


Lampiran 1

Surat Permohonan Ijin Penelitian

**UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA**
FAKULTAS ILMU KESEHATAN
Program Studi : Keperawatan S1 dan D3 - Analis Kesehatan D3 - Kebidanan D3
Jl. Sutorejo No. 59 Surabaya 60113 Telp. (031) 3811966 - 3890175 Fax. (031) 3811967

Nomor :/II.3.AU/F/FIK/2019
Lampiran : -
Perihal : Permohonan ijin Penelitian

Kepada Yth.
Ibu Mu'arofah, AMd.Keb
Di
Tempat

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Dalam rangka menyelesaikan Laporan Tugas Akhir (LTA), Mahasiswa Program Studi D3 Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya tahun akademik 2018/2019 :



Nama : **Testa Cilindri**
NIM : 20120661036
Judul Skripsi : Asuhan kebidanan *Continuity of Care* Pada Ny. X Dengan Kram Kaki

Bermaksud untuk melakukan penelitian selama 8 minggu di **PMB. Mu'arofah, AMd.Keb Surabaya**. Sehubungan dengan hal tersebut kami mohon dengan hormat agar Bapak/Ibu berkenan memberikan ijin Penelitian.

Demikian permohonan ijin, atas perhatian serta kerjasama yang baik kami sampaikan terima kasih.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Surabaya, 25 Juni 2019



Dr. M. Indakir, S.Kep.Ns., M.Kep.ke.
NIP. 1974.0323.2005.01.1.002

Lampiran 2

Surat Balasan Bidan

SURAT BALASAN

Kepada,
Mahasiswa
PRODI DIII KEBIDANAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURABAYA

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Muarofah Amd.Keb

Jabatan : Bidan di PMB AFAH FAHMI

Menerangkan bahwa, mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Surabaya,

Nama : Testa Cilindri

NIM : 20160661036

Semester : VI (Enam)

Telah saya setuju untuk melaksanakan penelitian sebagai syarat penyelesaian Laporan Tugas Akhir dengan judul :

“ASUHAN KEBIDANAN CONTINUITY OF CARE PADA NY.X DENGAN KELUHAN KRAM KAKI”

Demikian surat ini saya sampaikan dan atas kerjasamanya kami mengucapkan terima kasih

Surabaya, ..28.. Juli ..2019.....

Hormat Saya,



Muarofah Amd.Keb

Lampiran 3

Surat Persetujuan Menjadi Responden

**SURAT PERSETUJUAN
(INFORMED CONCERT)**

Saya yang bertanda tangan ini :

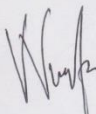
Nama : Catur Wulandari
Umur : 22 tahun.
Alamat : Kedung Anyar 6 no 26.
No Tlp :

Menyatakan bersedia menjadi unit analisis untuk dilakukan pendampingan selama kehamilan trimester tiga, persalinan, masa nifas dan sampai bayi lahir usia 7 hari, oleh :

Nama : Testa Cilindri
NIM : 20160661036
Prodi : DIII Kebidanan

Setelah saya mengetahui prosedur yang sudah dijelaskan atau terlampir, saya mengerti dan memahami dengan benar prosedur penelitian dengan judul "ASUHAN KEBIDANAN CONTINUITY OF CARE PADA NY.X DENGAN KELUHAN KRAM KAKI" , saya menyatakan setuju bekerjasama menjadi unit analisis tanpa paksaan dari pihak manapun.

Surabaya, 9 Juli2019


(Catur Wulandari.....)

