

*Lampiran 1***PERNYATAAN
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini

1. Nama dan gelar : Endah Kamila M., SST., M.Keb
2. NIP. : 198806172023212041
3. Pangkat dan Golongan : X
4. Jabatan : Dosen
5. Asal institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : Magister Kebidanan
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
 - a. Rumah : Jl. Bendungan Sigura – gura Barat IV N.6c,
Karang Besuki, Sukun, Kota Malang
 - b. Telepon/HP : 085746857344
 - c. Alamat Kantor : Jl.Besar Ijen 77C Malang
 - d. Telepon Kantor : (0341) 551893

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

Nama : Berninda Reggina Cahyani
NIM : P17310211029
Topik Studi Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care*
(COC) Pada Ny. B di PMB Kartini S.Tr.Keb., Bd Wagir,
Malang.

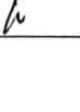
*) Coret yang tidak di pilih

Malang, 31 Oktober 2023


Endah Kamila M., SST., M.Keb
NIP. 198806172023212041

Lampiran 2**LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Berninda Reggina Cahyani
 NIM : P17310211029
 Nama Pembimbing : Endah Kamila M., SST., M.Keb
 Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity of Care (COC)*
 Pada Ny B di PMB Kartini., S.Tr., Keb, Bd, Kecamatan
 Wagir, Kabupaten Malang

TGL	MATERI KONSULTASI	TANDA TANGAN
16 Agustus 2023	Pengajuan Judul Proposal dan Surat Studi Pendahuluan	
24 Oktober 2023	Konsultasi Bab II	
27 Oktober 2023	Konsultasi Bab II	
1 November 2023	Meminta Stupen	
4 Desember 2023	Revisi Bab II dan Konsul Bab III	
18 Desember 2023	Konsultasi Bab I dan PPT	
22 Desember 2023	Revisi Proposal dan PPT	
27 Desember 2023	Acc Uji Proposal	
20 Mei 2024	Bab 4 dari Kunjungan 1 – Bayi baru lahir	
27 Mei 2024	Bab 4 dari Kunjungan nifas – Kunjungan neonatus	

28 Mei 2024	Bab 5 Pembahasan	<i>h</i>
29 Mei 2024	Bab 6 Penutup	<i>h</i>
30 Mei 2024	Revisian Bab 6	<i>h</i>
31 Mei 2024	Acc Uji LTA	<i>h</i>

SURAT STUDI PENDAHULUAN

	KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG <small>Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746 Website : http://www.poltekkes-malang.ac.id E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id</small>											
2 November 2023												
Nomor Hal	: PP.03.04/F.XXI.16/181/2023 : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan LTA an. Berninda Reggina Cahyani											
K e p a d a, Yth Pimpinan TPMB Kartini, S.Tr. Keb., Bd Di,-												
TEMPAT												
<p>Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu syarat penyelesaian Pendidikan di Program Studi DIII Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan menempuh mata kuliah Laporan Tugas Akhir / LTA (3 sks). Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Studi Pendahuluan mahasiswa kami :</p>												
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15%;">N a m a</td> <td>: Berninda Reggina Cahyani</td> </tr> <tr> <td>N I M</td> <td>: P17310211029</td> </tr> <tr> <td>Program Studi</td> <td>: DIII Kebidanan Malang</td> </tr> <tr> <td>Semester</td> <td>: V (Lima)</td> </tr> <tr> <td>Judul</td> <td>: <i>Studi Kasus Asuhan Kebidanan Continuity Of Care (COC) Pada Ny. X Di PMB Kartini, S.Tr.Keb.Bd.</i></td> </tr> </table>			N a m a	: Berninda Reggina Cahyani	N I M	: P17310211029	Program Studi	: DIII Kebidanan Malang	Semester	: V (Lima)	Judul	: <i>Studi Kasus Asuhan Kebidanan Continuity Of Care (COC) Pada Ny. X Di PMB Kartini, S.Tr.Keb.Bd.</i>
N a m a	: Berninda Reggina Cahyani											
N I M	: P17310211029											
Program Studi	: DIII Kebidanan Malang											
Semester	: V (Lima)											
Judul	: <i>Studi Kasus Asuhan Kebidanan Continuity Of Care (COC) Pada Ny. X Di PMB Kartini, S.Tr.Keb.Bd.</i>											
Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.												
Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang,  RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes												
<u>Tembusan:</u> 1. Sdr. Berninda Reggina Cahyani 2. Pertinggal												
1. Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, Telp (0341) 566075, 571388 2. Kampus I : Jl. Selkoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486513 3. Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp. (0341) 427847 4. Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Bilatar Telp. (0342) 801043 5. Kampus IV : Jl. KSA Walikid Hasyim No. 640 Kediri Telp. (0354) 773095 6. Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalesk, Telp. (0355) 791293 7. Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82 A Ponorogo, Telp. (0352) 461792												
												
