

Lampiran 1

JADWAL PELAKSANAAN STUDI KASUS

[illegible]

Lampiran 2



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. Srikoyo 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 Mangunkusomo 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/ 2765 /2019
Hal : Permohonan Pengantar Studi Pendahuluan

Malang 01 Agustus 2019

Kepada, Yth:

Pimpinan PMB Anik Rohanjarwati

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 :

N a m a : Della Ari Maretno
N I M : P17310173046
Program Studi : DIII Kebidanan Malang
Semester : V
Judul : *Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Continuity Of Care) di PMB Anik Rohanjarwati Ampeldento {akis Malang*

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.



ARI KUSMIYATI, SS.T., M.Keb.
NIP. 198106212004012001

Tembusan:

1. Sdr. Della Ari Maretno
2. Peringgal



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. Srikoyo 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 Mangunkusomo No. 82A Ponorogo Telp (0352) 461792
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> Email : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



Malang 24 Januari 2020

Nomor : PP.04.03/4.0/ 2020 /2020
Hal : Permohonan Pengantar Pelaksanaan Penelitian

Kepada, Yth:

Pimpinan PMB Anik Rohanjarwati, A.Md.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 Pelaksanaan Penelitian mahasiswa kami :

N a m a : Della Ari Maretno
N I M : P17310173046
Program Studi : DIII Kebidanan Malang
Semester : VI
Judul : Asuhan Kebidanan pada Ny."X" masa hamil sampai dengan masa interval di PMB Anik Rohanjarwati, A.Md.Keb.

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan

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

Tembusan:

1. Sdr. Della Ari Maretno
2. Pertinggal

Lampiran 4

Lampiran 4

PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama dan gelar : Erni Dwi Widyana, S.ST.,M,Kes
2. NIP : 198203172006042002
3. Pangkat dan Golongan : Penata/III-D
4. Jabatan : Lektor
5. Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S2
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
 - a. Rumah : Jl. Teluk Cendrawasih 1 No.22 Malang
 - b. Telepon/HP : 081559569555
 - c. Alamat kantor : Jl. Besar Ijen No. 77 Malang
 - d. Telepon kantor : (0341) 566075

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

Nama : Della Ari Maretno
NIM : P17310173046
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan pada Ny X Masa Hamil sampai dengan Masa Interval di PMB Anik Rohanjarwati, A.Md.,Keb

*) Coret yang tidak dipilih.

Malang, 12 November 2019
Pembimbing



Erni Dwi Widyana, S.ST.,M,Kes
NIP. 198203172006042002

PENJELASAN SEBELUM PENELITIAN (PSP)

1. Saya Della Ari Maretno 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 Kebdinan Continuity Of Care di PMB Anik Rohanjarwati
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
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 082257903306
8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih

Malang,2020

Peneliti



DELLA ARI MARETNO

NIM. P17310173046

Lampiran 6

PLAN OF ACTION (PoA)

No	Rencana Kunjungan	Sasaran	Rencana	Tempat
1	Kunjungan Pertama (TM III)	Ibu dengan kehamilan >36 minggu	1. Bina hubungan saling percaya 2. Melakukan pengkajian pasien (subjektif dan objektif) terutama pada keluhan atau masalah 3. Menjelaskan tentang P4K 4. Mengajari senam hamil 5. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan TM III	PMB Anik Rohanjarwati, A.Md.,Keb
2	Kunjungan Kedua (1 minggu setelah kunjungan pertama)	Ibu dengan kehamilan >36 minggu	1. Bina hubungan saling percaya 2. Mengevaluasi asuhan kunjungan I 3. Konseling tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan	Rumah pasien
3	Kunjungan Ketiga (Persalinan dan Bayi Baru Lahir)	Ibu dengan usia kehamilan aterm	Ibu 1. Pemeriksaan Tanda-Tanda Vital 2. Memastikan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan 3. Melakukan observasi mengenai kemajuan persalinan (asuhan kala I) 4. Mempersiapkan alat dan bahan persalinan 5. Melakukan pertolongan persalinan (asuhan kala II) 6. Melakukan PTT 7. Melakukan observasi kontraksi rahim, kandung kemih, keadaan umum, dan TTV (asuhan kala IV) Bayi 1. Menjaga suhu tubuh bayi 2. Inisiasi Menyusu Dini 3. Injeksi vitamin K1 dan imunisasi Hb0 4. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir	PMB Anik Rohanjarwati, A.Md.,Keb
4	Kunjungan Keempat (Kunjungan ibu nifas (KF 1))	Ibu nifas 6-8 jam post partum	1. Mencegah perdarahan masa nifas karena atonia uteri 2. Mendeteksi dan merawat penyebab lain perdarahan, rujuk bila perdarahan berlanjut 3. Memberikan konseling pada ibu dan keluarga cara mencegah terjadinya perdarahan 4. Melakukan hubungan <i>bonding attachment</i> antara ibu dan bayi	PMB Anik Rohanjarwati, A.Md.,Keb

			5. Mengajarkan cara mengurangi ketidaknyamanan 6. 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	
5	Kunjungan Kelima (Kunjungan Neonatus (KN 1))	Bayi Usia 6-48 jam	1. Pemberian ASI awal 2. Memastikan bayi sudah BAB atau BAK 3. Melihat pola asuh dikeluarga ibu 4. KIE pencegahan infeksi	Rumah pasien
6	Kunjungan Keenam (Kunjungan ibu nifas (KF 2))	Ibu nifas 3-7 hari post partum dan KN 2	1. Melakukan evaluasi hasil kunjungan KF 1 2. Memastikan involusi uterus berjalan normal (kontraksi uterus baik, fundus di bawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal) 3. Menilai adanya tanda-tanda infeksi atau perdarahan 4. Memastikan ibu mendapat cukup nutrisi, cairan dan istirahat 5. Memastikan ibu menyusui dengan benar dan memastikan tidak ada penyulit 6. Memberikan konseling pada ibu mengenai perawatan bayi sehari-hari termasuk perawatan tali pusat dan menjaga agar bayi tetap hangat	Rumah pasien
7	Kunjungan Ketujuh (Kunjungan ibu nifas (KF 3) dan KN 3)	Ibu dengan 14 hari masa nifas dan bayi usia 14 sampai 28 hari	Ibu 1. Melakukan evaluasi hasil kunjungan KF 2 2. Pemeriksaan TTV dan pengeluaran pervagina 3. Konseling penggunaan alat kontrasepsi Bayi 1. Melakukan evaluasi hasil kunjungan KN 2 2. Memberitahukan pada ibu jadwal imunisasi	PMB Anik Rohanjarwati, A.Md.,Keb
8	Kunjungan Kedelapan (Kunjungan ibu nifas (KF 4)	Ibu dengan masa nifas 28-42 hari	1. Melakukan evaluasi hasil kunjungan KF 3 2. Menanyakan pada ibu tentang penyulit atau masalah yang dialami ibu maupun bayinya 3. Membantu ibu untuk memilih alat kontrasepsi yang tepat	Rumah pasien

Lampiran 7

PERNYATAAN PERSETUJUAN (Informed Consent)

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Khudaiyah
Umur : 27 thn
Alamat : Nusantoro Rt 03 Rw 04

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 bertanggung jawab atas pilihan saya sendiri dan tidak akan menuntut di kemudian hari.

