

Lampiran 1

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONSENT)

PELAKSANAAN ASUHAN KEBIDANAN (*CONTINUITY OF CARE*) PADA
G₁P₀₀₀₀₀ USIA KEHAMILAN 35-36 MINGGU DENGAN
PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR, NIFAS,
NEONATUS, DAN KELUARGA BERENCANA
DI DESA BANYUAJUH WILAYAH KERJA
PUSKESMAS KAMAL

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. Siti Latifah

Usia : 23 tahun

Pekerjaan : IRT

Alamat : Ds. Banyuajuh

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, Maret 2018

Mahasiswa

Klien

Meilani Mentari Putri
NIM. P27824315014

Siti Latifah

Lampiran 2

Nomor Registrasi : _____
 Nomor Urut : 110 / 2017
 Tanggal menerima buku KIA : 29 - 08 - 2017
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan : BPS RK

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu : Ny. Siti Latifah
 Tempat/Tgl lahir : 22 th
 Kehamilan ke : I Anak Terakhir umur: _____ tahun
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : B+
 Pekerjaan : IRT
 No. JKN : -

Nama Suami : Tn. Fathurrahman
 Tempat/Tgl lahir : 27 th
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : -
 Pekerjaan : Swasta

Alamat Rumah : KK : Jl Sumberani No. 12, Ds Bayu
 ajub, Kec. Kramat, Bangkalan
 Kecamatan : Koutrak, The suam, Sekar
 Kabupaten/Kota : putih
 No. Telpn yang bisa dihubungi : 085 933 299 909

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

* Lingkari yang sesuai

Lampiran 3

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 5 - 6 - 17

Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 12 - 3 - 18

Lingkar Lengan Atas: 24 cm; KEK (), Non KEK () Tinggi Badan: 159 cm

Golongan Darah: B⁺

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: ⊖

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
29/17 8	Pusing	100/70	44	13/14	Ball (+)		
30/17 9	fan.	90/60	44	12/13	2gr	1 sym.	ball (+)
4/17 10	t. a. a.	90/60	44	17/18	pat-sym-pst	ball	128%
27/17 10	fan.	100/70	44				
1/17 11	fan.	100/60	47	21/22	19cm	1st su	143%
13/17 12	fan.	100/70	49-50kg	27-28 mngg	22cm 3jr lpk	let hep √	126%
8/18 1	t. a. a.	90/60	50kg	31-32 mngg	1/2 px pit	let hep √ putri	(+) 144%
23/18 1	t. a. a.	110/70	54,5	33-34 mngg	2jr b px 27cm	let hep √ putri	(+) 144%
08/18 2	t. a. a.	100/70	58kg	35 mngg 3 hari	1/2 psi pre	let hep √ putri	(+) 142%
14/18 2	Sering bercing di malam hari	100/70	58kg	36 mngg sihan	1/2 psi pre	let hep √ putri	(+) 140%

24

Lampiran 4

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin / Menit
26/18 /2	Nyeri perut bay. bawah	110 /80	58 kg	33 wng	2 jrd pte 34 cm	letak + pte	100 ⁺ /m
11/18 /3	Kendang kembung	110 /70	58	40-41 wng	34	letak +	130 ⁺ /m



Bidan, dokter dan tenaga kesehatan mengingatkan keluarga untuk segera mengurus AKTE KELAHIRAN. Syarat mengurus akte kelahiran; (1) Surat Kelahiran dari dokter/bidan/penolong kelahiran (2) nama dan identitas saksi kelahiran, (3) KK orang tua, (4) KTP orang tua, (5) Kutipan Akta Nikah/Akta Perkawinan orang tua.

Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

Lampiran 5

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

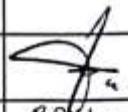
Hamil ke... I ... Jumlah persalinan Jumlah keguguran G I P O A O
 Jumlah anak hidup..... Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir ... I [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir.....
 Cara persalinan 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
-/+	USG (+) PPT (+)	Caiviplex syr		<i>[Signature]</i>	
-/+	Golclon B ⁻¹ Hb : 12,8				
-/+	HbAg (-) RHC (-)	Asam folat Ac, fe	istirahat	pku yg	1bln
-/+					
-/+		kapak, fe	nutrisi laktulosa	pku	1bln
-/+		fe 1x1	nutrisi	pku hrs	1bln
-/+	HIV NR HbAg (-)	Fe 1x1	nutrisi	pku kul	1bln
-/+	HIV (-)	Fe 1x1	tanda baik kehamilan	pku kul	1bln 14g
(-) +	-	Fe dilanjutkan	- persiapan perawatan	pku kul	2mg 14g
(-) +	-	Fe tetap diminum	- posisi tidur - banyak istirahat - banyak makan		2mg 14g
-/+	-	Fe tetap dilanjutkan	- Jarak persalinan - tanda persalinan		1mg 14g

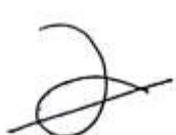
Lampiran 6

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Kaki Berekam	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+					
⊖+		HE - tunjukkan - Perinipum	Fe 1x1 di tentukan		sewaktu waktu
⊖+		Fe 1x1 di tentukan	ultrasonografi konsultasi	BPM 	sewaktu waktu

22/2.2018 Wati, Dji ⊕, U Bay 37-28g
 - Keh bay
 - Alas dan
 - Bay = 3 Bay 40

USG dr. Taufiq Pr 06
 EDC 11/18
 ~ 40)

 BPMG. 25
 ~ 30J 12
 EDC. 20/10
 3

Lampiran 7

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

Nama : Ny. Hj. Lutfiyah Umur Ibu : 23 Th. 12/18
 Hamil ke : 1 Haid terakhir tgl : 5/11 Perkiraan persalinan tgl : 3.01
 Pendidikan ibu : SMU Suami : Tn. Fathurrahman
 Pekerjaan ibu : IKT Suami : Swasta