Dokumen ini telah ditandatangani secara elektronik yang diterbitkan oleh Balai Sertifikasi Elektronik (BSrE), BSSN												

Lampiran 4

		JADWAL PELAKSANAAN STUDI KASUS																																															
No	Kegiatan	Juli				Agustus				September				Oktober				November				Desember				Januari				Februari				Maret				April				Mei				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	Informasi penyelenggaraan LTA																																																
2	Informasi pembimbing																																																
3	Proses bimbingan dan penyusunan proposal LTA																																																
4	Pengumpulan proposal ke panitia atau pendaftaran seminar proposal																																																
5	Seminar proposal																																																
6	Revisi dan persetujuan proposal Oleh penguji																																																
7	Mengambil kasus dan penulisan laporan																																																
8	Pendaftaran ujian sidang LTA																																																
9	Pelaksanaan ujian sidang LTA																																																
10	Revisi laporan LTA																																																
11	Penyerahan laporan LTA																																																

Lampiran 5 Planning Of Action

No	Rencana Kunjungan	Rencana	Tujuan	Alat dan Media	Tempat
KEHAMILAN					
1	Kunjungan 1 (Ibu hamil TM III UK 32 – 34 minggu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan perkenalan dengan klien dan keluarga klien 2. Bina hubungan saling percaya 3. Berikan penjelasan sebelum persetujuan ibu 4. Lakukan informed consent 5. Lakukan kontrak waktu untuk melakukan pengkajian 6. Melakukan pengkajian 7. Anamnesa keluhan ibu 8. Berikan pelayanan 10T <ol style="list-style-type: none"> a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan b. Pemeriksaan tekanan darah c. Pemeriksaan TFU d. Skrining status TT dan pemberian imunisasi TT e. Pemberian Tablet Fe f. Tetapkan status gizi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk proses perkenalan antara peneliti dan subjek penelitian (klien) 2. Untuk mendapatkan kepercayaan klien agar bersedia menjadi subjek penelitian 3. Untuk memberikan pemahaman kepada klien sebelum ibu bersedia menjadi subjek penelitian 4. Untuk mendapatkan persetujuan menjadi subjek penelitian 5. Untuk mempermudah dalam pelaksanaan pemberian asuhan 6. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal, termasuk riwayat kesehatan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar <i>informed consent</i> 2. Catatan kecil 3. Buku KIA 4. Stetoskop 5. Tensimeter 6. <i>Microtoise</i> 7. <i>Thermometer</i> 8. Metlin 9. Doopler+gel atau Funandoskop 10. Jam 	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd

		<ul style="list-style-type: none"> g. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) h. Tes Laboratorium i. Temu wicara (konseling) j. Tata laksana rujukan <p>9. Lakukan pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Umum Keadaan umum, kesadaran, antropometri, TTV b. Fisik Pemeriksaan Leopold I-IV, TFU, dan DJJ <p>10. Berikan edukasi mengenai keluhan ibu</p> <p>11. Jadwalkan kunjungan ulang</p>	<ul style="list-style-type: none"> ibu dan keluarga 7. Untuk menambah pengetahuan ibu 8. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu dan aktivitas yang dilakukan sehari-hari 9. Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin dan memastikan dalam keadaan baik 10. Untuk mengetahui keadaan ibu lebih lanjut 		
--	--	---	--	--	--

2	Kunjungan 2 (Ibu hamil TM III UK 35 – 37 minggu)	<ul style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan sebelumnya 2. Anamnesa keluhan yang dialami ibu 3. Lakukan pemeriksaan: <ul style="list-style-type: none"> a. Umum b. Fisik 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya 2. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal 3. Untuk menambah pengetahuan ibu 4. Untuk mengetahui keluhan 	<ul style="list-style-type: none"> 1. Timbangan 2. Microtoise 3. Metlin 4. Termometer 5. Stetoskop 6. Tensimeter 7. Doppler+gel 8. Jam tangan 	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd
----------	---	---	--	---	-----------------------------