Malang, Februari 2020
Yang membuat persetujuan,


(.....)
Khudaiyah

Keterangan
*) coret yang tidak perlu

Lampiran 8

CATATAN KEGIATAN HARIAN (LOGBOOK)

Nama Mahasiswa : Della Ari Maretno

Nama Pasien : Rly K

Alamat : Plusantoro RT 03 RW 09 AmpelDento

No	Tanggal	Kegiatan	TT Pasien	TT Bidan
1.	09/02/2020	- Melakukan pengkajian dan pemeriksaan head to toe pada pasien - Menjelaskan tanda bahaya TM III - Mengajari ibu cara senam hamil. - KIE keluhan yang dirasakan		
2.	15/02/2020	- Mengevaluasi asuhan pada saat kunjungan pertama - KIE ketidaknyamanan yang dialami ibu - KIE tanda-tanda persalinan dan persiapan persalinan		
3.	16/02/2020	- Observasi persalinan pada Rly K - Membantu menolong persalinan Rly K		
4.	16/02/2020 (KF + KFI I)	6 jam pp : - Observasi kala IV - edukasi dan KIE cara perawatan bayi - KIE menyusui yang benar - KIE nutrisi, personal hygiene - Evaluasi kontraksi uterus - Pemeriksaan fisik pada bayi - menjaga ketangatan bayi - pemberian vit K, salep mata & HbO		
5.	22/02/2020 KF II	- Mengevaluasi asuhan pada kunjungan sebelumnya - Mengajari ibu cara melakukan senam nifas - Memastikan nutrisi, istirahat ibu tercukupi		
6.	22/02/2020	- Mengevaluasi asuhan pada kunjungan sebelumnya - Memastikan bayi menyusui dengan benar - Menilai bayi (warna kulit kuning atau tidak) - Bayi sudah imunisasi BCG pada tgl 19-02-2020		
7.	02/03/2020	- Mengevaluasi hasil asuhan sebelumnya - KIE ibu untuk mengemur bayi setiap pagi - konseling penggunaan KB - Menanyakan masalah yang dialami selama masa nifas		

8.	21/03 (VIA WA)	- Mengevaluasi kunjungan sebelumnya - Menanyakan keluhan yang dialami Nyk - Mengingatkan ibu untuk tetap berada di rumah selama pandemi covid-19		
9.	21/03 (VIA WA)	- Membantu ibu untuk menentukan KB apa yang cocok untuk ibu - Menjelaskan pada ibu macam-macam KB dan efek samping		
		- Ibu memiliki KB suntik 3 bulan karena sudah cocok - Ibu sudah ber-KB pada tanggal 21-03-2020 - Menganjurkan Ibu untuk tidak keluar rumah selama pandemi covid-19.		

PMB

(Anik Rohanjarwati.,A.Md.Keb)

FORMAT PENGKAJIAN PADA IBU HAMIL

Tanggal Pengkajian :

Tempat :

Oleh :

I. PENGKAJIAN

A. Data Subjektif

1. Identitas

Nama Ibu :	Nama Suami :
Umur :	Umur :
Suku/bangsa :	Suku/bangsa :
Agama :	Agama :
Pendidikan :	Pendidikan :
Pekerjaan :	Pekerjaan :
Alamat :	Alamat :
No Telp :	No Telp :

2. Alasan Datang :

3. Keluhan Utama :

4. Riwayat Menstruasi

Menarche :	Lamanya :
Siklus :	HPHT :
Banyaknya :	HPL :
Disminore :	

5. Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Dulu :

b. Riwayat Kesehatan Sekarang :

c. Riwayat Kesehatan Keluarga :

6. Riwayat Perkawinan

Usia Pertama Menikah :

Lama Menikah :

Pernikahan Ke :

7. Riwayat kehamilan, persalinan dan nifas yang lalu

Kehamilan ke	Tahun	Usia kehamilan	Persalinan			Penyulit	Anak			
			Tahun	Penolong	Jenis		BB	TB	JK	Keadaan

8. Riwayat kehamilan ini

a. Trimester I :

b. Trimester II :

c. Trimester III :

9. Imunisasi TT :

Imunisasi	Waktu
TT ₁	
TT ₂	
TT ₃	
TT ₄	
TT ₅	

10. Riwayat Keluarga Berencana :

11. Pola Kebiasaan Sehari-hari

Pola Kebiasaan	
Pola Makan Frekuensi Jenis Porsi	
Pola eliminasi BAK BAB	
Pola Istirahat Tidur siang Tidur malam	
Pola Aktivitas	
Pola Seksual	

12. Riwayat Psikologi, Sosial dan Budaya :\

B. Data Objektif

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum :

Kesadaran:

Tekanan darah : mmHg

Denyut nadi : x/menit

Pernafasan : x/menit

Suhu : °C

Tinggi badan : cm

Berat badan sebelum hamil: Kg

Berat badan saat ini : Kg

IMT :

LILA :

2. Pemeriksaan Fisik

a. Inspeksi

Muka : Oedema: ☐ ada ☐ tidak ada
Cloasma gravidarum : ☐ ada ☐ tidak ada

Mata : Konjungtiva :
Sclera :

Hidung : Polip : ☐ ada ☐ tidak ada
Sekret : ☐ ada ☐ tidak ada
Sinusitis : ☐ ada ☐ tidak ada
Kelainan :

Mulut&gigi : Bibir : ☐ pucat ☐ tidak
Bibir : ☐ lembab ☐ kering
Stomatitis : ☐ ada ☐ tidak ada
Caries gigi : ☐ ada ☐ tidak ada
Kelainan :

