

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

Niddya Eka Mayangsari  
NIM.P27824315041

## Lampiran 2: (Identitas Keluarga)

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

### 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. Telpn yang bisa dihubungi : .....

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

\* Lingkari yang sesuai

### Lampiran 3: (KSPR) Kartu Skor Poedji Rochjati

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI**

Nama : \_\_\_\_\_ Kecamatan : \_\_\_\_\_  
 Usia Ibu : \_\_\_\_\_ Th. Pendidikan : \_\_\_\_\_ Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Hamil ke \_\_\_\_\_ Hasil terakhir tgl. : \_\_\_\_\_ Perkiraan Persalinan tgl. : \_\_\_\_\_

KEL. F.R.	NO	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	IV					
				Tribulan					
		Tikor Awal Ibu Hamil	2						
I	1	Terlalu muda, hamil I < 18 th	4						
	2	Terlalu tua, hamil I > 35 th	4						
	3	Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4						
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4						
	5	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	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 droogh	4							
	c. Diberi infus / Transfusi	4							
	<b>10. Pernah Operasi Sesar</b>	<b>8</b>							
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							
	<b>17. Letak Sungsang</b>	<b>8</b>							
	<b>18. Letak Lintang</b>	<b>8</b>							
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8						
	20	Preeklampsia Berat / Kjang-2	8						
<b>JUMLAH SKOR</b>									

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

JML. BAYI	KEL. RISIKO	PEMA WADAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						ROB	RTW	RTY
6-10	KRP	RUJUK DOKTER	RUJUK IBU	RUJUK DOKTER	RUJUK IBU			
1-5	KRP	RUJUK DOKTER	RUJUK IBU	RUJUK DOKTER	RUJUK IBU			
1-5	KRP	RUJUK DOKTER	RUJUK IBU	RUJUK DOKTER	RUJUK IBU			

Kematian Ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. Lain-lain

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

Persalinan : Melahirkan tanggal \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

<b>RUJUKAN DARI :</b> 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	<b>RUJUKAN KE :</b> 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit
--	--

**RUJUKAN**  
 1. Rujukan Diri Berencana (ROB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)  
 Rujukan Dalam Rahim (ROD) 3. Rujukan Terambat (RTY)

<b>Gawat Obstetrik :</b> Kel. Faktor Risiko I & II	<b>Gawat Darurat Obstetrik :</b> Kel. Faktor Risiko III
1. _____	1. Pendarahan antepartum
2. _____	2. Eklampsia
3. _____	• <b>Kompikasi Obstetrik</b>
4. _____	3. Pendarahan postpartum
5. _____	4. Uti Tertinggal
6. _____	5. Persalinan Lama
7. _____	6. Perut Tinggi

<b>TEMPAT :</b>	<b>PENOLONG :</b>	<b>MACAM PERSALINAN :</b>
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-2	
5. Rumah Sakit		
6. Perjalanan		
7. Lain-2		

**PASCA PERSALINAN (IBU) :**

1. Hisap	<b>TEMPAT KEMATIYAN IBU :</b>
2. Mati, dengan penyebab :	1. Rumah ibu
a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklampsia	2. Rumah bidan
c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	3. Polindes
	4. Puskesmas

**BAYI :**

1. Berat lahir : _____ gram, Laki-2/Perempuan	5. Rumah Sakit
2. Lahir hidup : Aggar Skor _____	6. Perjalanan
3. Lahir mati, penyebab _____	7. Lain-2
4. Mati kemudian, umur _____ hr, penyebab _____	
5. Kelamin 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