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan KIE mengenai keluhan utama ibu dan memberikan KIE sesuai rencana asuhan 5. Berikan KIE mengenai ketidaknyamanan kehamilan trimester III 6. Berikan KIE mengenai tanda bahaya kehamilan trimester III 7. Jelaskan mengenai P4K (perencanaan dan pencegahan komplikasi) 8. Ajarkan ibu senam hamil 9. Jadwalkan kunjungan ulang 	<p>yang dirasakan ibu dan aktivitas yang dilakukan sehari-hari</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin dan memastikan dalam keadaan baik 6. Untuk mengetahui cara menghindari dan mengobati keluhan yang dialami ibu 7. Untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman serta cara mengatasi ketidaknyamanan kehamilan trimester III 8. Untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman serta pencegahan tanda bahaya kehamilan trimester III 9. Untuk persiapan persalinan dan pencegahan terjadinya komplikasi 10. Untuk melemaskan otot-otot dinding perut ibu 11. Untuk mengetahui perkembangan ibu lebih 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Leaflet senam hamil 10. Buku KIA 11. Stiker P4K 	
--	--	---	---	--	--

			lanjut		
3	Kunjungan 3 (Ibu hamil TM III UK 38 – 40 minggu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kunjungan sebelumnya 2. Anamnesa keluhan utama ibu 3. Melakukan pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> a. Umum b. Fisik 4. Berikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan 5. Berikan penjelasan mengenai persiapan persalinan 6. Berikan dukungan keluarga dan ibu untuk persiapan menghadapi persalinan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya 2. Untuk mengetahui keluhan yang dialami ibu 3. Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan memastikan keadaan ibu dan janin dalam kandungannya 4. Agar ibu mengetahui tanda-tanda persalinan sehingga apabila sudah terdapat tanda-tanda persalinan ibu dapat segera ke fasilitas kesehatan 5. Agar ibu dan keluarga mengetahui apa saja perlengkapan yang perlu disiapkan menjelang persiapan persalinan 6. Mempersiapkan keluarga dan ibu dalam menghadapi persalinan agar ibu tidak khawatir berlebihan dengan menjaga kenyamanan psikologis ibu 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Timbangan 2. Metlin 3. Termometer 4. Stetoskop 5. Tensimeter 6. Doppler+gel 7. Jam tangan 8. Buku KIA 	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd

PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR (BBL)					
4	Ibu dengan usia kehamilan aterm Kala I (Pembukaan 1-10)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan tanda-tanda vital 2. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan 3. Melakukan pemantauan kemajuan persalinan (asuhan kala 1) 4. Melakukan observasi mengenai kemajuan persalinan (asuhan kala 1) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk memastikan bahwa tanda-tanda vital ibu dalam batas normal 2. Untuk mengetahui apakah sudah terdapat pembukaan atau belum 3. Untuk mengetahui kemajuan persalinan ibu 4. Untuk mempermudah dalam proses persalinan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer 2. Stetoskop 3. Tensimeter 4. Doppler+gel 5. Metlin 6. Jam tangan 7. Buku KIA 8. Lembar penapisan 9. Lembar observasi 	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd
5	Kala II (Pembukaan 10 – Bayi lahir)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pertolongan persalinan (asuhan kala II) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan persalinan sesuai dengan standar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Buku KIA 2. Partograf 3. Catatan kecil 4. Partus set, hecting set 5. Perawatan BBL (Lampu sorot, handuk, pakaian bayi, metlin, thermometer, vit K, Hb0) 	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd

6	Kala III (Setelah bayi lahir sampai plasenta lahir)	1. Melakukan PTT (asuhan Kala III)	1. Menghasilkan kontraksi uterus lebih efektif sehingga dapat mempersingkat durasi kala III	1. Buku KIA 2. Partograf 3. Catatan kecil 4. Oksitosin	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd
7	Kala IV (Setelah plasenta sampai 2 jam Postpartum)	1. Melakukan asuhan Kala IV (rasa aman, nyaman, observasi pp, injeksi, Vit K1, imunisasi Hb 0) 2. Pemeriksaan fisik bayi baru lahir	1. Untuk mengidentifikasi adanya komplikasi pasca persalinan	1. Buku KIA 2. Partograf 3. Perawatan BBL (Lampu sorot, haduk, pakaian bayi, metlin, thermometer, Vit K, Hb0)	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd
NIFAS DAN NEONATUS					
8	KF 1 (6 jam – 3 hari PP)	NIFAS 1. Observasi TTV, TFU, perdarahan lochea 2. Ajarkan ibu untuk melakukan massase uterus untuk mencegah adanya perdarahan karena atonia uteri 3. Berikan KIE cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu	1. Untuk mengetahui dan memantau keadaan ibu 2. Untuk memantau agar uterus berkontraksi dengan baik dan mencegah adanya perdarahan karena atonia uteri 3. Untuk mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu	1. Stetokop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd

		<ol style="list-style-type: none"> 4. Berikan KIE ibu mengenai kebutuhan dasar ibu nifas 5. Berikan KIE mengenai ASI Eksklusif 6. Ajarkan ibu mobilisasi dini 7. Berikan KIE tanda bahaya nifas 8. Ajarkan ibu untuk cara menyusui yang benar dengan menggunakan media leaflet yang telah disiapkan 9. Ajarkan ibu senam nifas dengan leaflet yang sudah disiapkan 10. Beritahu jadwal kunjungan nifas selanjutnya 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Agar ibu memahami kebutuhan dasar ibu nifas seperti kebutuhan nutrisi untuk mengembalikan tenaga ibu setelah persalinan 5. Agar ibu mengetahui dan memahami pentingnya pemberian ASI Eksklusif 6. Untuk mempercepat pemulihan masa nifas 7. Untuk mengetahui dan memahami tanda dan bahaya ibu nifas dan dapat segera dilakukan tindakan apabila ibu mengalami tanda bahaya ibu nifas 8. Agar ibu dapat menyusui dengan benar sehingga nutrisi bayi dapat terpenuhi dengan baik 9. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula 10. Untuk mendeteksi dini kelainan pada masa nifas dengan pemantauan rutin 		
--	--	---	---	--	--

	<p>KN 1 (6 – 48 jam)</p>	<p>NEONATUS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian dan mengenai identitas keluhan utama, riwayat kesehatan keluarga, riwayat obstetri, dan pola kebutuhan 2. Menjaga bayi tetap hangat dengan cara mencegah hipotermia 3. Melakukan pemeriksaan antropometri (BB, PB, LD, LK, dan LL) 4. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe 5. Memastikan pemberian ASI eksklusif IMD 6. Deteksi tanda bahaya pada neonatus dengan form MTBM 7. Memastikan neonatus telah diberikan injeksi Vitamin K, salep mata profilaksis, imunisasi Hepatitis B0 pemberian tidak lebih dari 7 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk melengkapi data dan sebagai dokumentasi telah dilakukannya asuhan serta mendeteksi adanya kelainan atau tidak pada neonatus 2. Untuk menjaga kehangatan tubuh bayi 3. Untuk memastikan keadaan bayi bahwa bayi sehat, tidak mengalami BBLR, cacat bawaan, dan permasalahan sistem saraf pada bayi 4. Untuk memastikan pemberian ASI secara dini 5. Untuk mendeteksi tanda bahaya pada neonates 6. Untuk mencegah terjadinya perdarahan, infeksi mata, dan penularan hepatitis melalui jalan lahir 7. Agar ibu dan keluarga dapat mengetahui tendang tanda bahaya neonates 8. Agar ibu dan keluarga mengetahui cara perawatan bayi yang benar dan cara 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Termometer 3. Form MTBM 4. Form pengkajian 5. Perawatan tali pusat 6. Jam tangan buku KIA 	
--	---------------------------------	---	---	--	--

		<p>hari</p> <p>8. Berikan KIE kepada ibu mengenai tanda bahaya neonatus</p> <p>9. Berikan KIE mengenai cara perawatan neonatus di rumah dan cara menyusui yang benar</p> <p>10. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya</p>	<p>menyusui yang benar sebagai pemenuhan nutrisi bayi</p>		
9	KF 2 (3 – 7 hari PP)	<p>NIFAS</p> <p>1. Evaluasi kunjungan 1</p> <p>2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan dengan baik</p> <p>3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat</p> <p>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik tanpa adanya penyulit</p> <p>5. Mengajari ibu cara melakukan perawatan payudara</p> <p>6. Ajarkan ibu senam nifas</p> <p>7. Beritahu jadwal kunjungan</p>	<p>1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu yang telah dijelaskan sebelumnya</p> <p>2. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ibu apakah dalam batas normal, dan memastikan involusi uterus berjalan dengan baik</p> <p>3. Agar ibu mengetahui pentingnya kebutuhan dasar ibu nifas</p> <p>4. Untuk memastikan bahwa ibu benar-benar bisa menyusui dengan benar dan tanpa penyulit</p> <p>5. Agar ibu mengetahui cara</p>	<p>1. Stetoskop</p> <p>2. Tensimeter</p> <p>3. Termometer</p> <p>4. Jam tangan</p> <p>5. Leaflet senam nifas</p> <p>6. Buku KIA</p>	<p>PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd</p>

