

Lampiran 1 Jadwal Studi Kasus

		JADWAL PELAKSANAAN STUDI KASUS																																																						
Kegiatan	JADWAL PELAKSANAAN STUDI KASUS																																																							
	Juli				Agustus				September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mאי				Juni											
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi penyelesaian LTA																																																								
Informasi pembimbingan																																																								
Proses bimbingan dan penyusunan proposal LTA																																																								
Pengumpulan proposal ke panitia pendaftaran seminar proposal																																																								
Seminar proposal																																																								
Revisi dan persetujuan proposal oleh pengaji																																																								
Mengambil kasus dan penulisan laporan																																																								

Lampiran 2 Surat Pelaksanaan Penelitian

	KEMENTERIAN KESEHATAN RI BADAN PENGEMBANGAN DAN PEMBERDAYAAN SDM KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG - Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C. Malang 65112 Telp (0341)566075, 571388 Fax(0341)556746 - Kampus I : Jl. Srikeyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613 - Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang, Telp (0341) 427847 - Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar, Telp (0342) 801043 - Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64 B Kediri, Telp (0354)773095 - Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293 - Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792 Website : http://www.poltekkes-malang.ac.id Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id	
Nomor	: PP.04.03/5.0/ 2709 /2019	Malang 30 Juli 2019
Hal	: <u>Permohonan Pengantar Studi Pendahuluan</u>	
<p>Kepada, Yth: Pimpinan PMB Evi Dwi Wulandari, A.Md.Keb. Di,- <u>MALANG</u></p>		
<p>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 :</p>		
N a m a	: Aglista Syafira Suhendro	
N I M	: P17310173038	
Program Studi	: DIII Kebidanan Malang	
Semester	: V	
Judul	: <i>Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Continuity Of Care) di PMB Evi Dwi Wulandari, A.Md.Keb.</i>	
<p>Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.</p>		
<p style="text-align: center;">Ketua Jurusan Kebidanan,  HERAWATI MANSUR, SST.,M.Pd.,M.Psi. NIP. 196501101985032002</p>		
<p><u>Tembusan:</u> 1. Sdr. Aglista Syafira Suhendro 2. Pertiinggal</p>		

Lampiran 3 Planning Of Action Continuity Of Care

PLANNING OF ACTION CONTINUITY OF CARE

NO	KUNJUNGAN	RENCANA ASUHAN
1.	Kunjungan Pertama (36-37 Minggu)	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pengkajian pasien (Subjektif dan Objektif) terutama pada keluhan atau masalah b. Memberikan KIE tentang ketidaknyamanan yang mungkin muncul pada trimester III c. Menjelaskan tentang tanda bahaya yang mungkin terjadi pada trimester III d. Menjelaskan tanda-tanda persalinan e. Menjelaskan tentang persiapan persalinan f. Melakukan diskusi tentang manfaat dan pelaksanaan pemeriksaan laboratorium
2.	Kunjungan Kedua (37-38 Minggu)	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pengkajian pasien (Subjektif dan Objektif) terutama pada keluhan atau masalah b. Mengajarkan dan menganjurkan ibu untuk senam hamil c. Menjelaskan pada ibu tentang P4K d. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang
3.	Kunjungan Ketiga (38-39 Minggu)	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pengkajian pasien (Subjektif dan Objektif) terutama pada keluhan atau masalah b. Memberitahu pada ibu manfaat IMD pada saat persalinan c. Menganjurkan ibu untuk mengkonsumsi makanan yang bergizi seimbang
4.	Kunjungan Keempat (39-40 Minggu)	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pengkajian pasien (Subjektif dan Objektif) terutama pada keluhan atau masalah b. Mengevaluasi pemahaman ibu tentang tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan c. Mengevaluasi asuhan
5.	INC (40 Minggu)	<ul style="list-style-type: none"> a. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital b. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan c. Melakukan observasi mengenai kemajuan persalinan (Asuhan Kala I) d. Melakukan pertolongan persalinan (Asuhan Kala II) e. Melakukan PTT (Asuhan Kala III) f. Melakukan observasi kontraksi rahim, perdarahan, kandung kemih, keadaan umum dan TTV (Asuhan kala IV) g. Melakukan injeksi vitamin K dan imunisasi HB-0 h. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir

