



KEMENTERIAN KESEHATAN RI  
BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN  
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG



- Kampus Pusat : Jl. Besar Iers No. 77 C. Malang. 05112 Telp. (0341) 860075 - 871388 Fax (0341) 856746  
- Kampus I : Jl. Srikojo No. 116 Jember. Telp. (0311) 482913  
- Kampus II : Jl. A Yani Sandenporong Lawang. Telp. (0341) 427847  
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Jiltau. Telp. (0312) 801344  
- Kampus IV : Jl. KIB Widyad. Hasono No. 04 B. Kabur. Telp. (0354) 973695  
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek. Telp. (0353) 791293  
- Kampus VI : Jl. Dr. Lopo Mangunkusumo No. 25A. Besoerjo. Telp. (0321) 414792  
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : [dekr@ata-p-86kkes-malang.ac.id](mailto:dekr@ata-p-86kkes-malang.ac.id)

Malang 30 Juli 2019

Nomor : PP.04.03/5.0/ 8715 /2019  
Hal : *Permohonan Pengantar Studi Pendahuluan*

**Kepada, Yth:**

Pimpinan PMB Titik S, S.Tr.Keb.

Di,-

**MALANG**

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu Prasyarat kelulusan mahasiswa pada Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan menyusun Laporan Tugas Akhir (LTA) Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Studi Pendahuluan mahasiswa kami :

Nama : Ta'ti Binayatillah  
NIM : P17310173027  
Program Studi : DIII Kebidanan Malang  
Semester : V  
Judul : *Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Continuity Of Care) di PMB Titik S, S.Tr.Keb.*

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan,

  
**HERAWATI-MANSUR, SST.,M.Pd.,M.Psi.**  
NIP. 196501101985032002

Tembusan:

1. Sdr. Ta'ti Binayatillah
2. Pertinggal

64

Lampiran 3

**PERNYATAAN  
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama dan gelar : Ita Yuliani, S.ST,M.Keb
2. NIK : 82.07.2.102
3. Pangkat dan golongan :
4. Jabatan : Dosen Jurusan Kebidanan Poltekkes Malang
5. Asal institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan terakhir : S2 Kebidanan
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi:
  - a. Rumah :
  - b. Telepon/HP :
  - c. Alamat kantor : Jl. Besar Ijen No.77C Klojen, Malang
  - d. Telepon kantor : (0341)566075

Dengan ini menyatakan (bersedia/tidak bersedia \*) menjadi pembimbing

Bagi mahasiswa:

- Nama : Ta'ti Biinayatillah  
NIM : P17310173027  
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan pada Ny. X masa hamil sampai dengan masa interval di PMB Titik S, S.Tr,Keb

\*) Coret yang tidak dipilih.

Malang, 21 Desember 2019



**Ita Yuliani, S.ST.,M.Keb**  
NIK : 82.07.2.102

68

## Lampiran 6

## PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

1. Saya Ta'ti Biinayatillah mahasiswa program studi D-III kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan ini meminta ibu untuk berpartisipasi dengan suka rela dalam penelitian yang berjudul Studi Kasus Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. X di PMB Titik S, S.Tr,Keb
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah memberikan asuhan kebidanan pada Ibu hamil hamil, bersalin, neonatus, nifas, dan saat keputusan ber-KB menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Studi kasus ini akan dilaksanakan pada ibu hamil trimester III, Ibu bersalin, neonatus, Ibu nifas, sampai dengan masa interval.
3. Prosedur studi kasus ini akan berlangsung dengan cara pertama responden diberikan informed consent guna persetujuan tindakan asuhan kebidanan berkesinambungan. Dalam pelaksanaan asuhan responden dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi
4. Keuntungan yang diperoleh ibu dalam keikutsertaan dalam studi kasus ini adalah ibu mendapatkan asuhan kebidanan berkesinambungan
5. Seandainya ibu tidak bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini, maka ibu boleh tidak mengikuti studi kasus ini sama sekali dan tidak dikenakan sanksi apapun.
6. Seandainya ibu telah bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini dan apabila ibu merasakan kurang berkenan dengan perlakuan yang saya berikan atau tidak sesuai dengan harapan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka ibu dapat mengundurkan diri dari studi kasus ini
7. Ibu dapat menghubungi peneliti apabila ada hal – hal yang kurang jelas atau membutuhkan bantuan berkaitan dengan penelitian dan kondisi ibu melalui no.hp 087765032735
8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih

Malang, 15 Januari 2020

Peneliti



TA'TI BIINAYATILLAH  
NIM. P17310173027

Lampiran 7

**PERNYATAAN PERSETUJUAN**  
*(Informed Consent)*

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI:

Nama : Ny. R

Umur : 29 Tahun

Alamat: Ngandeng 2/16, Lawang

Setelah mendapat penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya bersedia/tidak bersedia\*)

Untuk berperan serta sebagai responden tanpa ada unsur paksaan

Apabila sesuatu hal yang merugikan diri saya akibat studi kasus ini, maka saya akan bertanggungjawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

Malang, ~~05~~ Maret 2020

Yang membuat persetujuan,

  
(... Rizka A. ....)

Keterangan:

\*) coret yang tidak perlu



CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 23-6-2019  
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 30-3-2020  
 Lingkar Lengan Atas: 25,5 cm; KEK ( ) Non KEK (✓) Tinggi Badan: 172,5 cm  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: .....  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: .....  
 Riwayat Alergi: .....