Lampiran 4

Lembar Nilai Observer


**FORMULIR PENILAIAN OBSERVER
PENGAMBILAN DATA UNIT ANALISIS**

Nama Mahasiswa : Testa Cilindri
NIM : 2016061036

Hari/tanggal : Sabtu, 22-07-2019
Prosedur/kasus : ANC

No	KOMPONEN PENILAIAN	1	2	3	4	U/C
1	Mendemonstrasikan pemahaman mahasiswa kepada pembimbing a. Menjelaskan indikasi, tujuan, komplikasi dan langkah-langkah prosedur. b. Menjelaskan anatomi dan fisiologi kepada pembimbing.				4	
2	Melaksanakan informed consent a. Menjelaskan prosedur kepada pasien b. Mendapatkan persetujuan tindakan dari klien dan keluarga				4	
3	Mendemonstrasikan persiapan prosedur yang sesuai a. Menyiapkan alat dan bahan sesuai kebutuhan b. Memposisikan klien dan menjaga privasi klien c. Melibatkan anggota keluarga klien				4	
4	Melakukan prosedur tindakan kebidanan secara benar dan aman kepada pasien				4	
5	Kemampuan tehnik a. Melakukan tindakan sesuai urutan b. Melakukan tindakan secara efektif c. Menggunakan waktu dan alat secara efisien				4	
6	Tehnik aseptik a. Hand hygiene/mencuci tangan dengan benar b. Menggunakan APD dengan benar c. Menjaga kesterilan dan atau kebersihan alat dengan benar				4	
7	Mencari Bantuan saat diperlukan				4	
8	Manajemen sesudah prosedur a. Menjelaskan pada pasien apa yang harus dilakukan setelah tindakan b. Memonitor hasil tindakan c. Membereskan dan merapikan alat dengan memperhatikan universal precaution d. Mendokumentasikan tindakan dengan benar				4	
9	Kemampuan komunikasi terapeutik a. Memberikan kesempatan pada klien atau keluarga untuk bertanya dan menjawab pertanyaannya b. Berbicara dengan kata-kata yang mulia c. Menghindari istilah yang tidak dimengerti klien d. Mengeksplor klien dengan pertanyaan terbuka				4	
10	Mempertimbangkan kondisi pasien a. Respek b. Empati c. Percaya kepada klien d. Sadar akan keterbatasan klien				4	
11	Mempertimbangkan keselamatan pasien dari tahap pre interaksi-terminasi.				4	
Jumlah skor					40	
Nilai = jumlah skor x 100						
Skor maksimal						

1 = Melakukan kurang dari 25% dari sub komponen
2 = Melakukan 26-50% dari sub komponen
3 = Melakukan 51-75 % dari sub komponen
4 = Melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
U/C= Unable to comment or not observed.

Penilai,

(Muzris Anandita)


**FORMULIR PENILAIAN OBSERVER
PENGAMBILAN DATA UNIT ANALISIS**

Nama Mahasiswa : TESTA CILINDRI
NIM : 2016061036

Hari/tanggal : Sabtu, 22-07-2019
Prosedur/kasus : ANC

No	KOMPONEN PENILAIAN	1	2	3	4	U/C
1	Mendemonstrasikan pemahaman mahasiswa kepada pembimbing a. Menjelaskan indikasi, tujuan, komplikasi dan langkah-langkah prosedur. b. Menjelaskan anatomi dan fisiologi kepada pembimbing.				3	
2	Melaksanakan informed consent a. Menjelaskan prosedur kepada pasien b. Mendapatkan persetujuan tindakan dari klien dan keluarga				3	
3	Mendemonstrasikan persiapan prosedur yang sesuai a. Menyiapkan alat dan bahan sesuai kebutuhan b. Memposisikan klien dan menjaga privasi klien c. Melibatkan anggota keluarga klien				3	
4	Melakukan prosedur tindakan kebidanan secara benar dan aman kepada pasien					
5	Kemampuan tehnik a. Melakukan tindakan sesuai urutan b. Melakukan tindakan secara efektif c. Menggunakan waktu dan alat secara efisien				3	
6	Tehnik aseptik a. Hand hygiene/mencuci tangan dengan benar b. Menggunakan APD dengan benar c. Menjaga kesterilan dan atau kebersihan alat dengan benar				3	
7	Mencari Bantuan saat diperlukan					
8	Manajemen sesudah prosedur a. Menjelaskan pada pasien apa yang harus dilakukan setelah tindakan b. Memonitor hasil tindakan c. Membereskan dan merapikan alat dengan memperhatikan universal precaution d. Mendokumentasikan tindakan dengan benar				3	
9	Kemampuan komunikasi terapeutik a. Memberikan kesempatan pada klien atau keluarga untuk bertanya dan menjawab pertanyaannya b. Berbicara dengan kata-kata yang mulia c. Menghindari istilah yang tidak dimengerti klien d. Mengeksplor klien dengan pertanyaan terbuka				3	
10	Mempertimbangkan kondisi pasien a. Respek b. Empati c. Percaya kepada klien d. Sadar akan keterbatasan klien				3	
11	Mempertimbangkan keselamatan pasien dari tahap pre interaksi-terminasi.					
Jumlah skor					24	
Nilai = jumlah skor x 100						
Skor maksimal						

1 = Melakukan kurang dari 25% dari sub komponen
2 = Melakukan 26-50% dari sub komponen
3 = Melakukan 51-75 % dari sub komponen
4 = Melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
U/C= Unable to comment or not observed.