Telinga : Letak : ☐ simetris ☐ tidak
Serumen : ☐ ada ☐ tidak ada
Kelainan :

Dada : Simetris : ☐ Ya ☐ tidak

Abdomen : Bekas luka : ☐ ada ☐ tidak ada Striae
: ☐ ada, sebutkan.....☐ tidak ada

Genetalia : Varices : ☐ ada ☐ tidak ada
Bekas Luka : ☐ ada ☐ tidak ada
Lain - lain :

Anus : Hemoroid : ☐ ada ☐ tidak ada

b. Palpasi

Leher : Pembesaran Kelenjar Tiroid: ☐ ada ☐ tidak ada
Pembesaran Kelenjar Limfe: ☐ ada ☐ tidak ada
Bendungan Vena Jugularis : ☐ ada ☐ tidak ada

Payudara : Puting : ☐ menonjol ☐ tidak
Benjolan : ☐ ada ☐ tidak ada
Areola : ☐ hiperpigmentasi ☐ tidak ada

Kolostrum : ☐ ada ☐ tidak ada
Kelainan :
Abdomen : Leopold I : TFU : cm

Leopold II :

Leopold III :

Leopold IV :

TBJ : (-11) x 155 = Gram
Ekstremitas : Oedema tangan dan jari: ☐ ada ☐ tidak ada
Oedema tibia, kaki : ☐ ada ☐ tidak ada
Varises tungkai : ☐ ada ☐ tidak ada

c. Auskultasi

DJJ :

Frekuensi :

d. Perkusi

Reflek patella:

3. Pemeriksaan Laboratorium Tanggal :

Haemoglobin : gr%

Golongan darah :

Protein Urine :

Glukosa :

II. Identifikasi Masalah

Dx :

Ds :

Do :

III. Merumuskan Masalah Potensial

IV. Mengidentifikasi Kebutuhan Segera

V. Intervensi

Dx :

Tujuan :

Kriteria Hasil :

Intervensi:

1.

R/

2.

R/

3.

R/

4.

R/

5.

R/

VI. Implementasi

1.

R/

2.

R/

3.

R/

4.

R/

5.

R/

VII. Evaluasi

S :

O :

A :

P :

FORMAT PENGKAJIAN IBU BERSALIN

Tgl.masuk :

Tgl & jam pengkajian :

Nama pengkaji:

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan utama

2. Pola Kebiasaan sehari

a. Pola Nutrisi

Makan Terakhir : Tanggal : Pukul : WIB

Jenis :

Porsi :

Keluhan :

Makan Terakhir : Tanggal : Pukul : WIB

Jenis :

Porsi :

Keluhan :

b. Pola Eliminasi

BAB Terakhir : Tanggal : Pukul : WIB

BAK Terakhir : Tanggal : Pukul : WIB

Keluhan :

c. Pola Istirahat

Malam :

Siang :

Keluhan :

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Kesadaran :

Keadaan Umum :

Tekanan Darah: mmHg

Nadi : x/menit

Suhu : x/menit

Pernafasan : x/menit

2. Pemeriksaan Fisik

Muka : Oedema: ☐ ada ☐ tidak ada
Cloasma gravidarum : ☐ ada ☐ tidak ada

Mata : Konjungtiva :
Sclera :

Mulut&gigi : Bibir : ☐ pucat ☐ tidak
Bibir : ☐ lembab ☐ kering
Stomatitis : ☐ ada ☐ tidak ada
Caries gigi : ☐ ada ☐ tidak ada
Kelainan :

Leher : Pembesaran Kelenjar Tiroid: ☐ ada ☐ tidak ada
Pembesaran Kelenjar Limfe : ☐ ada ☐ tidak ada
Bendungan Vena Jugularis : ☐ ada ☐ tidak ada

Dada : Simetris : ☐ Ya ☐ tidak
Puting : ☐ menonjol ☐ tidak
Benjolan : ☐ ada ☐ tidak ada

Striae : ☐ ada, sebutkan.....☐ tidak ada
 Areola : ☐ hiperpigmentasi ☐ tidak ada
 Kolostrum : ☐ ada ☐ tidak ada
 Kelainan :
 Abdomen : Bekas luka : ☐ ada ☐ tidak ada
 Leopold I : TFU : cm
 Leopold II :
 Leopold III :
 Leopold IV :
 TBJ : (-11) x 155 = Gram
 Kontraksi :
 Genetalia : Varices: ☐ ada ☐ tidak ada
 Bekas Luka : ☐ ada ☐ tidak ada
 Lain - lain :
 Anus : Hemoroid : ☐ ada ☐ tidak ada
 Ekstremitas : Oedema tangan dan jari: ☐ ada ☐ tidak ada
 Oedema tibia, kaki : ☐ ada ☐ tidak ada
 Variseses tungkai : ☐ ada ☐ tidak ada

3. Pemeriksaan dalam

Tanggal :
 Pukul :
 Vulva / vagina :
 Pembukaan : cm
 Efficement : %

Ketuban :

Bagian Terdahulu :

Bagian Terendah :

Bagian kecil atau berdenyut disekitar bagian terdahulu : ☐ ada ☐ tidak ada

Hodge :

Molage :

C. ANALISA

D. PENATALAKSANAAN

FORMAT PENGKAJIAN BAYI BARU LAHIR

Tanggal Pengkajian :

Pukul :

Nama Pengkaji :

A. DATA SUBJEKTIF

Tanggal lahir :

Pukul :

Jenis Kelamin :

Kondisi bayi saat lahir :

☐ Segera Menangis

☐ Warna Kemerahan

☐ Gerak Aktif

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Kesadaran :

Keadaan Umum :

Pernapasan : x/menit

Suhu : °C

2. Pemeriksaan antropometri

Berat badan : gram

Panjang badan : cm

Lingkar kepala : cm

Lingkar dada : cm

LILA : cm

3. Pemeriksaan fisik

Kepala : Caput succedaneum : ☐ ada ☐ tidak ada

Cephal hematoma : ☐ ada ☐ tidak ada

Kelainan :

Muka : Warna : ☐ kemerahan ☐ tidak ada

Mata : Ikterus : ☐ Ya ☐ tidak ada
 Perdarahan Sub Konjungtiva : ☐ ada ☐ tidak ada

Kelainan :