		selanjutnya	<p>perawatan payudara untuk mencegah terjadinya bendungan ASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula 7. Untuk mendeteksi dini kelainan pada masa nifas dengan pemantauan rutin. 		
	KN 2 (3 – 7 hari)	<p>NEONATUS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan sebelumnya 2. Berikan pujian karena ibu sudah memberikan asuhan yang benar 3. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe 4. Berikan KIE mengenai ASI Eksklusif 5. Menyarankan ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari untuk mencegah penyakit kuning 6. Kontrak waktu untuk 	<p>perawatan payudara untuk mencegah terjadinya bendungan ASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman yang telah dijelaskan di minggu sebelumnya 2. Untuk menambah semangat pada ibu dalam merawat bayinya 3. Untuk memastikan keadaan bayi sehat 4. Untuk menambah ibu dalam pemberian ASI Eksklusif 5. Untuk mencegah bayi terkena hipotermi 6. Untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Termometer 3. Jam tangan 4. Buku KIA 5. Leaflet ASI Eksklusif 	

		kunjungan selanjutnya			
10	KF 3 (8 – 14 hari PP)	NIFAS <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 2 2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan dengan baik 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit 5. Ajarkan ibu senam nifas 6. Memberi konseling mengenai KB yang akan digunakan sesuai dengan pilihan ibu. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu yang telah dijelaskan sebelumnya 2. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ibu apakah dalam batas normal, dan memastikan involusi uterus berjalan dengan baik 3. Agar ibu mengetahui pentingnya kebutuhan dasar ibu nifas 4. Untuk memastikan bahwa ibu benar-benar bisa menyusui dengan benar dan tanpa penyulit 5. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula 6. Agar ibu memahami macam-macam KB dan dapat menentukan kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA 7. Lembar ABPK 	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd
	KN 3 (8 – 14 hari)	NEONATUS <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 2 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman yang telah 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Termometer 	

		<ol style="list-style-type: none"> 2. Berikan pujian karena ibu sudah memberikan asuhan yang benar 3. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe 4. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya posyandu 5. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya imunisasi dasar lengkap 6. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya 	<p>dijelaskan di minggu sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk menambah semangat pada ibu dalam merawat bayinya 3. Untuk memastikan keadaan bayi sehat 4. Untuk memberikan semangat ibu rutin ke posyandu dan dapat memantau perkembangan anaknya 5. Agar bayi mendapatkan imunisasi secara lengkap sesuai dengan jadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Jam tangan 4. Buku KIA 	
11	KF 4 (15 – 42 hari PP)	<p>NIFAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 3 2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan dengan baik 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu yang telah dijelaskan sebelumnya 2. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ibu apakah dalam batas normal, dan memastikan involusi uterus berjalan dengan baik 3. Agar ibu mengetahui pentingnya kebutuhan dasar 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA 	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd

		penyulit 5. Ajarkan ibu senam nifas 6. Menanyakan kembali pada ibu KB apa yang akan dipilih	ibu nifas 4. Untuk memastikan bahwa ibu benar-benar bisa menyusui dengan benar dan tanpa penyulit 5. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula 6. Ibu memilih kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya		
Keluarga Berencana					
12.	Kunjungan Asuhan Keluarga Berencana (Masa Interval)	1. Anamnesa dan pemeriksaan calon akseptor KB (penapisan dan pemeriksaan fisik) 2. Pemasangan alat kontrasepsi 3. Beritahu bahwa kegiatan penelitian telah selesai dan memberikan cinderamata	1. Mengetahui keadaan Ibu dan kemungkinan Ibu dapat dilakukan metode kontrasepsi yang dipilih 2. Memasang alat kontrasepsi yang sesuai dengan keinginan dan kebutuhan Ibu 3. Memberitahu Ibu dan keluarga bahwa penelitian telah selesai dan sebagai tanda terima kasih dari peneliti	1. Form pengkajian KB 2. Lembar penapisan 3. Kartu KB	PMB Katini., S.Tr.Keb,Bd