Lampiran 4: Kartu Skor Poedji Rochjati

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

<p>1. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>PRIMI MUDA</b> Skor: 4</p>	<p>2. Terjadi resiko / hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>PRIMI TUA</b> Skor: 4</p>	<p>3. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>PRIMI TUA</b> Skor: 4</p>	<p>11. ANEMIA</p>  <p>Pucat, lesu, letih, mata hitam, dll Skor: 4</p>	<p>12. MALARIA</p>  <p>Pemeriksaan negatif, demam, menggigil, sakit kepala, muntah-muntah Skor: 4</p>	<p>13. TUBERKULOSA (TBC)</p>  <p>Pemeriksaan sputum positif / tidak positif, demam, batuk, sesak nafas, dll Skor: 4</p>
<p>4. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>GRAVI TERKINI &gt; 12x</b> Skor: 4</p>	<p>5. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>PRIMI TUA SEKUNDER</b> Skor: 4</p>	<p>6. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>GRAVIDE MULTI</b> Skor: 4</p>	<p>14. GIGI GEMPAK / PERILAKU</p>  <p>Sangat sakit, gigi bergetir / tanggal, gigitan / gigitan tajam, mulut berdarah, mulut berbau busuk Skor: 4</p>	<p>15. NIBAL KEMAM</p>  <p>Pemeriksaan negatif, demam, menggigil, sakit kepala, muntah-muntah Skor: 4</p>	<p>16. HYDRAMNION / KEMAM</p>  <p>Pemeriksaan positif, demam, menggigil, sakit kepala, muntah-muntah Skor: 4</p>
<p>7. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>UMUR 35 TH / LEBIH</b> Skor: 4</p>	<p>8. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>Tinggi Badan &lt; 150 CM</b> Skor: 4</p>	<p>9. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>IMBING OSTEOTOK JERUK</b> Skor: 4</p>	<p>17. JAKEN BUKU DUM KANDUNGAN</p>  <p>Ada tanda-tanda infeksi, demam, menggigil, sakit kepala, muntah-muntah Skor: 4</p>	<p>18. HEMOROID / BUKU DUM KANDUNGAN</p>  <p>Ada tanda-tanda infeksi, demam, menggigil, sakit kepala, muntah-muntah Skor: 4</p>	<p>19. LETAK BUNGKANG</p>  <p>Skor: 4</p>
<p>10. Perut terdistensi dengan Lambung Tinggi / Besar</p>  <p>Skor: 4</p>	<p>11. Perut terdistensi dengan 12-16, 17-20, 21-25, 26-30, 31-35, 36-40, 41-45</p>  <p>Skor: 4</p>	<p>12. Terjadi resiko, hamil / persamaanya 13-16, 30-35, 35-40, 40-45</p>  <p><b>BEKAS OPERASI BEKAS</b> Skor: 4</p>	<p>19. PERDARAHAN</p>  <p>Menggunakan obat-obatan, demam, menggigil, sakit kepala, muntah-muntah Skor: 4</p>	<p>20. EKLAMPSIA</p>  <p>Pemeriksaan positif, demam, menggigil, sakit kepala, muntah-muntah Skor: 4</p>	

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

## Lampiran 5 : Buku Kesehatan Ibu dan Anak (KIA)

### Catatan Kesehatan Ibu Hamil

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**

**Diisi oleh petugas kesehatan**

Hasil ke ..... Jumlah persalinan ..... Jumlah keguguran ..... G ..... P ..... A .....  
 Jumlah anak hidup ..... Jumlah lahir mati .....  
 Jumlah anak lahir kurang bulan ..... anak .....  
 Jarak kelahiran ke dengan persalinan terakhir .....  
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir ..... (Bulan/tahun)  
 Periode persalinan terakhir .....  
 Cara persalinan terakhir: [ ] Spontan / [ ] Tindakan .....

\* Halaman 1 / 2 pada buku pengantar KIA

Kali Frekuensi	Nilai Pemeriksaan Laboratorium	Terdapat perubahan TT, Ft, teras, riwayat, urine (ada)	Neofat yang dihasilkan	Kejang - Tegang - Nadi - Tekanan darah	Kejang - Tegang - Nadi - Tekanan darah
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					