Hidung : Letak : ☐ simetris ☐ tidak
 Cuping hidung : ☐ ada ☐ tidak ada
 Sekret : ☐ ada ☐ tidak ada

Kelainan :

Mulut : Kelainan :

Telinga : Letak : ☐ simetris ☐ tidak
 Serumen : ☐ ada ☐ tidak ada

Kelainan :

Dada : Simetris : ☐ Ya ☐ tidak
 Retraksi dada : ☐ ada ☐ tidak ada

Kelainan :

Abdomen : Simetris : ☐ Ya ☐ tidak

Kelainan :

Genetalia :

Anus : Atresia ani : ☐ Ya ☐ tidak

Ekstremitas : Sindaktili : ☐ Ya ☐ tidak
 Polidaktili : ☐ Ya ☐ tidak

Kelainan :

3. Pemeriksaan neurologis

- a. Refleks moro/terkejut : ☐ ada ☐ lemah ☐ tidak
- b. Refleks genggam (*palmar grasp*) : ☐ ada ☐ lemah ☐ tidak
- c. Refleks mencari (*rooting*) : ☐ ada ☐ lemah ☐ tidak
- d. Refleks isap (*sucking*) : ☐ ada ☐ lemah ☐ tidak
- e. Refleks glabellar : ☐ ada ☐ lemah ☐ tidak
- f. Refleks Babinski : ☐ ada ☐ lemah ☐ tidak
- g. Refleks tonik leher (*fencing*) : ☐ ada ☐ lemah ☐ tidak

C. ANALISA

D. PENATALAKSANAAN

FORMAT PENGKAJIAN PADA IBU NIFAS

Tanggal :
Jam :
Tempat :
Oleh :

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan Utama:
2. Pola Kebiasaan Sehari-hari :
 - Pola Makan :
 - Frekuensi
 - Jenis
 - Porsi
 - Pola eliminasi :
 - BAK
 - BAB
 - Pola Istirahat :
 - Tidur siang
 - Tidur malam
 - Pola Aktivitas :
 - Personal Hygiene :
 - Pola Seksual :
3. Data Psikososial :
(Fase taking in, taking hold, letting go)

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum
 - Keadaan umum :
 - Kesadaran :
 - Tekanan darah : mmHg
 - Nadi : x/menit
 - Suhu tubuh : °C
 - Pernafasan : x/menit
2. Pemeriksaan Fisik

Muka	:	Pucat : ☐ Ya ☐ tidak
		Oedema: ☐ ada ☐ tidak ada

Mata	:	Konjungtiva : Sclera :
Leher	:	Pembesaran Kelenjar Tiroid: ☐ ada ☐ tidak ada Pembesaran Kelenjar Limfe: ☐ ada ☐ tidak ada Bendungan Vena Jugularis : ☐ ada ☐ tidak ada
Payudara		Puting : ☐ menonjol ☐ tidak Benjolan : ☐ ada ☐ tidak ada Areola : ☐ hiperpigmentasi ☐ tidak ada ASI : ☐ ada ☐ tidak ada Kelainan :
Abdomen		Kontraksi : TFU : Diastasis Abdominalis :
Genetalia		Pengeluaran lochea Warna : Bau : Jumlah : cc Konsistensi : Perineum : Keadaan jahitan :
Ekstremitas		Oedema tangan dan jari : ☐ ada ☐ tidak ada Oedema tibia, kaki : ☐ ada ☐ tidak ada Varises tungkai : ☐ ada ☐ tidak ada Refleks patella :

C. ANALISA

D. PENATALAKSANAAN

FORMAT PENGKAJIAN ASUHAN KEBIDANAN PADA NEONATUS

Digunakan Pada Kunjungan 1)

No. Register :
 Tgl & jam pengkajian :
 Nama pengkaji:

A.DATA SUBJEKTIF

1) Biodata

a. Biodata Bayi

Nama :
 Umur :
 Tanggal lahir :
 Jenis Kelamin :
 Anak ke- :
 Alamat :

b. Biodata Orang tua

	Ibu	Suami
Nama	:	:
Umur	:	:
Suku/bangsa	:	:
Pendidikan	:	:
Pekerjaan	:	:
Alamat	:	:
No. Telepon/HP:	:	:

2) Keluhan Utama

.....

3) Riwayat Natal & Postnatal

Riwayat Natal

Tempat lahir :
 Ditolong oleh :
 Jenis Persalinan :
 Lama Persalinan :
 Komplikasi Persalinan :
 Lahir tanggal/pukul :
 Berat badan lahir :
 Panjang badan lahir :

Riwayat Postnatal

Keadaan tali pusat :
 Injeksi Vit K :
 Salep mata :
 Inisiasi Menyusui Dini :
 Pemberian ASI : Ya/Tidak

3) Riwayat Psikososial

.....

4) Pola Kebiasaan Sehari-hari

- a) Pola Nutrisi :
- b) Pola Eliminasi :
- c) Pola Istirahat :
- d) Pola Aktivitas :

B. DATA OBJEKTIF

1) Pemeriksaan Umum

- a) Keadaan umum :
- b) Kesadaran :

2) Pemeriksaan Khusus :

a) Tanda-Tanda Vital :

- 1. Suhu : °C
- 2. Nadi : kali/menit
- 3. Pernafasan : kali/menit
 - ☐ Teratur ☐ ronkhi ☐ apnea
 - ☐ Tidak teratur ☐ cuping hidung ☐ wheezing
 - ☐ Lain-lain,
Jelaskan.....