Penilai,

(Muzris Anandita)


**FORMULIR PENILAIAN OBSERVER
PENGAMBILAN DATA UNIT ANALISIS**

Nama Mahasiswa : Testa Cilindri
NIM : 2016061036

Hari/tanggal : Sabtu, 22-07-2019
Prosedur/kasus : ANC

No	KOMPONEN PENILAIAN	1	2	3	4	U/C
1	Mendemonstrasikan pemahaman mahasiswa kepada pembimbing a. Menjelaskan indikasi, tujuan, komplikasi dan langkah-langkah prosedur. b. Menjelaskan anatomi dan fisiologi kepada pembimbing.				4	
2	Melaksanakan informed consent a. Menjelaskan prosedur kepada pasien b. Mendapatkan persetujuan tindakan dari klien dan keluarga				4	
3	Mendemonstrasikan persiapan prosedur yang sesuai a. Menyiapkan alat dan bahan sesuai kebutuhan b. Memposisikan klien dan menjaga privasi klien c. Melibatkan anggota keluarga klien				4	
4	Melakukan prosedur tindakan kebidanan secara benar dan aman kepada pasien				4	
5	Kemampuan tehnik a. Melakukan tindakan sesuai urutan b. Melakukan tindakan secara efektif c. Menggunakan waktu dan alat secara efisien				4	
6	Tehnik aseptik a. Hand hygiene/mencuci tangan dengan benar b. Menggunakan APD dengan benar c. Menjaga kesterilan dan atau kebersihan alat dengan benar				4	
7	Mencari Bantuan saat diperlukan				4	
8	Manajemen sesudah prosedur a. Menjelaskan pada pasien apa yang harus dilakukan setelah tindakan b. Memonitor hasil tindakan c. Membereskan dan merapikan alat dengan memperhatikan universal precaution d. Mendokumentasikan tindakan dengan benar				4	
9	Kemampuan komunikasi terapeutik a. Memberikan kesempatan pada klien atau keluarga untuk bertanya dan menjawab pertanyaannya b. Berbicara dengan kata-kata yang mulia c. Menghindari istilah yang tidak dimengerti klien d. Mengeksplor klien dengan pertanyaan terbuka				4	
10	Mempertimbangkan kondisi pasien a. Respek b. Empati c. Percaya kepada klien d. Sadar akan keterbatasan klien				4	
11	Mempertimbangkan keselamatan pasien dari tahap pre interaksi-terminasi.				4	
Jumlah skor					40	
Nilai = jumlah skor x 100						
Skor maksimal						

1 = Melakukan kurang dari 25% dari sub komponen
2 = Melakukan 26-50% dari sub komponen
3 = Melakukan 51-75 % dari sub komponen
4 = Melakukan lebih dari 76% dari sub komponen
U/C= Unable to comment or not observed.

Penilai,

(Muzris Anandita)

1. Catatan hasil pemeriksaan ANC

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 15-10-2018
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 22-7-2019
 Umur Kehamilan (Minggu): 32 cm; KEEK (✓), Non KEEK (✓) Tinggi Badan: 148 cm
 Colongan Darah: tidak ada
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: tidak ada
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: tidak ada
 Riwayat Alergi: tidak ada

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 1, Jumlah persalinan 0, Jumlah keguguran 0, D.C. 1, P.D. 0, A.D. 0
 Jumlah anak hidup 0, Jumlah lahir mati 0
 Jumlah anak lahir kurang bulan 0 anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir -
 Status imunisasi TT terakhir 2018 (bulan/tahun)
 Penolong persalinan terakhir -
 Cara persalinan terakhir*: Spontan/Normal Tindakan

* Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/L	Denyut Jantung Janin/ Menit
09/11	mual-muntah	108/69	52	6-7		belm	
16/11	mual-pusing	107/63	52	13-14	32 ⁺ & 32 ⁺ 12.5	hamil	146/mnt
14/12		105/65	54	17-18		hamil	146/mnt
08/01	kram kaki	108/70	57	20 mgg	32	kep 2	
14/01		120/80	63	25-28 mgg	30 cm	kep 2	148/mnt
19/01	kram kaki	120/85	63	32/33	30 cm	kep 2	138
12/02		120/80	64.5	34/35	31	kep 2	149
1/03		120/80	64.4	37	32	kep 2	142
9/03		120/80	65	38/39	32	kep 2	146
15/03		110/70	64.8	38	32	kep 2	146

Kaki Berulang	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi rujukan, empun balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan Tempat Pelayanan Nama Pemeriksa (Parat)	Kapan Harus Kembali
-/+		Ac + Sun	11/11/19 + ad + baca KIA-1-13	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
+/+		Ac + Vol	11/11/19 + ad + baca KIA-1-13	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
+/+		Vc + Colex	11/11/19 + ad + baca KIA-1-13	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
+/+		Fe + Vit	11/11/19 + ad + baca KIA-1-13	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
+/+	HB: 10.1, GDA 27	Fe, B, C, Kal	kontrol HB	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
+/+	PH 5.0		kontrol BS	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
-/+	A1 B Red	Paru Cal	kontrol BS	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
-/+	HIN NR SIFAS NR	B1 + B1	T. Der Solusio	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
-/+	FIBRIN NR	B1 + B1	T. Der Solusio	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
-/+		B1 + B1	T. Der Solusio	BPM AAFIN	2 mgg 10/19
-/+		B1 + B1	T. Der Solusio	BPM AAFIN	2 mgg 10/19