6.	KF 1 (6-48 Jam post partum)	<ul style="list-style-type: none"> a. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri. b. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut. c. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan. d. Pembeian ASI awal. e. Melakukan hubungan <i>bonding attachment</i> antara ibu dan bayi. f. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan mencegah terjadinya hipotermia. Jika petugas kesehatan menolong persalinan, ia harus tinggal dengan ibu dan bayi baru lahir untuk 2 jam pertama kelahiran atau ibu dan bayi dalam keadaan sehat.
7.	KF 2 (3-7 Hari post partum)	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal (kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal). b. Menilai tanda-tanda adanya infeksi atau perdarahan. c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi, cairan, dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan memastikan tidak ada penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan bayi sehari-hari termasuk perawatan tali pusat dan menjaga bayi agar tetap hangat.
8.	KF 3 (8-28 Hari post partum)	<ul style="list-style-type: none"> a. Memastikan involusi uterus berjalan normal (kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal). b. Menilai tanda-tanda adanya infeksi atau perdarahan. c. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi, cairan, dan istirahat. d. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan memastikan tidak ada penyulit. e. Memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan bayi sehari-hari termasuk perawatan tali pusat dan menjaga bayi tetap hangat
9.	KF 4 (29-42 Hari Post partum)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menanyakan pada ibu tentang penyulit atau masalah yang dialami ibu maupun bayinya. b. Memberikan konseling tentang KB secara dini. c. Membantu ibu memilih metode alat kontrasepsi yang tepat.

10.	KN I (6-48 Jam)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjaga bayi dalam keadaan tetap hangat b. Melakukan perawatan tali pusat c. Injeksi vitamin K1 dan HB0 d. Mengajarkan ibu cara menyusui yang benar e. Menganjurkan ibu untuk selalu menjaga kebersihan bayi
11.	KN 2 (3-7 Hari)	<ul style="list-style-type: none"> a. Lakukan pemeriksaan tanda bahaya yang dapat terjadi b. b. Konseling pemberian ASI eksklusif
12.	KN 3 (8-28 Hari)	<ul style="list-style-type: none"> a. Menjelaskan pada ibu tentang imunisasi BCG b. Melakukan pemeriksaan Fisik c. Konseling pemberian ASI eksklusif pada bayinya
13.	Masa Interval	<ul style="list-style-type: none"> a. Memberikan informasi mengenai macam alat kontrasepsi b. Membantu klien memilih alat kontrasepsi sesuai tujuan pemakain c. Mendampingi klien dalam pemakain alat kontrasepsi

Lampiran 4 Pernyataan Kesiapan Membimbing

PERNYATAAN

KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama dan Gelar : Reni Wahyu Triningsih, S.SiT., M.Kes.
2. NIK : 197709012002122001
3. Pangkat dan Golongan : Penata Muda Tk.I/III-B
4. Jabatan : Lektor
5. Asal Institusi : Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S2 Kesehatan
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
 - a. Rumah : Pondok Cempaka Indah D-4, RT/RW 06/02 Mulyorejo
 - b. Telepon/Hp : 081334808029
 - c. Alamat Kantor : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang
 - d. Telepon Kantor : 0341-55165

Dengan ini menyatakan (bersedia/tidak bersedia*) menjadi pembimbing (utama/pendamping*) bagi mahasiswa :

- Nama : Aglista Syafira Suhendro
NIM : P17310173038
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada Ny. X di PMB Evi Dwi Wulandari, A.Md.Keb