KEL. F.R	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	IV Tribulan			
				I	II	III,1	III,2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				2
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 Th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 Th	4				
		b. Terlalu tua, hamil 1 > 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 Th	4				
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah Melahirkan dengan					
	a. Tarikan tang/vakum	4					
	b. Uri drogoh	4					
	c. Diberi infus/Transfusi	4					
	10. Pernah Operasi Besar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		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/tangkai dan tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	hamil Kembar air (hidraminon)	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	Pre-ektampsia Berat/Kejang-kejang	8				
JUMLAH SKOR							2

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO			RUJUKAN		
	KEL. RISIKO	PERA-WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN			
						RDB	RDR	RTW	
2	KRR	BIDAN	TINDAK RUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN				
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKMIRS	BIDAN DOKTER				
> 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER				

Kematian ibu dalam kehamilan : 1. Abortus 2. lain-lain

Lampiran 9

Partograf halaman belakang

CATATAN PERSALINAN								
1.	Tanggal :	.....					
2.	Nama bidan :	.....					
3.	Tempat Persalinan :	.....					
	<input type="checkbox"/> Rumah Ibu	<input type="checkbox"/> Puskesmas						
	<input type="checkbox"/> Polindes	<input type="checkbox"/> Rumah Sakit						
	<input type="checkbox"/> Klinik Swasta	<input type="checkbox"/> Lainnya :	.....				
4.	Alamat tempat persalinan :	.....					
5.	Catatan :	<input type="checkbox"/> rujuk, kala : I / II / III / IV						
6.	Alasan merujuk :	.....					
7.	Tempat rujukan :	.....					
8.	Pendamping pada saat merujuk :	.....					
	<input type="checkbox"/> Bidan	<input type="checkbox"/> Teman						
	<input type="checkbox"/> Suami	<input type="checkbox"/> Dukun						
	<input type="checkbox"/> Keluarga	<input type="checkbox"/> Tidak ada						
KALA I								
9.	Partogram melewati garis waspada : Y / T	.....					
10.	Masalah lain, sebutkan :	.....					
11.	Penatalaksanaan masalah Tab :	.....					
12.	Hasilnya :	.....					
KALA II								
13.	Episiotomi :	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, indikasi							
	<input type="checkbox"/> Tidak							
14.	Pendamping pada saat persalinan	.....					
	<input type="checkbox"/> Suami	<input type="checkbox"/> Teman	<input type="checkbox"/> Tidak ada					
	<input type="checkbox"/> Keluarga	<input type="checkbox"/> Dukun						
15.	Gawat Janin :	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, tindakan yang dilakukan	.....					
	a.							
	b.							
	c.							
	<input type="checkbox"/> Tidak							
16.	Distosia bahu :	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, tindakan yang dilakukan	.....					
	a.							
	b.							
	c.							
	<input type="checkbox"/> Tidak							
17.	Masalah lain, sebutkan :	.....					
18.	Penatalaksanaan masalah tersebut :	.....					
19.	Hasilnya :	.....					
KALA III								
20.	Lama kala III :	.....menit						
21.	Pemberian Oksitosin 10 U in ?	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, waktu :	menit sesudah persalinan						
	<input type="checkbox"/> Tidak, alasan	.....					
22.	Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, alasan	.....					
	<input type="checkbox"/> Tidak							
23.	Penegangan tali pusat terkendali ?	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya,							
	<input type="checkbox"/> 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 ?	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya,							
	<input type="checkbox"/> 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	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, tindakan :	.....					
	a.							
	b.							
	c.							
27.	Laserasi :	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, dimana	.....					
	<input type="checkbox"/> Tidak,							
28.	Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4	.....					
	Tindakan :	.....					
	<input type="checkbox"/> Penjahitan, dengan / tanpa anestesi							
	<input type="checkbox"/> Tidak dijahit, alasan	.....					
29.	Atoni uteri :	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, tindakan	.....					
	a.							
	b.							
	c.							
	<input type="checkbox"/> Tidak							
30.	Jumlah perdarahan :	..... ml						
31.	Masalah lain, sebutkan	.....					
32.	Penatalaksanaan masalah tersebut :	.....					
33.	Hasilnya :	.....					
BAYI BARU LAHIR :								
34.	Berat badan	.....gram						
35.	Panjang	..... cm						
36.	Jenis kelamin : L / P	.....					
37.	Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit	.....					
38.	Bayi lahir :	.....					
	<input type="checkbox"/> Normal, tindakan :	.....					
	<input type="checkbox"/> mengeringkan							
	<input type="checkbox"/> menghangatkan							
	<input type="checkbox"/> rangsang taktil							
	<input type="checkbox"/> bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu							
	<input type="checkbox"/> Asfiksia ringan/pucat/biru/temas/,tindakan :	.....					
	<input type="checkbox"/> mengeringkan	<input type="checkbox"/> bebaskan jalan napas						
	<input type="checkbox"/> rangsang taktil	<input type="checkbox"/> menghangatkan						
	<input type="checkbox"/> bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu							
	<input type="checkbox"/> lain - lain sebutkan	.....					
	<input type="checkbox"/> Cacat bawaan, sebutkan :	.....					
	<input type="checkbox"/> Hipotermi, tindakan :	.....					
	a.							
	b.							
	c.							
39.	Pemberian ASI	.....					
	<input type="checkbox"/> Ya, waktu :	jam setelah bayi lahir						
	<input type="checkbox"/> Tidak, alasan	.....					
40.	Masalah lain,sebutkan :	.....					
	Hasilnya :	.....					

Lampiran 10
Dokumentasi (foto)





