

Lampiran 1 *Plan of Action* (POA)

No	Masa	Kunjungan	Rencana Asuhan	Media
1	Kehamilan	Kunjungan 1 (Usia kehamilan 32—34 minggu)	a. Menjelaskan tujuan penelitian dan inform consent. b. Melakukan pengkajian pasien (subjektif dan objektif) terutama pada keluhan atau masalah. c. Melakukan cek kadar hb (jika ibu belum melakukan tes lab di trimester III). d. Menjelaskan tentang P4K. e. Menjelaskan ketidaknyamanan ibu hamil trimester III dan cara mengatasinya. f. Menjelaskan tanda bahaya kehamilan trimester III. g. Menjelaskan persiapan persalinan. h. Menjelaskan tanda-tanda persalinan. i. Merencanakan kunjungan selanjutnya	1. Buku KIA 2. Tensimeter 3. Stetoskop 4. Thermometer 5. Jam tangan 6. Metlin 7. Doppler 8. Informed consent
		Kunjungan 2 (Usia kehamilan 34—36 minggu)	a. Melakukan pengkajian pasien (subjektif dan objektif) terutama pada keluhan atau masalah. b. Melaksanakan senam hamil. c. Mengevaluasi asuhan. d. Mengevaluasi persiapan persalinan. e. Mengevaluasi pemahaman ibu mengenai tanda-tanda persalinan.	1. Buku KIA 2. Tensimeter 3. Stetoskop 4. Thermometer 5. Jam tangan 6. Metlin 7. Doppler
		Kunjungan 3 (Usia kehamilan 36—38 minggu)	a. Melakukan pengkajian pasien (subjektif dan objektif) terutama pada keluhan atau masalah. b. Mengevaluasi asuhan. c. Mengevaluasi persiapan persalinan.	1. Buku KIA 2. Tensimeter 3. Stetoskop 4. Thermometer 5. Jam tangan 6. Metlin 7. Doppler

			d. Mengevaluasi pemahaman ibu mengenai tanda-tanda persalinan.	
2	Persalinan	Kunjungan 4 (Usia kehamilan 40 minggu)	a. Pemeriksaan tanda-tanda vital. b. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan. c. Melakukan observasi mengenai kemajuan persalinan (asuhan kala I). d. Mempersiapkan alat dan bahan persalinan. e. Melakukan pertolongan persalinan (asuhan kala II). f. Melakukan PTT dan melahirkan plasenta (asuhan kala III). g. Melakukan observasi kontraksi rahim, perdarahan, kandung kemih, keadaan umum, dan TTV (asuhan kala IV). h. Injeksi vitamin K1 dan imunisasi HB0 pada bayi baru lahir. i. Melakukan pemeriksaan fisik bayi baru lahir.	1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Doppler 4. Partus set (oksi, ½ cooker, klem, sarung tangan steril, benang tali pusat) 5. Wadah DTT 6. Handuk 7. Underpad 8. Hecting set 9. Vit K1, Hb0
3	Nifas dan Neonatus	Kunjungan Nifas 1 (6-48 jam)	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. Mengajari teknik pemberian ASI dan cara menyusui dan waktu menyusui. e. Melakukan bonding attachment antara ibu dan bayi.	1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Jam tangan 4. Termometer

			f. 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. g. Mengatur kunjungan ulang	
		Kunjungan Neonatus 1 (6-48 jam)	a. Menjaga bayi agar tetap sehat dengan mencegah terjadinya hipotermia. b. Memastikan bayi sudah BAB dan BAK c. Memeriksa adanya tanda-tanda infeksi d. Mengedukasi perawatan BBL. e. Memeriksa warna kulit (ikterus)	
		Kunjungan Nifas 2 (2-7 hari)	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.	1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Jam tangan 4. Termometer
		Kunjungan Neonatus 2 (2-7 hari)	a. Melakukan pemeriksaan pada bayi. b. Memeriksa tanda bahaya yang mungkin terjadi pada bayi.	

		Kunjungan Nifas 3 (8-28 hari)	a. Evaluasi kunjungan nifas sebelumnya. b. Pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik, involusi uterus berjalan normal. c. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik. d. Menanyakan penyulit atau keluhan yang dirasakan oleh ibu.	1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Jam tangan 4. Termometer
		Kunjungan Neonatus 3 (8-28 hari)	a. Melakukan pemeriksaan fisik bayi b. Memeriksa tanda infeksi c. Memberikan imunisasi	
		Kunjungan Nifas 4 (28-48 hari)	a. Evaluasi kunjungan nifas sebelumnya. b. Melakukan TTV dan pemeriksaan fisik, involusi uterus berjalan normal. c. Memastikan ibu menyusui bayinya dengan baik. d. Menanyakan penyulit atau keluhan yang dirasakan oleh ibu.	1. Tensimeter 2. Stetoskop 3. Jam tangan 4. Termometer
4	Masa Antara	Masa Antara	a. Memberikan konseling mengenai KB dan pemantapan keputusan ibu dalam pemilihan alat kontrasepsi.	