- 4. Denyut jantung:.....

b) Pemeriksaan Fisik

a. Kepala

- ☐ Cephal Hematom ☐ Caput sussedanum
- ☐ Microsephal ☐ Macrocephal
- ☐ Lain-lain,
Jelaskan.....

b. Muka

- ☐ Kemerahan ☐ Pucat ☐ Asimetris
- ☐ Simetris

c. Mulut

- ☐ Kering/basah ☐ sianosis ☐ labioskihiziz
- ☐ Palatoskizhis
- ☐ Lain-lain,
Jelaskan.....

d. Hidung

- ☐ Pernafasan Cuping Hidung ☐ Sekret Mukopurulen
- ☐ Pernafasan Mulut ☐ Tidak Ada Sekret

e. Leher

☐ Normal ☐ Tidak ada selaput ☐ Ada selaput
☐ Pergerakan bebas

f. Dada

☐ Simetris ☐ Asimetris ☐ Retraksi dada
☐ Lain-lain,
Jelaskan.....

g. Abdomen

☐ Datar ☐ Cekung ☐ Cembung
Bising Usus : ☐ Positif ☐ Negatif
☐ Meningkat ☐ Menurun
Tali Pusat : Perdarahan : ☐ Ya ☐ Tidak
Lain-lain,
Jelaskan.....

h. Ekstermitas : ☐ Normal Pol ☐ Aktili Si ☐ Aktili

i. Kulit

☐ Kemerahan ☐ Biru ☐ Pucat
☐ Kuning
☐ Lain-
lain,jelaskan.....
.....
Turgor : ☐ Baik ☐ Menurun ☐ Jelek

j. Neurologis

☐ Reflek moro ☐ Reflek Rooting ☐ Reflek
Glabela
☐ Reflek Gland ☐ Reflek Plantar ☐
Reflek Menghisap
☐ Reflek Babinski

k. Genetalia

Laki-Laki : ☐ Testis sudah turun ☐ Epispasdia
H ☐ spasdia

Perempuan : Labia mayora menutupi labia minora

l. Anus

BAB dalam 24 jam : ☐ Sudah ☐ Belum

c) Pemeriksaan Antropometri

1. Berat Badan :
2. Panjang Badan :

3. Lingkar dada :
4. Lingkar kepala :
5. Lingkar lengan atas :

C. ANALISA

Dx: :.....
Ds :.....
.Do :.....

D. PENATALAKSANAAN

.....
.....
.....
.....
.....
.....

FORMAT PENGKAJIAN PADA AKSEPTOR KB

Tanggal pengkajian :

Jam :

Tempat :

Oleh :

A. DATA SUBJEKTIF

1. Keluhan utama :

2. Riwayat Kesehatan sekarang :

3. Riwayat Menstruasi

Menarche : Dismenorrhea :

Siklus : Fluor Albus :

Lama : Keluhan :

4. Riwayat Obstetri

Kehamilan ke	Tahun	Usia kehamilan	Persalinan			Penyulit	Anak			
			Tahun	Penolong	Jenis		BB	TB	JK	Keadaan

5. Riwayat Kb

Jenis KB : kapan berhenti :

Lama : Alasan berhenti :

Mulai KB :

B. DATA OBJEKTIF

1. Pemeriksaan Umum

Keadaan umum :

Kesadaran :

Tekanan darah : mmHg
 Nadi : x/menit
 Pernafasan : x/menit
 Suhu : °C
 Berat badan : Kg
 Tinggi badan : cm

2. Pemeriksaan Fisik

Muka	:	Pucat : ☐ Ya ☐ tidak Oedema: ☐ ada ☐ tidak ada
Mata	:	Konjungtiva : Sclera :
Leher	:	Pembesaran Kelenjar Tiroid: ☐ ada ☐ tidak ada Pembesaran Kelenjar Limfe: ☐ ada ☐ tidak ada Bendungan Vena Jugularis : ☐ ada ☐ tidak ada
Payudara	:	Puting : ☐ menonjol ☐ tidak Benjolan : ☐ ada ☐ tidak ada ASI : ☐ ada ☐ tidak ada Kelainan :
Abdomen	:	Bekas Luka : ☐ ada ☐ tidak ada Pembesaran Uterus : ☐ ada ☐ tidak ada
Genetalia	:	Varices: ☐ ada ☐ tidak ada Bekas Luka : ☐ ada ☐ tidak ada Lain - lain :
Ekstremitas	:	Oedema tangan dan jari: ☐ ada ☐ tidak ada Oedema tibia, kaki : ☐ ada ☐ tidak ada Varises tungkai : ☐ ada ☐ tidak ada

3. Pemeriksaan Penunjang

Plano test : Lain-lain, jelaskan :
 Pemeriksaan Hb :

C. ANALISA

D. PENATALAKSANAAN

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

Nama : **ly K** Umur Ibu : **27** Th.
 Hamil ke : **1** Haid Terakhir tgl : **19-05-19** Perkiraan Persalinan tgl : **26** bl **02**
 Pendidikan : Ibu **SMA** Suami **SMA**
 Pekerjaan : Ibu **IRT** Suami **Tukang Bangunan**

KEL. F.R.	No.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	IV
		Skor Awal Ibu Hamil	2	2			
I	1	Terlalu muda, hamil I < 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 :					
II		a. Tarikan tang / vakum	4				
		b. Uri drogoh	4				
		c. Diberi infus/transfusi	4				
	10	Pernah Operasi Sesar	8				
	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				
III	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	Lebak Sungsang	8				
	18	Lebak Lindang	8				
	19	Pendarahan dalam kehamilan (n)	8				
	20	Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
	JUMLAH SKOR		2				

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO					
JML. SKOR	KEL. RISKI	PERA. WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEND. LONGS	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	KBR	BIDAN	TIDAK DIJUKUK	RUJUKAN	PULINDS	BIDAN		
6 - 10	KRT	BIDAN	BIDAN PKM	PULINDS	PKM RS	BIDAN		
> 12	KRS	DOKTER	RUJUKAN	RUJUKAN	DOKTER			

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

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'
PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : / /

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

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

Gawat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko I & II

1. 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Gawat Darurat Obstetrik :

Kel. Faktor Risiko III

1. Pendarahan antepartum

2. Eklampsia

3. Pendarahan postpartum

4. Uri Tertinggal

5. Persalinan Lama

6. Panas Tinggi

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan

PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-2

MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab

a. Pendarahan b. Preeklampsia/Eklampsia

c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2

BAYI : 1. Berat lahir gram Laki-2/Perempuan

2. Lahir hidup Appar Skor

3. Lahir mati penyebab

4. Mati kemudian umur hr, penyebab

5. Kelamin bawahan tidak ada / ada

TEMPAT KEMATIAN IBU : 1. Rumah ibu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan

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 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak

Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 19 - 05 - 2019
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal : 26 - 02 - 2020
 Lingkar Lengan Atas: 30 cm; KEK (), Non KEK (☒) Tinggi Badan: 152 cm
 Golongan Darah: B
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: KB suntik 3 bulanan
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: DM ☐ jantung ☐ asma ☐ HT ☐
 Riwayat Alergi: Makanan ☐ obat-obatan ☐