Tgl	Kelemb. Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin kepal S/ll	Denyut Jantung Janin/ Menit
19/10/19	pusing, mual	110/80	41	11-12	2-3 <sup>+</sup> + sym	bat (-)	(-)
26/10/19	mual	110/80	41	12-13	3-4 <sup>+</sup> + sym	ball (+)	(-)
02/11/19	Taa	110/70	42	17-18	7 cm	ball (+)	(+)
17/11/19	Flu	110/70	44	21-23	↑ pit	ball (+)	(+)
28/11/19	Taa	110/80	45	26-27	18 cm	leher (+)	(+)
09/12/19	Nyeri Pinggang	110/80	47	30-37	24 cm	ll (+)	(+)
28/12/19	Taa	100/80	48	35-36	26 cm	leher (+)	(+)

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke: 1. Jumlah persalinan: 0. Jumlah keguguran: 0. C: 1. P: 0. A: 0.  
 Jumlah anak hidup: ..... Jumlah lahir mati: ..... anak  
 Jumlah persalinan ini dengan persalinan terakhir: 15. (bulan/tahun)  
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir: .....  
 Penolong persalinan terakhir: [ ] Spontan/Normal [ ] Tindakan .....  
 Cara persalinan terakhir: [ ] Spontan/Normal [ ] Tindakan .....

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fq, terapi, rujukan, juman balok)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan Tempat Pelayanan (Nama Paraf)	Kapan Harus Kembali
(-)/+		gokom Cik	nutrisi	PMB TITIK-S	1 bln
(-)/+		o-folat xl	nutrisi	PMB TITIK-S	1 bln
(-)/+		bundavix xl	nutrisi	PMB TITIK-S	1 bln
(-)/+	ANCT	FE xl kaki xl	istirahat td. banawa	PMB LAWAWE	1 bln
(-)/+	HW HWS MR	fx injut	KIA	PMB TITIK-S	1 bln
(-)/+	HW HWS MR GOLDA	vitonol fx injut	istirahat td. banawa	PMB TITIK-S	1 bln
(-)/+			istirahat td. banawa	PMB TITIK-S	1 bln
(-)/+			istirahat td. banawa	PMB TITIK-S	1 bln
(-)/+			istirahat td. banawa	PMB TITIK-S	1 bln
(-)/+			istirahat td. banawa	PMB TITIK-S	1 bln

## CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

### Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 28-03-2020 Pukul : 11-10 WIB  
 Umur kehamilan : 40 Minggu  
 Penolong persalinan : Dokter/Bidan/lain-lain  
 Cara persalinan : Normal/Tindakan  
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
 Lokhia berbau/lain-lain)/  
 Meninggal\*

Keterangan tambahan :

\* Lingkari yang sesuai

### Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1  
 Berat Lahir : 2700 gram  
 Panjang Badan : 49 cm  
 Lingkar Kepala : 32 cm  
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan\*

### Kondisi bayi saat lahir\*\*:

- |   |   |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Segera menangis         | <input type="checkbox"/> Anggota gerak kebiruan |
| <input type="checkbox"/> Menangis beberapa saat             | <input type="checkbox"/> Seluruh tubuh biru     |
| <input type="checkbox"/> Tidak menangis                     | <input type="checkbox"/> Kelainan bawaan        |
| <input checked="" type="checkbox"/> Seluruh tubuh kemerahan | <input type="checkbox"/> Meninggal              |

### Asuhan Bayi Baru Lahir \*\*::

- Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi  
 Suntikan Vitamin K1  
 Salep mata antibiotika profilaksis  
 Imunisasi Hb0

Keterangan tambahan: .....

\* Lingkari yang sesuai

\*\* Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

## CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

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

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (5 jam - 3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4 - 28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29 - 42 hari)
	Tgl: 28/8/20	Tgl:	Tgl:
Kondisi ibu secara umum	baik		
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	100/70, 36, 20		
Perdarahan pervaginam	± 100 cc		
Kondisi perineum	baik		
Tanda infeksi	-		
Kontraksi uteri	baik		
Tinggi Fundus Uteri	2 J + PCB		
Lokhia	Rubra		
Pemeriksaan jalan lahir	-		
Pemeriksaan payudara	Baik		
Produksi ASI	✓		
Pemberian Kapsul Vit.A	✓		
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	-		
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas	-		
Buang Air Besar (BAB)			
Buang Air Kecil (BAK)			
<b>Memberi nasehat yaitu:</b>			
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			
Istirahat 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 (asi eksklusif) 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			
Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan			



## CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

### CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48 jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 18-3-20	Tgl:	Tgl:
Berat badan (gram)	2700 gr		
Panjang badan (cm)	49 cm		
Suhu (°C)	36,5°C		
Frekuensi nafas (x/menit)	44 x		
Frekuensi denyut jantung (x/menit)			
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri	✓		
Memeriksa ikterus	✓		
Memeriksa diare	✓		
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum	✓		
Memeriksa status Vit K1	✓		
Memeriksa status imunisasi HB-0, BCG, Polio 1	✓		
Bagi daerah yang sudah melaksanakan Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK)	-		
• SHK Ya / Tidak	-		
• Hasil tes SHK (-) / (+)	-		
• Konfirmasi hasil SHK	-		
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	-		
Nama pemeriksa	NAYA		

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