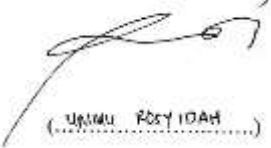
Lampiran 2

INFORMED CONSENT

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti tentang asuhan dan pendampingan mulai dari masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, neonatus, masa nifas dan perencanaan keluarga berencana yang akan dilakukan oleh Elmi Ardianti, Mahasiswa Diploma III Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Saya bersedia dan yakin bahwa studi kasus ini tidak menimbulkan kerugian apapun pada saya dan keluarga. Dan saya telah mempertimbangkan dan memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Malang, 29 April 2024

Klien

(.....)
(UMMU PRYIOAH)

Lampiran 3

Kartu Skor Poedji Rochyati (KSPR)

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

Nama Umur ibu : Th.

Hamil ke Haid Terakhir tgl : Pedikisan Persalinan tgl : bl.

Pendidikan : Ibu Suami bl.

Pekerjaan : Ibu Suami

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan				
				I	II	III	IV	V
		Skor Awal Ibu Hamil	2					
I	1	Tertalu muda, hamil I < 16 th	4					
	2	a. Tertalu lambat hamil I, kawin > 4th	4					
		b. Tertalu tua, hamil I > 35 th	4					
	3	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4					
	4	Tertalu lama hamil lagi (> 10 th)	4					
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4					
	6	Tertalu tua, umur > 35 tahun	4					
	7	Tertalu pendek < 145 Cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9	Pernah melahirkan dengan: a. Tarikan tang / vakum b. Uti drogoh c. Diberi infus/Transfusi	4 4 4					
	10	Pernah Cidera Berat	5					
II	11	Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4 4 4 4 4 4					
	12	Bengkok pada muka / tangkal 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	Leuk Bunting	5					
	18	Leuk Lintang	5					
	19	Pendarahan dalam kehamilan III	5					
	20	Preeklampsia Berat / Kjetag-2	5					
JUMLAH SKOR								

PENYULUKAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN ~ RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN			PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERL. BATAS	RUJUKAN	TEMPAT	MAN. KODE	RUJUKAN	
						RDB	RTW
3	RDB	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN		
6-10	RDB	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN		
> 12	RDB	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN	RUJUKAN		

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 Diri Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)
Rujukan Dalam Rawat (RDR) 3. Rujukan Tertambat (RTt)

Gawat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko I & II
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

Gawat Darurat Obstetrik :
Kel. Faktor Risiko II
1. Pendarahan antepartum
2. Eklampsia
3. Pendarahan postpartum
4. Uti Tertinggal
5. Persalinan Lama
6. Parus Tinggi

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

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

MACAM PERSALINAN :
1. Normal
2. Tindakan pinnagratim
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
RAY :
1. Berat lahir : gram, Laki-2/Perempuan
2. Lahir hidup : Apgar Skor :
3. Lahir mati, penyebab :
4. Mati kemudian, umur : hr, penyebab :
5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada

TEMPAT KEMATIAN IBU :
1. Rumah Ibu
2. Rumah bidan
3. Polindes
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjanan
7. Lain-2

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)
1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab :
Perubahan AS : 1. Ya 2. Tidak

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

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya 2. Tidak
Sumber Biaya : Mandiri / Bantuan :

Lampiran 4

FORMAT DOKUMENTASI**ASUHAN KEBIDANAN KEHAMILAN (Varney)**

Tanggal pengkajian :

Jam :

Tempat :

Oleh :

B. Pengkajian Data**c. Subjektif**

12. Identitas

Nama Ibu : Nama Suami :

Umur : Umur :

Agama : Agama :

Pendidikan : Pendidikan :

Pekerjaan : Pekerjaan :

Alamat : No telepon :

No telepon :

13. Keluhan Utama

14. Riwayat perkawinan

Kawin ke- :

Umur saat kawin :

Lama perkawinan :

15. Riwayat Menstruasi

Menarche :

Siklus :

Lama :