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin/ Menit
6/8/19	Mual	110/80	81	11-12	Blm	-	-
9/9/19	pusing	130/90	82	16-17	3 jari ↓ pusat	balt	-
9/10/19	Kadang mual	120/90	82	20-21	2 jari ↓ pusat	kep	154/mnt
18/10/19	t.a.a.	110/70	85	26-27	22 cm	kep	(+)
12/12/19	Batuk 1 mngg	110/80	86	29-30	26 cm	kep	(+)
12/01/20	t.a.a.	120/80	88	33-34	31 cm	kep	146x/menit
09/02/20	Salut punggung sering Bau	110/80	88	37-38	34 cm	kep	146x/menit

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke ...II... Jumlah persalinan ...I... Jumlah keguguran ...0... G ...II... P ...100! A ...000
 Jumlah anak hidup ...I... Jumlah lahir mati ...-...
 Jumlah anak lahir kurang bulan ...-... anak ...I & ...3 thn, ...3.200 gram
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir ...II : hamil ini
 Status imunisasi TT terakhir ...T5... [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir ...Bidan...
 Cara persalinan terakhir** : ☒ Spontan/Normal ☐ Tindakan

** Beri tanda (✓) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkok	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
⊖/+	HCG ⊕ Procek Lab	P6 Etabion	Minum susu bunil.	PMB Anik R	6/9 19
⊖/+	tgl 20-8-2019 jam 06-08 pagi	Etabion Rufadol	Istirahat	PMB Anik R	9/10 19
⊖/+	Hb 12 Hbs 15 Gada 8 HIV/AIDS: RR	Etabion Procalc	TETP	PMB Anik R	9/11 19
⊖/+		Etabion calc.	Kurangi manis	PMB Anik R	18/12 19
⊖/+		Amox, 60, Etabion	Banyak minum air hangat	PMB Anik R	12/01 20
⊖/+		Etabion calc	Jalan 3 pagi	PMB Anik R	12/02 20
⊖/+		Etabion calc	mandi, Etasol, antipiret, jalan 3 rmpn	PMB Anik R	16/02 20
-/+				-	
-/+					
-/+					
-/+					

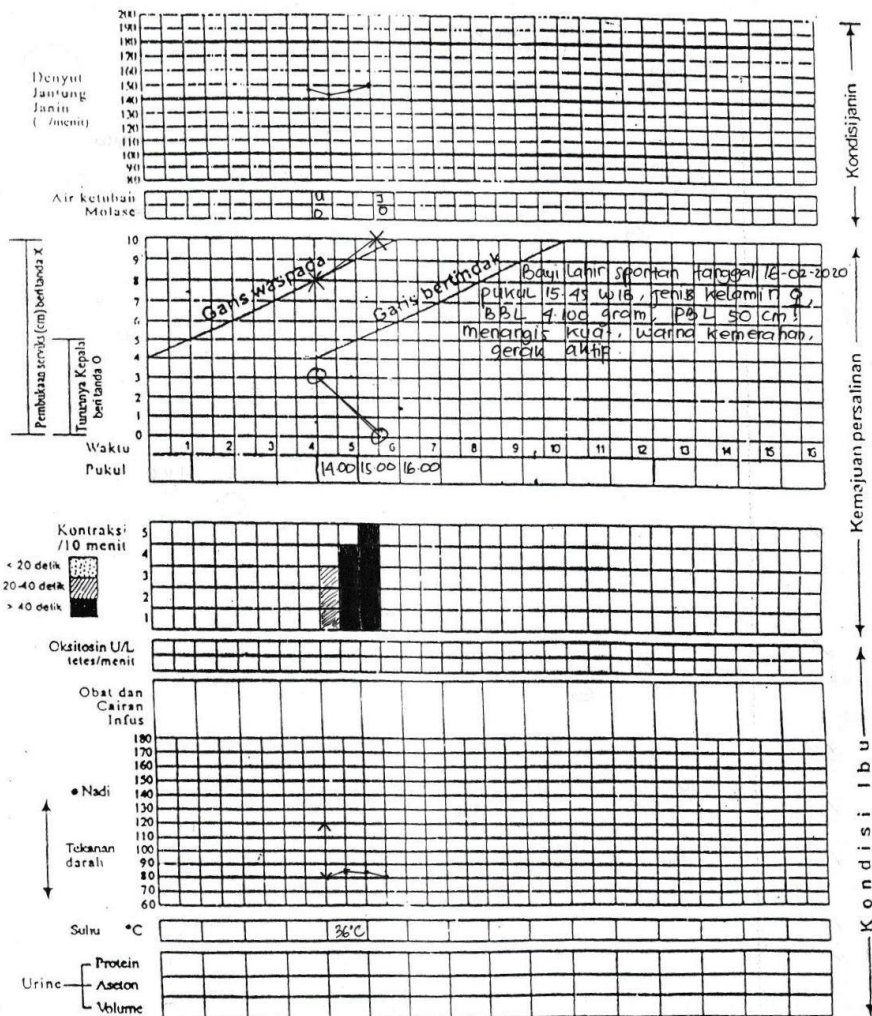
Lampiran 16

**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 menumbung		√
18	Syok		√
19	Bumil TKI		√
20	Suami pelayaran		√
21	Suami atau istri bertato		√
22	HIV / AIDS		√
23	PMS		√
24	Anak Mahal		√

PARTOGRAF

Fasilitas Kesehatan PMB Anik R
 Nama: Ny R Umur: 27th Gravidita: 1 Alamah: Ampelento
 Tanggal: 16-02-2020 Waktu saat masuk: 14.00 Para: 1 Abortus: 0 No. Registrasi: -
 Mulai mulas: - Ketuban pecah: -



Makan terakhir: 1 porsi piring nasi beserta lauknya tgl 16-02-2020
 Pukul 12.15 WIB
 Minum terakhir: selangoh botol aqua 600 mL tgl 16-02-2020
 Pukul 15.40 WIB.