*) coret yang tidak dipilih

Malang,2019

Pembimbing



Reni Wahyu Triningsih S.SiT., M.Kes

NIP. 197709012002122001

Lampiran 5 Lembar Konsultasi

**LEMBAR KONSULTASI
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Pembimbing : Reni Wahyu Triningsih., S.SiT., M.Kes

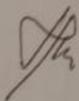
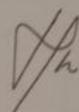
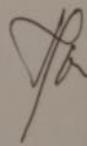
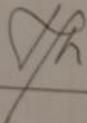
Mahasiswa : Aglista Syafira Suhendro

NO	TANGGAL	VIA	SARAN	TTD
1.	19 Maret 2020	Email	1. Revisi BAB III sesuai saran yang tertulis 2. Lengkapi hingga KF 4	
2.	29 Maret 2020	Email	1. Revisi BAB III sesuai masukan yang tertulis 2. Merapikan penulisan 3. Lengkapi perencanaan	
3.	7 April 2020	Email	1. Revisi BAB III sesuai masukan yang tertulis 2. Rapikan Sistematika penulisan 3. Lengkapi BAB 1 s/d Lampiran belakang	
4.	12 April 2020	Email	1. Perbaiki Pembahasan 2. Perbaiki Partograf dan judul lampiran disertakan 3. Perbaiki sistematika penulisan 4. Tambahkan halaman Lampiran depan	
5.	15 April 2020	Email	1. ACC persiapan ujian hasil	

Nama: Aglita Syopira S.

Nim: p17310173038

Pembimbing: Rani Wahyu Tanjung S.ST M.Kes

BIMBINGAN KE	TGL	SARAN	TTD
I	8/8/2019	- Revisi BAB I - BAB II flegen & kont.	
II	24/9/2019	Revisi BAB I. - Data lebih di vocational lg. - Tentukan penyebab masalah kesehatan. - Kalimatnya dirum yg baik & benar.	
III	27/11/2019	Revisi BAB I & II - Kalimat lebih di tulis lg. - Konsep naja yg di pakai SOAP - Lengkapi lampiran	
IV	5/12/2019	- Sistematis penulisan yg sesuai dengan buku pedoman - Konsep manajemen yg. y KTT di send & mandiri. - Ynterreni yg di tulis perencanaan yg di PDA - Pelajar non intermed - Lengkapi lampiran!	
V	16/12/19	- Revisi BAB I yg dit di lengkapi lagi - Sistematis penulisan yg sesuai & buku pedoman	

BIMBING AN KE-	TANGGAL	SARAN	TTD
	17/12 ¹⁹	- kenghasi lampiran Ase panyel semu proponil	



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



Kampus Pusat : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang 65112 Telp (0341)566075, 571388 Fax(0341)556746
Kampus I : Jl. Sukoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486013
Kampus II : Jl. A. Yani Sumbaperong Lawang, Telp (0341) 427847
Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar, Telp (0342) 801043
Kampus IV : Jl. KH Wahid Hasyim No. 64 B. Kediri, Telp (0354)773095
Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek Telp (0355) 791293
Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id

LEMBAR REVISI UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR (LTA)

Nama : AGLICTA JAFIRA SUNENDRO
NIM : P17310173038
Judul : ASUHAN KEPIDANAN PADA NY X MASA HAMIL SAMPAI DENGAN MASA INTERVAL DI PMB EVI DWI WULANDARI

No.	HLM	REVISI PENGUJI
		<ul style="list-style-type: none">- Belain lg.- lihat makalah.

Malang, 17 / Januari 2020
Setelah direvisi,


(RENDI WAHYU TRIHINGSIH, S. SIT. M. Kes)

Malang, 19 / DESEMBER 2019
Sebelum direvisi,


(RENDI WAHYU TRIHINGSIH, S. SIT. M. Kes)

Lampiran 6 Lembar Informed Consent

PERNYATAAN PERSETUJUAN
(Informed Consent)

YANG BERTANDA TANGAN DIBAWAH INI:

Nama : Anis Wriyanti

Umur : 33 tahun

Alamat : Jl. Pasang Agung I no 15/C

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, 6.....Februari.....2020

Yang membuat persetujuan,



Anis Wriyanti
(.....)