HPHT :

TP :

16. Riwayat obstetrik yang lalu

Hamil ke-	Persalinan					JK	BB Lahir	Nifas			Anak hidup/ mati (Usia)	KB
	Tgl lahir	UK	Jenis persalinan	Penolong	Komplikasi Ibu			Pendarahan	Laktasi	Komplikasi		

17. Riwayat Kehamilan Sekarang

Hamil ke- :

- Keluhan :
- Berapa kali periksa :
- Gerakan janin :
- Status imunisasi :
- Skor KSPR :
- 18. Riwayat kesehatan ibu (Beri lingkaran)
 - TBC/DM/Kejang/Hati/Ginjal/Jantung/Hipertensi/PMS/.....
- 19. Riwayat kesehatan keluarga (Beri lingkaran)
 - Hipertensi/DM/TBC/Jantung/Kembar/.....
- 20. Pola pemenuhan kebutuhan dasar
 - Nutrisi :
 - Eliminasi :
 - Istirahat :
- 21. Pola kebiasaan (Beri lingkaran)
 - Merokok/minuman keras/narkotika/obat penenang/minum jamu/pijat perut
- 22. Data psikososial
 - Psikologi :
 - Pembuat keputusan :
 - Tabulin :
 - Budaya :

d. Objektif

- 4. Pemeriksaan Umum
 - Keadaan umum :
 - Kesadaran :
 - TB :
 - BB sebelum hamil :
 - BB saat hamil :
 - Suhu :
 - LiLA :
 - TD :
 - Nadi :
 - IMT :
- 5. Pemeriksaan Fisik
 - Wajah :
 - Mata :
 - Mulut dan gigi :
 - Leher :
 - Dada :
 - Perut :
 - TFU:cm
 - Leopold I:
 - Leopold II:
 - Leopold III:
 - Leopold IV:
 - Perlindungan:
 - Anogenitalia :

- Ekstremitas :
6. Pemeriksaan penunjang
- Hb :
- Golongan darah :
- USG :
- Potein urine :
- Glukosa urine :

H. Interpretasi Data Dasar

I. Identifikasi Diagnosis atau Masalah Potensial

J. Merencanakan Asuhan

K. Penatalaksanaan

L. Evaluasi

CATATAN PERKEMBANGAN

ASUHAN KEBIDANAN PERSALINAN

- Tanggal pengkajian :
- Jam :
- Tempat :
- Oleh :

C. Subjektif

- a. Keluhan Utama
- b. Pola pemenuhan kebutuhan dasar
- Nutrisi :
- Eliminasi :

D. Objektif

c. Pemeriksaan Umum

- Keadaan umum :
- Kesadaran :
- Suhu :
- TD :
- Nadi :
- Pernapasan :
- SpO₂ :

d. Pemeriksaan Fisik

- Wajah :
- Mata :
- Leher :
- Dada :
- Perut :

- TFU:cm
- Leopold I:
- Leopold II:
- Leopold III:
- Leopold IV:

- Perlimaan:
 - His:x/menit, lama:detik
 - DJJ:x/menit
- Genitalia :
- Penipisan (effacement):
 - Selaput ketuban:
 - Denominator:
 - Penurunan/Hodge: H1/H2/H3/H4
- Ekstremitas :
- E. Assessment**
- F. Plan**

CATATAN PERKEMBANGAN KALA I, II, III, IV

S:

O:

A:

P:

ASUHAN KEBIDANAN BAYI BARU LAHIR

A. SUBJEKTIF

Nama :
 Tanggal lahir :
 Lahir pukul :
 Jenis kelamin :

B. OBJEKTIF

5. Pemeriksaan umum

Keadaan umum :	
BBL :	Nadi :
PBL :	Suhu :
LK :	RR :
LD :	Apgar score :

6. Pemeriksaan fisik

k) Kepala :
 l) Wajah :
 m) Mata :
 n) Telinga :
 o) Hidung :
 p) Mulut :
 q) Dada :
 r) Abdomen :

- s) Punggung :
- t) Genetalia :
- u) Ekstremitas :
- 7. Pemeriksaan reflek
 - f) Babinski :
 - g) Rooting :
 - h) Moro :
 - i) Sucking :
 - j) Swallowing :

C. Assessment

D. Plan

LEMBAR OBSERVASI PERSALINAN

A. MASUK KAMAR BERSALIN ANAMNESE

Tgl	:	Jam :
His mulai tgl	:	Jam :
Darah	:	
Lendir	:	
Ketuban pecah/belum		Jam :
Keluhan lain	:	