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 16-02-2020
- Nama bidan: Anik Rohanjarwati
- Tempat persalinan:
 - ☐ Rumah Ibu
 - ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes
 - ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta
 - ☒ Lainnya: PMB
- Alamat Tempat persalinan: Ampel deno
- Alasan merujuk: rujuk kala III
- Tempat rujukan:
 - ☐ Bidan
 - ☐ Suami
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Teman
 - ☐ Dukun
 - ☐ Tidak ada
- Pendamping pada saat merujuk:
 - ☐ Bidan
 - ☐ Suami
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Teman
 - ☐ Dukun
 - ☐ Tidak ada

KALA I

- Pergerakan melawati garis waspada: ☒ Ya
- Masalah lain, sebutkan:
 - ☐ Tidak ada
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
 - ☐ Tidak ada
- Hasilnya:
 - ☐ Tidak ada

KALA II

- Episiotomi:
 - ☐ Ya, indikasi
 - ☒ Tidak
- Pendamping pada saat persalinan:
 - ☒ Suami
 - ☐ Teman
 - ☐ Keluarga
 - ☐ Dukun
 - ☐ Tidak ada
- Gawat janin:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☒ Tidak
- Dislokasi bahu:
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☒ Tidak
- Masalah lain, sebutkan:
 - ☐ Tidak ada
- Penatalaksanaan masalah tersebut:
 - ☐ Tidak ada

KALA III

- Inisiasi menyusui dini:
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak alasannya:
 - a.
 - b.
 - c.
- Lama kala III: 10 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U IM?
 - ☒ Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan:
 - a.
 - b.
 - c.
- Penjepitan dan pemotongan tali pusat?
 - ☒ Ya, waktu: 1 menit
 - ☐ Tidak, alasan:
 - a.
 - b.
 - c.
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - ☒ Ya, alasan:
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☐ Tidak
- Pengendalian tali pusat terkendali?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan:
 - a.
 - b.
 - c.

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi fundus uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Pendarahan
1	16.00	100/80	84	36,3	2 jam ↑ pusat	baik	Kosong	10 cc
	16.15	100/80	84		2 jam ↓ pusat	baik	Kosong	5 cc
	16.30	100/80	83		2 jam ↓ pusat	baik	Kosong	5 cc
	16.45	110/80	82		2 jam ↓ pusat	baik	Kosong	10 cc
2	17.15	110/80	84	36,6	2 jam ↓ pusat	baik	Kosong	10 cc
	17.45	110/80	84		2 jam ↓ pusat	baik	Kosong	10 cc

Masalah Kala IV:

- Penatalaksanaan masalah tersebut:
 - ☐ Tidak ada
- Hasilnya:
 - ☐ Tidak ada

25. Menase fundus uteri

- ☒ Ya
- ☐ Tidak alasan:
 - a.
 - b.
 - c.

26. Plasenta lahir lengkap (Intact) Ya Tidak

- ☐ Jika tidak lengkap tindakan yang dilakukan:
 - a.
 - b.
 - c.

27. Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya Tidak

- ☐ Ya, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.

28. Laserasi: Ya, dimana mukosa vagina

- ☒ Ya, dimana mukosa vagina
- ☐ Tidak

29. Jika laserasi perineum, derajat 1 2 3 4

- ☐ Tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.

30. Atonia uteri

- ☐ Ya, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.

31. Jumlah pendarahan 150 ml

- ☐ Tidak

32. Masalah lain, sebutkan

- ☐ Tidak ada

33. Penatalaksanaan masalah tersebut

- ☐ Tidak ada

34. Hasilnya

- ☐ Tidak ada

BAYI BARU LAHIR

- ☐ Tidak ada

35. Berat badan 4.100 gram

- ☐ Tidak

36. Panjang 51 cm

- ☐ Tidak

37. Jenis kelamin L P

- ☐ Tidak

38. Penilaian bayi baru lahir baik ada penyulit

- ☐ Tidak

39. Bayi lahir dengan A/S

- ☐ Tidak

40. Normal, tindakan:

- ☒ Meringankan
- ☒ Menghangatkan
- ☒ Rangsang laktil
- ☒ Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
- ☐ Asfiksia ringan / pucat / biru / lemas / tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.
- ☐ Meringankan
- ☐ Menghangatkan
- ☐ Rangsang laktil
- ☐ Bungkus bayi dan tempatkan disisi ibu
- ☐ Cacat bawaan, sebutkan:
 - a.
 - b.
 - c.
- ☐ Hipotermia, tindakan:
 - a.
 - b.
 - c.

40. Pemberian ASI

- ☒ Ya, waktu: 1 jam setelah bayi lahir
- ☐ Tidak, alasan:
 - a.
 - b.
 - c.

41. Masalah lain, sebutkan

- ☐ Tidak ada

42. Pemberian vit. A 200.000 IU pada ibu

- ☒ 1 jam setelah melahirkan
- ☐ 24 jam setelah pemberian pertama

43. Pada bayi

- ☐ Inj. Vit K: 1 jam setelah lahir
- ☐ zalf mata: 1 jam setelah lahir
- ☐ Hb. unjcek: 2 jam setelah lahir

CATATAN KESEHATAN IBU BERSALIN IBU NIFAS DAN BAYI BARU LAHIR

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 16-02-2020 Pukul : 15.45 WIB
 Umur kehamilan : 39-40 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 : II (DUA)
 Berat Lahir : 4.100 gram
 Panjang Badan : 50 cm
 Lingkar Kepala : 36 cm
 Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan*

Kondisi bayi saat lahir**:

☒ Segera menangis ☐ Anggota gerak kebiruan
☐ Menangis beberapa saat ☐ Seluruh tubuh biru
☐ Tidak menangis ☐ Kelainan bawaan
☐ Seluruh tubuh kemerahan ☐ 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

BAYI BARU LAHIR/NEONATUS (0-28 HARI)

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR (Diisi oleh Dokter/Bidan/Perawat)

PELAYANAN ESSENSIAL PADA BAYI BARU LAHIR:

- | | |
|--|-------------------------------------|
| 1. Jaga bayi tetap hangat | ☒ |
| 2. Bersihkan jalan napas (bila perlu) | ☒ |
| 3. Keringkan dan jaga bayi tetap hangat | ☒ |
| 4. Potong dan ikat tali pusar tanpa membubuhi apapun, kira-kira 2 menit setelah lahir. | ☒ |
| 5. Inisiasi Menyusu Dini | ☒ |
| 6. Salep mata antibiotika tetrasiklin 1% pada kedua mata. | ☒ |
| 7. Suntikan vitamin K1 1 mg intramuskular, di paha kiri anterolateral | ☒ |
| 8. Imunisasi Hepatitis B0 0,5ml intramuskular, di paha kanan anteroleteral, diberikan kira-kira 1-2 jam setelah pemberian vitamin K1 | ☒ |
| 9. Pemberian Identitas | ☒ |
| 10. Anamnesis dan Pemeriksaan Fisik | ☒ |
| 11. Pemulangan Bayi Lahir Normal, Konseling, dan Kunjungan Ulang | ☒ |
| 12. Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK | |
| - Skrining Hipotiroid Kongenital | ☐ |
| - Hasil test Skrining Hipotiroid Kongenital (SHK) -/+ | ☐ |
| - Konfirmasi hasil SHK | ☐ |

