JENIS PELAYANAN | KUNJUNGAN I (6 jam - 3 hari) Tgl: | KUNJUNGAN II (4 - 28 hari) Tgl: | KUNJUNGAN III (29 - 42 hari) Tgl: |
|---|---|---------------------------------------|---|
| kondisi ibu nifas secara umum | | | |
| tekanan darah, suhu tubuh, respirasi dan nadi | | | |
| perdarahan pervaginam, kondisi perineum, tanda infeksi, kontraksi rahim, tinggi fundus uteri dan memeriksa payudara | | | |
| lokla dan perdarahan | | | |
| Pemeriksaan jalan lahir | | | |
| Pemeriksaan payudara dan anjuran pemberian ASI Eksklusif | | | |
| Pemberian Kapsul Vit. A | | | |
| Pelayanan kontrasepsi pascaperalihan | | | |
| Peningkatan risiko tinggi dan komplikasi pada nifas | | | |
| Memberi nasehat/jatu: | | | |
| 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 | | | |
| Isirahat 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 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 | | | |
| Unluk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan | | | |

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

| Buang Air Besar | Buang Air Kecil | Keabahan Anak | Produk ASI | Tindakan Pemberian Vit. A, Fe, Terapi, Rujukan, Umpan Balik | Malah yang Disampaikan | Keinginan (Masa Depan) (tempat Pelayanan, Paruh) |
|-----------------|-----------------|---------------|------------|---|------------------------|--|
| - / + | - / + | | | | | |
| - / + | - / + | | | | | |
| - / + | - / + | | | | | |
| - / + | - / + | | | | | |
| - / + | - / + | | | | | |
| - / + | - / + | | | | | |

Pelayanan KB Ibu Nifas

| | |
|---------------------|--|
| Tanggal/bulan/tahun | |
| Tempat | |
| Cara KB/Kontrasepsi | |

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu:**

Sehat

Sakit

Meninggal

Komplikasi Nifas:**

Perdarahan

Infeksi

Hipertensi

Lain-lain: Depresi post partum

Keadaan Bayi:**

Sehat

Sakit

Kelainan Bawaan

Meninggal

**Ber tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 8

Catatan Kesehatan Neonatus

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

| JENIS PEMERIKSAAN | Kunjungan I (6-48jam) | Kunjungan II (hari 3-7) | Kunjungan III (hari 8-28) |
|--|--------------------------|----------------------------|------------------------------|
| | Tgl: | Tgl: | Tgl: |
| Berat badan (kg) Panjang badan (cm) Suhu Tanyakan ibu, bayi sakit apa? | | | |
| Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri <ul style="list-style-type: none"> • Frekuensi napas (kali/menit) • Frekuensi denyut jantung (kali/menit) | | | |
| Memeriksa adanya diare | | | |
| Memeriksa ikterus | | | |
| Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI | | | |
| Memeriksa status pemberian vitamin K1 | | | |
| Memeriksa status imunisasi HB-O | | | |
| Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK Skrining Hipotiroid Kongenital Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+ Konfirmasi hasil SHK | | | |
| Memeriksa keluhan lain: | | | |
| Memeriksa masalah/keluhan ibu Tindakan (terapi/rujukan/ umpan balik) | | | |
| Nama pemeriksa | | | |

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

45