Lampiran 6
Lembar Audiensi Ujian Hasil LTA



KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



LEMBAR AUDIENSI UJIAN LTA
PRODI D III KEBIDANAN MALANG 2024

NAMA : Berninda Reggina Cahyani
NIM : P17310211025
KELAS : 3A

NO	TANGGAL/JAM	DARING/LURING	NAMA TERUJI	JUDUL	TTD & NAMA PENGUJI
1	10 Januari 2024/ 09.00 WIB	Daring (semhas)	Dinda Wulan Apriliane	Studi Kasus Asuhan Kebidanan COC Pada Ny.N di PMB Anik Rohanjariwati	 Duhita Dyah A. S.Keb, G.D. M.Keb
2	09 Maret 2024/ 07.00 WIB	Daring (semhas)	Destryani Arinda P.	Studi Kasus Asuhan Kebidanan COC Pada Ny.S di PMB Sani Rahayu SST	 Atwotoningrum S-3 N. M. Keb
3	27 Mei 2024	Daring (semhas)	Edzwina Hayyu Saffira	Studi Tacur Asuhan Kebidanan COC pada fly-M di PMB Sri Julami	 Niwayan Dg. Aper. pen, M. Keb
4					
5					

- Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, Telp (0341) 566075, 571388
- Kampus I : Jl. Sukoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613
- Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporeng Lawang Telp (0341) 427847
- Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp. (0342) 801043
- Kampus IV : Jl. KH Wahid Hasyim No. 54B Kediri Telp. (0354) 773095
- Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek, Telp. (0355) 791293
- Kampus VI : Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82 A Ponorogo, Telp. (0352) 461782



Lampiran 7
Penjelasan Sebelum Persetujuan

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Berninda Reggina Cahyani

NIM : P17310211029

Status : Mahasiswa Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang

Judul Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC) Pada Ny B di PMB Kartini., S.Tr., Keb, Bd, Wagir, Malang.

Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan Asuhan Kebidanan Berkesinambungan pada ibu yakni, dengan melakukan kunjungan kehamilan minimal sebanyak 3 kali, pendampingan persalinan, bayi baru lahir 1 kali, masa nifas minimal sebanyak 4 kali, kunjungan neonatus dan membantu ibu dalam memutuskan penggunaan alat kontrasepsi pada masa antara dengan:

1. Melakukan wawancara meliputi biodata, keluhan ibu, riwayat kesehatan ibu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat haid, riwayat pernikahan, riwayat obstetric yang lalu dan sekarang, riwayat KB, Riwayat Psikososial, dan pola kebiasaan sehari-hari.
2. Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, pemeriksaan fisik mulai dari kepala hingga kaki pada setiap kunjungan.
3. Konseling sesuai dengan keadaan ibu pada setiap kunjungan.

Manfaat dilakukannya Asuhan Kebidanan ini adalah ibu akan menerima pelayanan sesuai dengan standar pelayanan kebidanan, meningkatkan dan mempertahankan kesehatan fisik, mental, sosial ibu dan bayi serta mengenali secara dini adanya ketidaknormalan atau komplikasi yang mungkin terjadi mulai dari kehamilan sampai dengan masa antara.

Dengan diberikan Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (*Continuity Of Care*) diharapkan ibu dapat melewati masa kehamilan sampai masa antara dengan normal dan tidak mengalami tanda-tanda bahaya ataupun komplikasi. Mengingat penelitian ini menyita waktu ibu maka akan diberikan kompensasi berupa perlengkapan bayi baru lahir.

Demikian permohonan ini, atas perhatian dan kesediaan ibu saya ucapkan terima kasih.

Hormat Saya,

Berninda Reggina Cahyani
NIM. P17310211029

Lampiran 8
Pernyataan Menjadi Klien

SURAT PERNYATAAN MENJADI KLIEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Nahidatul NAKIA

Umur : 23

Alamat : Sumber Rejo, Padul, Sumber Kuto

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya **bersedia / tidak bersedia *** menjadi klien pada Studi Kasus Asuhan Kebidanan (*Continuity Of Care*) di PMB Kartini, S.Tr., Keb, Bd yang dilakukan oleh Mahasiswa Semester V D.III Kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

Atas dasar pemikiran bahwa Asuhan Kebidanan ini dilakukan untuk pengembangan ilmu kebidanan dan tidak ada unsur paksaan dari siapapun maka saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam asuhan kebidanan tersebut.