---

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**

**Diisi oleh petugas kesehatan**

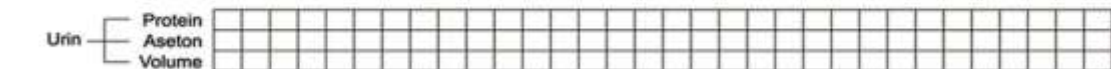
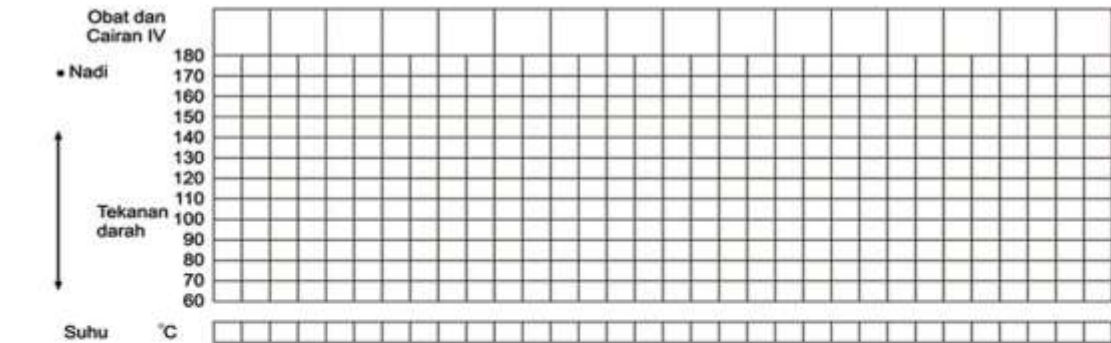
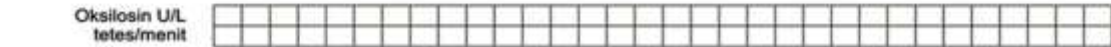
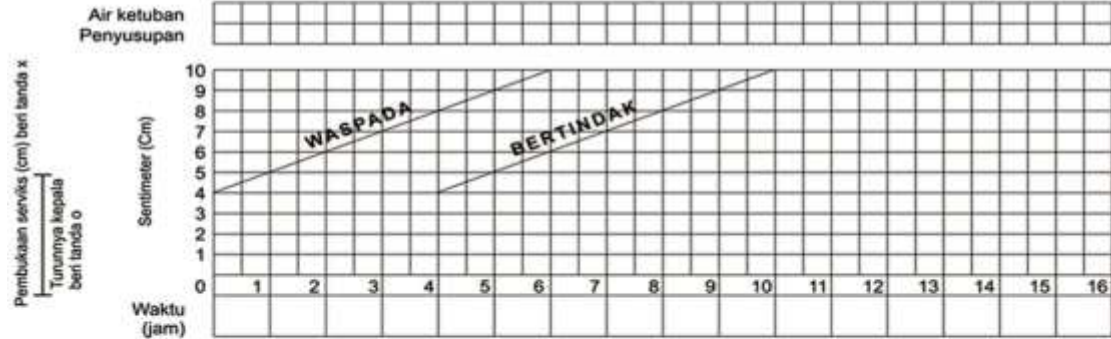
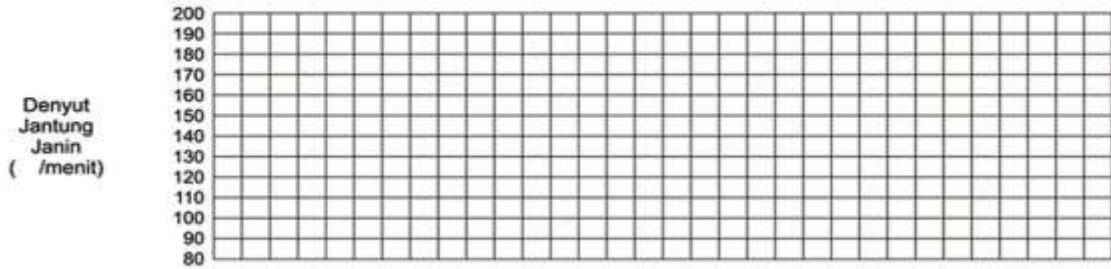
Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal .....  
 Hari Terakhir Persalinan (HTP), tanggal .....  
 Lingkar Lengan Atas ..... cm KEX ( ) Tinggi Badan ..... cm  
 Golongan Darah .....  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kelahiran ini .....  
 Penyakit Penyakit yang dialami ibu .....  
 Menyet Menyi .....

Ty	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Lebar Jalan Istirahat	Denyut Jantung jari Menit

# Lampiran 6: Partograf halaman depan

## PARTOGRAF

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



## Lampiran 7: Partograf halaman belakang

### CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : .....
- Nama bidan : .....
- Tempat Persalinan :  
 Rumah Ibu  Puskesmas  
 Polindes  Rumah Sakit  
 Klinik Swasta  Lainnya : .....
- Alamat tempat persalinan : .....
- Catatan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk : .....
- Tempat rujukan : .....
- Pendamping pada saat merujuk :  
 Bidan  Teman  
 Suami  Dukun  
 Keluarga  Tidak ada

#### KALA I

- Partogram melewati garis waspada : Y / T
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah Tsb : .....
- Hasilnya : .....

#### KALA II

- Episiotomi :  
 Ya, Indikasi .....
- Pendamping pada saat persalinan  
 Suami  Teman  Tidak ada  
 Keluarga  Dukun
- Gawat Janin :  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
- Distosia bahu :  
 Ya, tindakan yang dilakukan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
- Masalah lain, sebutkan :
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

#### KALA III

- Lama kala III : ..... menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?  
 Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan  
 Tidak, alasan .....
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  
 Ya, alasan .....
- 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 : .....

- Masase fundus uteri ?  
 Ya,  
 Tidak, alasan .....
- Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak  
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :  
 a. ....  
 b. ....
- Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak  
 Ya, tindakan :  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....
- Laserasi :  
 Ya, dimana .....
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4  
 Tindakan :  
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi  
 Tidak dijahit, alasan .....
- Atoni uteri :  
 Ya, tindakan  
 a. ....  
 b. ....  
 c. ....  
 Tidak
- Jumlah perdarahan : ..... ml
- Masalah lain, sebutkan .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

#### BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan ..... gram
- Panjang ..... cm
- Jenis kelamin : L / P
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- Bayi lahir :  
 Normal, tindakan :  
 mengeringkan  
 menghangatkan  
 rangsang taktil  
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu  
 Asfiksia 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. ....
- Pemberian ASI  
 Ya, waktu : ..... jam setelah bayi lahir  
 Tidak, alasan .....
- Masalah lain,sebutkan : .....
- Hasilnya : .....