2. Observasi Kram Kaki

LEMBAR OBSERVASI KELOMPOK KRAM KAKI

Nama: CATUR W. KUNDU ANWAR

PERTANYAAN	03-7-19	5-7-19	8-7-19	10-7-19	11-7-19
1. APAKAH HARI INI ANDA MENGALAMI KRAM KAKI?	<input checked="" type="radio"/> YA <input type="radio"/> TIDAK	<input checked="" type="radio"/> YA <input type="radio"/> TIDAK	<input checked="" type="radio"/> YA <input type="radio"/> TIDAK	<input checked="" type="radio"/> YA <input type="radio"/> TIDAK	<input checked="" type="radio"/> YA <input type="radio"/> TIDAK
2. DIMANA LOKASI TERJADINYA KRAM KAKI?	<input checked="" type="radio"/> A. PAHA/BOKONG <input type="radio"/> B. BETIS <input checked="" type="radio"/> C. TELAPAK KAKI <input type="radio"/> D. PERGELANGAN KAKI	<input checked="" type="radio"/> A. PAHA/BOKONG <input type="radio"/> B. BETIS <input checked="" type="radio"/> C. TELAPAK KAKI <input type="radio"/> D. PERGELANGAN KAKI	<input checked="" type="radio"/> A. PAHA/BOKONG <input type="radio"/> B. BETIS <input checked="" type="radio"/> C. TELAPAK KAKI <input type="radio"/> D. PERGELANGAN KAKI	<input checked="" type="radio"/> A. PAHA/BOKONG <input type="radio"/> B. BETIS <input checked="" type="radio"/> C. TELAPAK KAKI <input type="radio"/> D. PERGELANGAN KAKI	<input checked="" type="radio"/> A. PAHA/BOKONG <input type="radio"/> B. BETIS <input checked="" type="radio"/> C. TELAPAK KAKI <input type="radio"/> D. PERGELANGAN KAKI
3. BERAPA LAMA DURASI TERJADINYA KRAM KAKI?	<input checked="" type="radio"/> A. < 30 DETIK <input type="radio"/> B. 1 DETIK <input type="radio"/> C. 2 DETIK	<input checked="" type="radio"/> A. < 30 DETIK <input type="radio"/> B. 1 DETIK <input type="radio"/> C. 2 DETIK	<input checked="" type="radio"/> A. < 30 DETIK <input type="radio"/> B. 1 DETIK <input type="radio"/> C. 2 DETIK	<input checked="" type="radio"/> A. < 30 DETIK <input type="radio"/> B. 1 DETIK <input type="radio"/> C. 2 DETIK	<input checked="" type="radio"/> A. < 30 DETIK <input type="radio"/> B. 1 DETIK <input type="radio"/> C. 2 DETIK
4. KAPAN KRAM KAKI ANDA BERING TERJADI?	<input checked="" type="radio"/> A. PAGI HARI <input type="radio"/> B. SIANG HARI <input checked="" type="radio"/> C. MALAM HARI <input type="radio"/> D. SAAT BERAKTIFITAS <input type="radio"/> E. SAAT TIDUR	<input checked="" type="radio"/> A. PAGI HARI <input type="radio"/> B. SIANG HARI <input checked="" type="radio"/> C. MALAM HARI <input type="radio"/> D. SAAT BERAKTIFITAS <input type="radio"/> E. SAAT TIDUR	<input checked="" type="radio"/> A. PAGI HARI <input type="radio"/> B. SIANG HARI <input checked="" type="radio"/> C. MALAM HARI <input type="radio"/> D. SAAT BERAKTIFITAS <input type="radio"/> E. SAAT TIDUR	<input checked="" type="radio"/> A. PAGI HARI <input type="radio"/> B. SIANG HARI <input checked="" type="radio"/> C. MALAM HARI <input type="radio"/> D. SAAT BERAKTIFITAS <input type="radio"/> E. SAAT TIDUR	<input checked="" type="radio"/> A. PAGI HARI <input type="radio"/> B. SIANG HARI <input checked="" type="radio"/> C. MALAM HARI <input type="radio"/> D. SAAT BERAKTIFITAS <input type="radio"/> E. SAAT TIDUR
5. APA USHAHA ANDA UNTUK MENGURANGI KRAM?	<input checked="" type="radio"/> A. MENGOMPRES AIR HANGAT <input type="radio"/> B. KOMPRES/TEKAN DENGAN ELASTIC PERBANKAIN <input checked="" type="radio"/> C. MEREGANGKAN OTOT YANG TERAM	<input checked="" type="radio"/> A. MENGOMPRES AIR HANGAT <input type="radio"/> B. KOMPRES/TEKAN DENGAN ELASTIC PERBANKAIN <input checked="" type="radio"/> C. MEREGANGKAN OTOT YANG TERAM	<input checked="" type="radio"/> A. MENGOMPRES AIR HANGAT <input type="radio"/> B. KOMPRES/TEKAN DENGAN ELASTIC PERBANKAIN <input checked="" type="radio"/> C. MEREGANGKAN OTOT YANG TERAM	<input checked="" type="radio"/> A. MENGOMPRES AIR HANGAT <input type="radio"/> B. KOMPRES/TEKAN DENGAN ELASTIC PERBANKAIN <input checked="" type="radio"/> C. MEREGANGKAN OTOT YANG TERAM	<input checked="" type="radio"/> A. MENGOMPRES AIR HANGAT <input type="radio"/> B. KOMPRES/TEKAN DENGAN ELASTIC PERBANKAIN <input checked="" type="radio"/> C. MEREGANGKAN OTOT YANG TERAM
6. SEBERAPA SAKIT/MENGGANGGU KRAM KAKI ANDA?	<input checked="" type="radio"/> A. 0 <input type="radio"/> B. 2 <input type="radio"/> C. 4 <input type="radio"/> D. 6 <input type="radio"/> E. 8 <input type="radio"/> F. 10	<input checked="" type="radio"/> A. 0 <input type="radio"/> B. 2 <input type="radio"/> C. 4 <input type="radio"/> D. 6 <input type="radio"/> E. 8 <input type="radio"/> F. 10	<input checked="" type="radio"/> A. 0 <input type="radio"/> B. 2 <input type="radio"/> C. 4 <input type="radio"/> D. 6 <input type="radio"/> E. 8 <input type="radio"/> F. 10	<input checked="" type="radio"/> A. 0 <input type="radio"/> B. 2 <input type="radio"/> C. 4 <input type="radio"/> D. 6 <input type="radio"/> E. 8 <input type="radio"/> F. 10	<input checked="" type="radio"/> A. 0 <input type="radio"/> B. 2 <input type="radio"/> C. 4 <input type="radio"/> D. 6 <input type="radio"/> E. 8 <input type="radio"/> F. 10