Malang, 26 Februari 2024
Yang membuat persetujuan



NAKIA

Lampiran 9
Informed Consent

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti asuhan dan pendampingan mulai dari masa kehamilan, persalinan, nifas, bayi baru lahir, neonatus hingga masa antara yang akan dilakukan oleh Berninda Reggina Cahyani Mahasiswa D.III Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

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

Saksi

Malang.....2024
Yang Memberi Persetujuan

(.....)

NAFLA

Malang.....2024

Mengetahui

Dosen Pembimbing

Mahasiswa

(Endah Kamila M., SST., M.Keb.)

(Berinda Reggina Cahyani)

Lampiran 10
From Pengkajian ANC

FORM PENGKAJIAN ANC



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG
JURUSAN KEBIDANAN PRODI KEBIDANAN MALANG



FORMAT ASUHAN KEBIDANAN PADA IBU HAMIL

Coret Yang Tidak Perlu

PENGAJIAN

Tanggal : Jam :

No. RM :

Nama : Nama Suami :

Umur : Umur :

Agama : Agama :

Pendidikan : Pendidikan :

Pekerjaan : Pekerjaan :

Alamat : Alamat :

Golongan Darah :

Cara masuk :
 Datang Sendiri Rujukan dari :

A. DATA SUBYEKTIF

1. Keluhan utama :

.....

2. Riwayat menstruasi

- Siklus :
- HPHT :
- TP :
- DII :

3. Riwayat Kehamilan:

- Hamil ke:
- Keluhan :
- Sejak Kapan:
- Sudah berapa kali periksa Dimana Oleh
- Informasi yang pernah didapat

- Gerakan janin pertamabulan
- Gerakan janin terakhir

- Tanda bahaya dan penyulit kehamilan

- Status Imunisasi:
.....
6. Riwayat obstetrik (kehamilan, persalinan, nifas) yang lalu.
- a. Kehamilan.
Tanda Bahaya
Periksa Kemana
 - b. Persalinan dan Bayi Baru Lahir
Proses persalinannya: UK Berapa
Jenis persalinan Penolong:, dimana:
....., Kapan:, Komplikasi:
Proses kelahiran ari – ari:, Jenis Kelamin:
keadaan anak:, kelainan kongenital:
 - c. Nifas.
Tanda bahaya:, Masalah Nifas:
..... Lama Menyusui:
Usia anak sekarang: Asi Eksklusif: ya / tidak.
Lain – lain:
4. Riwayat KB dan rencana KB
Metode yang pernah dipakai :, Lama :
Kapan: Keluhan dari KB:
Rencana KB selanjutnya:
5. Riwayat kesehatan Ibu :
- Anemia
 - Hipertensi
 - Kardiovaskular
 - TBC
 - Hepatitis
 - Diabetes
 - Malaria
 - HIV/AIDS
 - IMS (Clamidia, Sphilis, GO, , dll)
 - Epilepsi
 - Penyakit Jiwa
 - Alergi makanan,
 - Lain-lain....
- Pernah dirawat : ya/tidak Kapan : Dimana :.....
Pernah dioperasi : ya/tidak Kapan : Dimana :.....
6. Riwayat kesehatankeluarga (dari ibu saja) :
- Keturunan kembar,
 - Kelainan kongenital,
 - Penyakit herediter,
 - Kkeluarga yang tinggal serumah dan sedang menderita penyakit menular
7. Status perkawinan : ya/tidak
-

Kawin.....kali, kawin usia.....tahun, lama menikah.....tahun

8. Pola pemenuhan kebutuhan dasar selama kehamilan
 - a. Nutrisi

Makan: kali sehari, Menu:, Porsi:,
 Keluhan:
 Minum: gelas sehari, Jenis Minuman:
 Keluhan:
 - b. Eliminasi

BAK : kali sehari, keluhan:
 BAB : kali sehari, keluhan:
 - c. Aktivitas

.....
 Keluhan:
 - d. Istirahat

Kegiatan istirahat berupa :
 Tidur dalam sehari jam, (Tidur siang: jam, Malam: jam,
 Keluhan:
 - e. Seksual