Keterangan:

*) coret yang tidak perlu

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

1. Saya Aglista Syafira Suhendro 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 Evi Dwi Wulandari, A.Md.Keb
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah memberikan asuhan kebidanan pada Ibu hamil hamil, bersalin, neonatus, nifas, dan saat keputusan berKB menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Studi kasus ini akan dilaksanakan pada ibu hamil trimester III, Ibu bersalin, neonatus, Ibu nifas, dan ibu dnegan 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, dan
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 aksus 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 082330948406
8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih

Malang, 6 Januari 2020

Peneliti



AGLISTA SYAFIRA SUHENDRO
NIM. P17310173038

Lampiran 8 Lembar Kunjungan Pasien

NO	TANGGAL	KEGIATAN	TTD DOSEN	TTD BIDAN	TTD PASIEN
1.	6-02-2020	KI : 1. Anamnesa 2. KIE Ketidakefektifan TM 3 3. KIE tanda bahaya TM 3 4. Tanda-tanda perzinahan 5. KIE Perilaku perzinahan 6. Kunjungan ulang			
2.	13-02-2020	KII : 1. Anamnesa 2. Mengejarkan senam hamil 3. KIE PAK 4. KIE Gizi seimbang 5. Jadwal kunjungan ulang			
3.	21-2-2020	KIII : 1. Anamnesa 2. KIE IMD 3. KIE gizi seimbang			

4.	28-2-2020	<p>* Peratalinan.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi Asuhan Kala I 2. Melakukan pertolongan persalinan 3. PTT 4. Asuhan Kala II 5. Injeksi Vit. K & HB0 6. Pemenekaan fluk BBL 			
5.	28-2-2020	<p>KF I + KM I</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pencegahan perdarahan masa nifas 2. KIE mencegah perdarahan 3. KIE pemberian ASI awal 4. Perawatan BBL 5. Pencegahan hipotermi 6. Injeksi Vit K & HB0. 			
6.	4-3-2020	<p>KF II + KM II</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memastikan involusi payudara normal 2. Menilai tanda-tanda infeksi 3. Memastikan tidak ada penyulit menyusui 4. Perawatan BBL. 5. Pemberian ASI eksklusif 			

T.	14-3-2020	KF III + KH III 1. Memastikan involusi uterus berjalan normal 2. Menilai tanda infeksi 3. Memenuhi nutrisi 4. Perawatan BAB 5. KIE imunisasi BCG 6. ASI eksklusif			
B.	28-3-2020	KF IV & interval. 1. Koneeling KB 2. Membantu memilih kontrasepsi sesuai tujuan. 3. Membantu memilih KB yang tepat			

Lampiran 10 Lembar Sambutan Persalinan

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

**MENYAMBUK
PERSALINAN**
(Agar Aman dan Selamat)


KEMENTERIAN KESEHATAN
REPUBLIC INDONESIA

Saya : Anis W.
Alamat : Pisang Agung

Memberikan kepercayaan kepada nama-nama ini untuk membantu persalinan saya agar aman dan selamat, yang diperkirakan pada, Bulan: Maret Tahun: 2020

 **Pendong persalinan:**
1. Dokter/Bidan: Bidan
2. Dokter/Bidan:

 Untuk Dana Persalinan, disiapkan sendiri/ditanggung JKN/
dibantu oleh:
Disiapkan Sendiri

 Untuk kendaraan/ambulan desa oleh:
1. Motor pribadi HP

2. HP

3. HP

 Metode KB setelah melahirkan yang dipilih:
KB Stenil

 Untuk sumbangan darah (golongan darah A) dibantu oleh:
1. Suami HP

2. HP

..... 20.....

Mengetahui, Bidan/Dokter Saya
Suami/Orang Tua/Wali

(.....) (.....) (.....)