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: 16/02/2020	Tgl: 22/02/2020	Tgl: -
Kondisi ibu secara umum	Baik	Baik	
Tekanan darah, suhu tubuh, respirasi, nadi	110/80, 36,5°C, 84, 2	110/90, 36,1, 82, 20	
Perdarahan pervaginam	-	-	
Kondisi perineum	luka jahitan desrotol I ⊕	luka jahitan ⊕	
Tanda infeksi	-	-	
Kontraksi uteri	baik	baik	
Tinggi Fundus Uteri	2 jari ↓ pusat	perut terapan pusat dan Px	
Lokhia	rubra	sanguinolenta	
Pemeriksaan jalan lahir	✓	✓	
Pemeriksaan payudara	✓	✓	
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	✓	✓	

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: 16-02-2020	Tgl: 22-02-2020	Tgl: 02-03-2020
Berat badan (gram)	4.100 gram	4.100 gram	4.200 gram
Panjang badan (cm)	50 cm	50 cm	51 cm
Suhu (°C)	36,9 °C	36,9 °C	36,6 °C
Frekuensi nafas (x/menit)	48 ^x /menit	54 ^x /menit	56 ^x /menit
Frekuensi denyut jantung (x/menit)	136 ^x /menit	128 ^x /menit	122 ^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			

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

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB : **PMB ANIK R**
 1. Nama : **ny K**
 2. No. Kode : _____

II. Nomor Seri Kartu :

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB : **ny K**
 V. 1. Nama Suami/Istri : **tn M**

III. Umur Peserta KB : **27**
 VI. Pendidikan Suami dan Istri :
 1. Buta Huruf 4. Tamat SMP 5. Tamat SMA 6. Tamat PT
 2. Buta Latin 5. Tamat SMA 6. Tamat PT
 3. Tamat SD 6. Tamat PT

VII. Alamat : **Musamoro 03/04 Ampeldemo**

VIII. Pekerjaan Suami dan Istri :
 1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas
 2. TNI/Polri 5. Pelayan 8. Lain-lain
 3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja

IX. Jumlah anak hidup :

X. Umur anak terkecil : **03**

XI. Status peserta KB : **2**
 1. Baru pertama kali
 2. Sesudah bersalin/keguguran 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 : **6**
 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 minalisnya ditulis dengan angka atau 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:

5. Berat badan: **62** kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini:
 a. Sakit Kuning ☐ Ya ☒ Tidak
 b. Pendarahan pervaginasi yang tidak diketahui penyebabnya ☐ Ya ☒ Tidak
 c. Tumor:
 - Payudara ☐ Ya ☒ Tidak
 - Rahim ☐ Ya ☒ Tidak
 - Indung Telur ☐ Ya ☒ Tidak
 - Testis ☐ Ya ☒ Tidak
 - Radang orchitis/epididimis ☐ Ya ☒ Tidak
 d. IMS/HIV/AIDS ☐ Ya ☒ Tidak

7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:
 a. Posisi Rahim: 1. Retrofleks 2. Anteversi ☐

b. Tanda-tanda radang ☐ Ya ☒ Tidak
 c. Tumor/keganasan ginekologi ☐ Ya ☒ Tidak

8. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon MOP dan MOW):
 a. Tanda-tanda diabetes ☐ Ya ☒ Tidak
 b. Kelainan pembekuan darah ☐ Ya ☒ Tidak

B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil
 2. Konsepsi dengan menggunakan ABPK: **6** ☐ ☐

XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan: **6**
 1. IUD 4. Kondom 7. Pil
 2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal
 3. MOP 6. Suntikan

XV. Tanggal dilayani **:

XVI. Tanggal dipesan kembali:

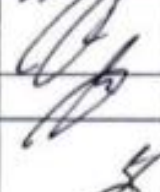
XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD):

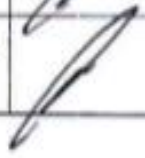
XVIII. Pemeriksa: _____

Keterangan:
 *) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan
 **) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

**LEMBAR KONSULTASI
LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama : Della Ari Maretno
Nim : P17310173046
Prodi : D III Kebidanan Malang
Dosen Pembimbing : Erni Dwi Widyana, S.ST., M.Kes

BIMBINGAN KE	TANGGAL	SARAN	TTD
I	25 Juli 2019	- Menentukan PMB yang digunakan untuk Studi Pendahuluan - Segera melakukan Studi Pendahuluan	
II	6 Agustus 2019	- Perbaiki tata cara penulisan - Perbaiki diksi - Perbaiki latar belakang dan saran	
III	12 November 2019	- Perbaiki penulisan tabel - Perbaiki latar belakang - Perbaiki diksi dan penomeran - Ditambahkan daftar isi beserta lampiran-lampiran	
IV	4 Desember 2019	- Perbaiki margin - Lengkapi lampiran - Lengkapi format pengkajian	
V	5 Desember 2019	- Acc Ujian Proposal	
VI	16 Desember 2020	- Ujian Proposal	
VII	21 Januari 2020	- Acc Proposal	
VIII	20 April 2020 (Mengirim Email) 27 April 2020 (Menerima Email)	- Memperbaiki sistem penulisan menurut pedoman - Merbaiki data subjektif, objektif, analisa dan penatalaksanaan - Menambahkan APN 60 langkah	

IX	12 Mei 2020 (Mengirim	- Memperbaiki sistem penulisan	
	Email) 29 Mei 2020 (Melalui aplikasi Zoom)	- Melanjutkan Bab IV, Bab V serta lampiran	
X	01 Juni 2020 (Mengirim Email) 08 Juni 2020 (Menerima Email)	- Memperbaiki sistem penulisan - Memperbaiki pembahasan pada Bab IV - Memperbaiki kesimpulan pada bab V	
XI	08 Juni 2020	- Acc Ujian Sidang Akhir	
XII	12 Juni 2020	- Ujian Sidang Akhir	
XIII	3 September 2020	- Acc naskah Laporan Tugas Akhir	

Lampiran 24

