

## LAMPIRAN

### 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 bertandatangan 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

## 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)KartuSkorPoedjiRochjati

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI**

Nama : \_\_\_\_\_ Kecamatan : \_\_\_\_\_  
 Umar Ibu : \_\_\_\_\_ Th. Pendidikan : \_\_\_\_\_ Pekerjaan : \_\_\_\_\_  
 Hamil ke : \_\_\_\_\_ Hari terakhir tgl : \_\_\_\_\_ Perkiraan Persalinan tgl : \_\_\_\_\_ bl.

KEL. F.R.	NO	Masaah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan				
				I	II	III	IV	V
		Tikor Awal Ibu Hamil	2					
I	1	Tertalu muda, hamil I < 16 th	4					
	2	Tertalu tua, hamil I > 35 th	4					
	3	Tertalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4					
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4					
	5	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4					
	6	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4					
	7	Tertalu tua, umur > 35 tahun	4					
	8	Tertalu pendek < 145 cm	4					
	9	Pernah gagal kehamilan	4					
	10	Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Uri drogoh c. Diberi infus / Transfusi	4					
	10	Pernah Operasi Sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah Jantung e. Kencing manis (Diabetes) 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	Latak Sungsang	8					
	18	Latak Lintang	8					
III	19	Pendarahan dalam kehamilan ini	8					
	20	Preeklampsia Berat / Kjang-2	8					
JUMLAH SKOR								

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

JAL. SWOR	KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO					
	KEL. RISIKO	PERA. WAKAN	RUJUKAN	TEMPAT	PESO LONG	RUJUKAN		
						ROB	RTW	RTI
1-10	KRD	SDAN ROYTER	SDAN IBU	POLIKLINIK	SDAN NARSI	SDAN NORTH		
11-15	KRD	SDAN ROYTER	SDAN IBU	SDAN NARSI	SDAN NORTH			
16-20	KRD	SDAN ROYTER	SDAN IBU	SDAN NARSI	SDAN NORTH			

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 On Berencana (ROB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)  
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) / 3. Rujukan Terlambat (RTI)

<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. _____	3. Pendarahan postpartum
4. _____	4. Laji Tertinggal
5. _____	5. Persalinan Lama
6. _____	6. Panas 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. Poliklinik	3. Dokter	3. Operasi Sesar
4. Puskesmas	4. Lain-2	
5. Rumah Sakit		
6. Perjalanan		
7. Lain-2		

**PASCA PERSALINAN (IBU) :**

1. Hibup	<b>TEMPAT KEMATIAN 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. Poliklinik
	4. Puskesmas

**BAYI :**

1. Berat lahir : _____ gram, Laki-2/Perempuan	5. Rumah Sakit
2. Lahir hibup : Aggar Sikor _____	6. Perjalanan
3. Lahir mati, penyebab :	7. Lain-2
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

Lampiran4:BukuKesehatanIbudanAnak (KIA)

CatatanKesehatanIbuHamil

### 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 ini dengan persalinan terakhir .....  
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir ..... (Bulan/tahun)  
 Penyebab persalinan terakhir .....  
 Cara persalinan terakhir: [ ] Spontan [ ] Normal [ ] Tindakan .....

\* Halaman 1 / 2 Buku Kesehatan Ibu dan Anak

Kali Frekuensi	Nilai Pemeriksaan Laboratorium	Terdapat perubahan TT, Ft, teras, riwayat, ureum (jika)	Nyeri yang diucapkan	Gejala - Gejala Nyeri - Nafas pendek (jika)	Gejala Hem terakhir
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					
- / +					

61

---

### CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

**Diisi oleh petugas kesehatan**

Hari Pertama Haid Terakhir (HPMT), 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 Ampir .....

Nilai Kadar Glukosa	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus Cervix	Latah Janin (kg/SeU)	Denyut Jantung Janin (Ment)

60



### 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 .....
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 .....
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 badan ..... gram
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  
 Asfiksia 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 .....
- Masalah lain,sebutkan : .....
- Hasilnya : .....