19

Lampiran 11 Lembar Penapisan Ibu bersalin

PENAPISAN IBU BERSALIN			
DETEKSI KEMUNGKINAN KOMPLIKASI GAWAT DARURAT			
NO	KETERANGAN	YA	TIDAK
1	Riwayat Bedah Sesar		✓
2	Perdarahan Pervaginam		✓
3	Persalinan Kurang Bulan (< 37 Minggu)		✓
4	Ketuban Pecah dengan Mekonium kental		✓
5	Ketuban pecah lama (>24 jam)		✓
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)		✓
7	Icterus		✓
8	Anemia berat		✓
9	Terdapat tanda / gejala infeksi		✓
10	Preeklamsi / Hypertensi dalam kehamilan		✓
11	TFU 40 cm atau lebih		✓
12	Gawat Janin		✓
13	Primipara fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5		✓
14	Presentasi bukan belakang kepala		✓
15	Presentasi ganda		✓
16	Kehamilan gemeli		✓
17	Tali pusat menubung		✓
18	Syok		✓
19	Bumil TKI		✓
20	Suami pelayaran		✓
21	Suami atau istri bertato		✓
22	HIV / AIDS		✓
23	PMS		✓
24	Anak Mahal		✓

Lampiran 12 Partograf

PARTOGRAF

Nama Ibu/Bapak: Ny. X, Tn. X Umur: 33, 34 G. P. R. A. R. Hamil 39-40 minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal: 28 Februari 2020 Pukul: 09.30 WIB
 Alamat: Pisang Agung

Pecah sejak pukul 11.05 WIB Mules sejak pukul 03.00 WIB

Denyut Jantung Janin (x/menit): 130

Air ketuban penyusutan: U

Waktu (Pukul): 09.30 10.30

Waspada Bertindak

Bayi Lahir spontan
 umur 10 hari, berat lahir 3.2 kg
 Apgar 1: 7 Apgar 5: 9
 Jenis Kelamin: Laki-laki
 BB: 3100 PB: 49

Oksitosin U/I tetes/menit: 1

Obat dan cairan IV: 30-3

Nadi: 100

Tekanan darah: 100/70

Temperatur °C: 36.3

Urine: Protein -, Aseton -, Volume 150 ml

Makan terakhir: Pukul 07.00 Jenis: Masi & Lauk Porsi: 4-5 sendok
 Minum terakhir: Pukul 08.00 Jenis: Teh Porsi: 200 ml

Penolong: CU ABIDITA

CATATAN PERALIHAN

- Tanggal: 28-2-2020
- Nama bidan: PMB Evi Burinay
- Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu
 - Puskesmas
 - Polindes
 - Rumah Sakit
 - Klinik Swasta
 - Lainnya: PMB
- Alamat tempat persalinan: Muaradit
- Catatan: rujuk, kala: I / II / III / IV
- Alasan merujuk:
- Tempat rujukan:
- Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan
 - teman
 - suami
 - dukun
 - keluarga
 - tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini:
 - Gawatdarurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Temuan pada fase laten: Tidak ada. Perlu Intervensi: Y / T
- Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y / T Tidak ada
- Masalah pada fase aktif, sebutkan:
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
- Hasinya: Kala I berjalan normal

KALA II

- Epsiotomi:
 - Ya, indikasi:
 - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - suami
 - teman
 - tidak ada
 - keluarga
 - dukun
- Gawat janin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - Tidak
- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasilnya: Normal
- Disosiasi bahu:
 - Ya, tindakan yang dilakukan:
 - Tidak
- Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya: Kala II berjalan normal

KALA III

- Inisiasi Menyusu Dini:
 - Ya
 - Tidak, alasannya:
- Lama kala III: 5 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im?
 - Ya, waktu:, menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan:, menit setelah bayi lahir
- Penjepitan tali pusat: 1 menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan:
 - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali?
 - Ya
 - Tidak, alasan:

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / Σ Urin	Σ darah keluar
1	11 30	100/70	80	36,3°C	2ir ↓ pusat	Baik	Korang	+ 50 ml
	12 00	100/70	78		2ir ↓ pusat	Baik	Korang	+ 20 ml
	12 30	100/80	78		2ir ↓ pusat	Baik	Korang	+ 10 ml
	13 00	100/80	82		2ir ↓ pusat	Baik	Korang	+ 15 ml
	13 30	100/80	82		2ir ↓ pusat	Baik	Korang	+ 20 ml
2CS	14 00	100/80	82	36,5°C	2ir ↓ pusat	Baik	Korang	+ 20 ml

Gambar 2-7: Halaman 2 Partooral

- 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:
 - Tidak
 - Ya, tindakan:
 - Laserasi:
 - Tidak
 - Ya, dimana: KULH perineum
 - Jika laserasi perineum, derajat: 3/2/3/4
 - Tindakan:
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan:
 - Atonia uteri:
 - Ya, tindakan:
 - Tidak
 - Jumlah darah yg keluar/perdarahan: +250 ml
 - Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya:
 - Hasinya: Kala III berjalan normal
- KALA IV**
- Kondisi ibu: KU: baik 10/30 mmHg Nadi: 80 x/mnt Napas: 20 x/mnt
 - Masalah kala IV dan penatalaksanaannya:
 - Hasinya: Kala IV berjalan normal
- BAYI BARU LAHIR:**
- Berat badan: 3100 gram
 - Panjang badan: 49 cm
 - Jenis kelamin: L / P
 - Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit
 - Bayi lahir:
 - Normal, tindakan:
 - Menghangatkan
 - Mengeringkan
 - Rangsang laktasi
 - IMD atau nakuri menyusui segera
 - Tetes mata profilaksis, vitamin K1, imunisasi Hepatitis B
 - Asfiksia, tindakan:
 - Menghangatkan
 - Bebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)
 - Mengeringkan
 - Rangsang laktasi
 - Ventilasi positif (jika perlu)
 - Asuhan pascareusitasi
 - Lain-lain, sebutkan:
 - Cacat bawaan, sebutkan:
 - Hipotermi: ya/tidak, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
 - Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir:
 - Ya, waktu:, jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan:
 - Masalah lain, sebutkan:
 - Penatalaksanaan dan Hasilnya: BBL sehat & normal

Lampiran 13 Catatan kunjungan Ibu Nifas

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

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

JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN	KUNJUNGAN 1 (6 jam-3 hari)	KUNJUNGAN 2 (4-28 hari)	KUNJUNGAN 3 (29-42 hari)
	Tgl: 28/2/20	Tgl: 9/3/20	Tgl: 19/3/20
Kondisi ibu secara umum	Baik	BAIK	Baik
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	DBM	DBM	DBM
Perdarahan pervaginam	30cc	DBM	DBM 30cc
Kondisi perineum	DBM	DBM	DBM
Tanda infeksi	-	-	-
Kontraksi uteri	Keras	Keras	Keras
Tinggi Fundus Uteri	2 Jrb pusel	Pituh 2 Jrb	Pituh 2 Jrb
Lokhia	Rubra	Sanguinolenta	Serfusa
Pemeriksaan jalan lahir	DBM	DBM	DBM
Pemeriksaan payudara	DBM	DBM	DBM
Produksi ASI	(+)	(+)	(+)
Pemberian Kapsul Vit.A			
Pelayanan kontrasepsi pascapersalinan	(+)	(+)	(+)
Penanganan resiko tinggi dan komplikasi pada nifas			
Buang Air Besar (BAB)	-	(+)	(+)
Buang Air Kecil (BAK)	(+)	(+)	(+)
Memberi nasehat yaitu:			
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	✓	✓	✓