B. KEADAAN UMUM

Tensi	:
Suhu/Nadi	:
Oedema	:
Lain-lain	:

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

- | | | | |
|----------------|---|-----------|-------|
| 1. Palpasi | : | | |
| 2. DJJ | : | | |
| 3. HIS 10" | : | X, lama : | detik |
| 4. VT Tgl | : | Jam : | |
| 5. Hasil | : | | |
| 6. Pemeriksaan | : | | |

OBSERVASI KALA I (Fase laten Ø < 4 cm)

[illegible]

ASUHAN KEBIDANAN NIFAS

Hari/Tanggal :

Pukul :

Tempat :

Oleh :

E. SUBJEKTIF

3. Keluhan utama
4. Pemenuhan kebutuhan dasar
 - f) Nutrisi
 - g) Eliminasi
 - h) Istirahat
 - i) Aktivitas
 - j) Personal hygiene
5. Riwayat biopsikosial
 - c) Perasaan ibu saat ini
 - d) Penerimaan terhadap kelahiran saat ini
 - e) Budaya dan adat istiadat yang mempengaruhi masa nifas
6. Perencanaan KB

F. OBJEKTIF

3. Pemeriksaan umum
 - a) Keadaan umum :
 - b) Kesadaran :
 - c) TTV
 - 1) Tekanan darah :
 - 2) Nadi :
 - 3) Pernapasan :
 - 4) Suhu :
 - d) Berat badan sekarang :
 - e) Berat badan sebelumnya :
 - f) Tinggi badan :
4. Pemeriksaan fisik
 - a) Kepala
 - 1) Wajah :
 - 2) Mata :
 - 3) Mulut :
 - b) Leher :
 - c) Dada :
 - d) Abdomen :
 - e) Genitalia :
 - f) Ekstremitas :

G. Assessment

H. Plan

ASUHAN KEBIDANAN NEONATUS

Hari/Tanggal :

Pukul :

Tempat :

Oleh :

A. SUBJEKTIF

1. Keluhan utama
2. Riwayat kesehatan
3. Riwayat imunisasi
4. Kebutuhan dasar
 - a) Nutrisi :
 - b) Eliminasi :
 - c) Istirahat :
 - d) Personal hygiene :

B. OBJEKTIF

1. Pemeriksaan umum
 - a) Keadaan umum :
 - b) Denyut jantung :
 - c) Pernapasan :
 - d) Suhu :
 - e) Berat badan sebelumnya :
 - f) Berat badan sekarang :
 - g) Panjang badan sebelumnya :
 - h) Panjang badan sekarang :
 - i) Lingkar kepala :
2. Pemeriksaan fisik
 - a) Kepala :
 - b) Wajah :
 - c) Mata :
 - d) Hidung :
 - e) Mulut :
 - f) Telinga :
 - g) Dada :
 - h) Abdomen :
 - i) Punggung :
 - j) Genitalia :
 - k) Ekstremitas :

C. Assessment

D. Plan

ASUHAN KEBIDANAN MASA ANTARA

Hari/Tanggal :

Pukul :

Tempat :

Oleh :

E. SUBJEKTIF

2. Keluhan utama

.....

3. Kebutuhan dasar

- a) Nutrisi :
- b) Eliminasi :
- c) Istirahat :
- d) Aktivitas :
- e) Personal hygiene :
- f) Seksual :

F. OBJEKTIF

3. Pemeriksaan umum

- d) Keadaan umum :
- e) Kesadaran :
- f) TTV
- 5) Tekanan darah :
- 6) Nadi :
- 7) Pernapasan :
- 8) Suhu :

4. Pemeriksaan fisik

- i) Wajah :
- j) Mata :
- k) Mulut :
- l) Leher :
- m) Dada :
- n) Abdomen :
- o) Genitalia :

G. Assessment

H. Plan

Lampiran 8

Penapisan Calon Akseptor KB metode Nonoperatif

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu paska persalinan		
Apakah mengalami pendarahan atau pendarahan bercak antara haid setelah penggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan fisual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah di atas 160mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		
Apakah ada masa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan Anti Kejang (epilepsi)		
AKDR (semua jenis Pelepas tembaga dan progestin)	YA	TIDAK
Apakah hari pertama haid 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami penyakit radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (lebih 1-2 pembalut tiap 4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (lebih dari 8 hari)		
Apakah pernah mengalami diminorea berat yang membutuhkan analgetika dan atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami pendarahan atau pendarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau congenital		