KETERANGAN: SKALA NYERI

Wong-Baker Faces® Pain Rating Scale

0
No pain

2
Mild pain

4
Moderate pain

6
Severe pain

10
Worst pain

3. KSPR (Kartu Skor Poedji Rochjati)

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

Nama : C Umur Ibu : 22 Th.
 Hamil ke : J Hasil Terakhir tgl : 15/10/19 Perkiraan Persalinan tgl : 22 Jul 19
 Pendidikan : Ibu SMA Suami SMA
 Pekerjaan : Ibu P.T Suami Salen Mo Gi

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR				
			I	II	III	IV	Tribulan
		Skor Awal Ibu Hamil	2				2
I	1	Terlalu muda hamil (< 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. Terikan tang / vakum	4					
	b. Uri drogoh	4					
	c. Diben intus/transfusi	4					
II	10	Penyakit Menular Seksual	4				
	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. Laki-Singsang	8					
	18. Laki-Laki	8					
III	19	Pandangan dalam kehamilan ini	8				
	20	Pandangan dalam kehamilan ini	8				
JUMLAH SKOR							2

PENYULIHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML. SKOR RISIKO	KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO		
	KEL. WATAN	PERS. WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND. LONG	RUJUKAN
1	KRM	IBU	IBU	IBU	IBU	IBU
9-19	KRM	IBU	IBU	IBU	IBU	IBU
20-25	KRM	IBU	IBU	IBU	IBU	IBU

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

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

Persalinan : Melahirkan tanggal : 26 / 07 / 19

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

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

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 **PENOLONG :** 1. Dukun **MACAM PERSALINAN :** Normal
 Rumah Bidan Bidan 2. Tidak ada pervaginam
 3. Polindes 3. Dokter 3. Operasi Sesar
 4. Puskesmas 4. Lain-2
 5. Rumah Sakit
 6. Perjalanan

PASCA PERSALINAN :
 IBU : Hidup **TEMPAT KEMATAN IBU :**
 2. Mati, dengan penyebab : 1. Rumah ibu
 a. Partunan b. Pre eklampsia/Eklampsia 2. Rumah bidan
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2 3. Polindes
 4. Puskesmas
 5. Rumah Sakit
 6. Perjalanan

BAYI :
 1. Berat lahir : 3200 gram, 44 cm Perempuan 6. Perjalanan
 2. Lahir hidup : Agar Skor : 7-8 7. Lain-2
 3. Lahir mati, penyebab :
 4. Mati kemudian, umur : fr, penyebab :
 5. Kataran bawaan : tidak ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
 Sehat : 3 Saki 3. Mati, penyebab :
 Pemberian ASI : 1. Ya 2. Tidak

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

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya Tidak
 Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan : 6000

4. Lembar Penampisan

PENAPISAN

Nama : Ny. C
 Tanggal : 26 Jul 2019
 Jam :

No.	KRITERIA	YA	TIDAK
1	Riwayat bedah Sesar		<input checked="" type="checkbox"/>
2	Perdarahan Pervaginam		<input checked="" type="checkbox"/>
3	Persalinan kurang bulan (< 37 mwg)		<input checked="" type="checkbox"/>
4	Ketuban pecah dengan meconium yg kental		<input checked="" type="checkbox"/>
5	Ketuban pecah lama (> 24 jam)		<input checked="" type="checkbox"/>
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 mwg)		<input checked="" type="checkbox"/>
7	Ikterus		<input checked="" type="checkbox"/>
8	Anemia berat		<input checked="" type="checkbox"/>
9	Tanda / Gejala infeksi		<input checked="" type="checkbox"/>
10	Pre - eklamsi / hipertensi dalam kehamilan		<input checked="" type="checkbox"/>
11	Tinggi fundus 40 cm atau lebih		<input checked="" type="checkbox"/>
12	Gawat janin		<input checked="" type="checkbox"/>
13	Primi para dalam fase aktif, kepala masih 5/5		<input checked="" type="checkbox"/>
14	Presentasi bukan bolakang kepala		<input checked="" type="checkbox"/>
15	Presentasi Ganda (Majemuk)		<input checked="" type="checkbox"/>
16	Kehamilan ganda atau gemelli		<input checked="" type="checkbox"/>
17	Tali pusat menubung		<input checked="" type="checkbox"/>
18	Syok		<input checked="" type="checkbox"/>

5. Partograf