Lampiran 14 Catatan Kunjungan Bayi

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48jam)	Kunjungan II (hari 3-7)	Kunjungan III (hari 8-28)
	Tgl: 23/2/20	Tgl: 27/2/20	Tgl:
Berat badan(kg)	3100 gr	3000 gr	3300 gr
Panjang badan (cm)	49 cm	49 cm	49
Suhu (°C)	36,5 °C	36,5 °C	
Tanyakan ibu, bayi sakit apa?	-		
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri			
• Frekuensi napas (kali/menit)	40 x	40 x	36 x
• Frekuensi denyut jantung (kali/menit)	120 x	120 x	110 x
Memeriksa adanya diare	Tidak diare	Tidak diare	Tidak diare
Memeriksa ikterus	Tidak ikterus	Tidak ikterus	Tidak ikterus
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	-	-	-
Memeriksa status pemberian vitamin K1	✓	✓	✓
Memeriksa status imunisasi HB-O	✓	✓	✓
Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK			
- Skrining Hipotiroid Kongenital	-	-	-
- Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+			
- Konfirmasi hasil SHK			
Memeriksa keluhan lain	-	-	-
Memeriksa masalah/keluhan ibu			
Tindakan (terapi/rujukan/umpan balik)	-	-	-
Nama pemeriksa	Aglieta	Aglieta	Aglieta

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

40

Lampiran 15 Lembar Imunisasi

Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi										
HB-0 (0-7 hari)	28/20										
BCG		20/20									
*Polio											
*DPT-HB-Hib 1											
*Polio 2											
*DPT-HB-Hib 2											
Polio 3											
*DPT-HB-Hib 3											
*Polio 4											
*IPV											
Campak											

Lampiran 16 Kartu Peserta KB

K/TV/BB/BB

I. Tempat Pelayanan KB
 1. Nama _____
 2. No. Kantor _____

II. Nama Peserta KB
 1. Nama Suami/Istri _____

III. Alamat _____

IV. Nomor Sisa Kartu _____

KARTU STATUS PESERTA KB

V. Umur Peserta KB 34

VI. Pendidikan Suami dan Istri
 1. Buta Huruf 2. Buta Lahir 3. Tamat SD
 4. Tamat SMP 5. Tamat SMA 6. Tamat PT

VII. Pekerjaan Suami dan Istri
 1. Pegawai Negeri 2. Tani 3. Pegawai Swasta
 4. Tamat SMP 5. Nelayan 6. Tidak Bekerja
 7. Pekerja Lesus 8. Lain-lain _____

IX. Jumlah anak hidup: 2 0

X. Umur anak terbeli 30 hari

XI. Status peserta KB
 1. Baru pertama kali
 2. Sesudah bersalin/huguguran sebelumnya pernah pakai alat KB
 3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara
 4. Pindah tempat pelayanan, cara sama
 5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara

XII. Cara KB terakhir:
 1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom
 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB
 Petunjuk: Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka satu tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia

A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang
 2. Tekanan Darah: _____ mmHg
 3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya 2) Tidak
 4. Haid terakhir tanggal: Belum haid
 5. Berat badan: 45 kg

B. Keadaan Peserta KB saat ini:
 a. Sakit Kuning
 b. Pendarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
 c. Tumor
 - Payudara
 - Rahim
 - Indung telur
 - Tertis
 - Radang orchitis/epididimis
 d. IMS/HIV/AIDS

C. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:
 a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Ante fleksi
 b. Tanda-tanda radang
 c. Tumor/keganasan ginekologi
 8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)
 a. Tanda-tanda diabetes
 b. Kelainan pembekuan darah

D. Alat kontrasepsi yang telah digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil
 2. Konseting dengan menggunakan ABPK

XIV. Alat kontrasepsi yang diberikan: 1. IUD 2. MOW 3. Implant 4. Kondom 5. Suntikan 6. Obat Vaginal 7. PA

XV. Tanggal (dayari **) _____

XVI. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD) _____

XVII. Pemeriksa _____

XVIII. Tanggal diulas kembali _____

Boxes for 'Ya' and 'Tidak' are present throughout the form.