.....
 Keluhan:
9. Pola kebiasaan
 - a. Minum jamu : Ya / tidak. Jenisnya: berapa sering:
 Alasannya:
 - b. Minum obat : Ya / tidak. Jenis: Alasan:,
 Dimana di dapat:
 - c. Minum-minuman beralkohol: Ya / tidak. Psikotropika: Ya / tidak
 - d. Merokok: Ya / tidak
 - e. Lain-lain:
10. Riwayat psikologi, sosial, ekonomi, budaya (termasuk Program Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi/P4K)
 - a. Psikologi

Kecemasan atau kekhawatiran yang dirasakan ibu:

 - b. Sosial
 - Respon ibu dan keluarga terhadap kehamilan

 - Hubungan dengan pasangan dan keluarga lainnya

 - Anggota keluarga di rumah atau sekitarnya yang dapat membantu ibu melakukan pekerjaan domestic maupun finansial?

 - Pembuat keputusan dalam keluarga

 - Rencana tempat persalinan:
 - Penolong persalinan :
 - Rencana Rujukan bila Terjadi Kegawatan:

- Calon pendonor darah:
- Transportasi yang digunakan saat hendak bersalin atau dalam keadaan darurat:
- Pendamping persalinan:
- c. Ekonomi
 - Persiapan pendanaan persalinan/kegawatdaruratan: Tersedia/ Belum tersedia,
 - Tabulin: ada / tidak
- d. Budaya
 - Budaya yang diterapkan ibu dalam kehamilan:

B. DATA OBYEKTIF

1. Pemeriksaan umum

Kedadaan umum	:	Kesadaran	:
TB	:	BB Sekarang	:
BB Sebelum Hamil	:	IMT	:
Tekanan Darah	:	Suhu	:
Pernafasan	:	LILA	:

2. Pemeriksaan Fisik

- Muka : Odem / Tidak, Pucat: ya / tidak, Cloasma: ya/ tidak
- Mata : Konjungtiva : anemis/tidak
Selera : Ikterik/tidak
Pandangan Kabur : ya / tidak
- Rahang, gigi, gusi:
- Leher :
Pembesaran vena jugularis: ada / tidak
Pembesaran kelenjar thyroid: ada / tidak.
Pembesaran kelenjar limfe: ada / tidak
- Dada :
Aerola hiperpigmentasi: Ya / Tidak
Benjolan: Ya / Tidak, Kolostrum: Keluar / belum
Putting susu: Menonjol / tidak
- Axilla, Benjolan: ada / tidak, Pembesaran Kelenjar limfe: ada / tidak
- Abdomen:
Inspeksi:
Arah Pembesaran: membujur / melintang
Linea nigra: ya / tidak
Strie albican: ya / tidak, Strie livide: ya / tidak
Palpasi :
 - Leopold I.....
 - Leopold II.....
 - Leopold III.....
 - Leopold IV.....
 - TFU (Mcdonald)cm. TBJ: gram
 - Auskultasi : BJJ.....x/mnt, reguler / irreguler
 - His/kontraksi :

3. Pemeriksaan laboratorium:

- Darah:
Hb:

Lampiran 11
Kunjungan ANC

KUNJUNGAN ANC

PERNYATAAN IBU/ KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA

Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

Ibu Hamil HPHT:			Trimester I		Trimester II	Trimester III	
			Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa
BB:	TB:	IMT:					
Timbang							
Ukur Lingkar Lengan Atas							
Tekanan Darah							
Periksa Tinggi Rahim							
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin							
Status dan Imunisasi Tetanus							
Konseling							
Skrining Dokter							
Tablet Tambah Darah							
Test Lab Hemoglobin (Hb)							
Test Colongan Darah							
Test Lab Protein Urine							
Test Lab Gula Darah							
PPIA							
Tata Laksana Kasus							
Ibu Bersalin TP:	Fasilitas Kesehatan:		Rujukan:				
Inisiasi Menyusu Dini							
Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin	KF 1 (6-48 jam)	KF 2 (3-7 hari)	KF 3 (8-28 hari)	KF 4 (28-42 hari)			
Periksa Payudara (ASI)							
Periksa Perdarahan							
Periksa Jalan Lahir							
Vitamin A							
KB Pasca Persalinan							
Konseling							
Tata Laksana Kasus							
Bayi baru lahir/ neonatus 0 - 28 hari	KN1 (6-48 jam)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)				
Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak							

2

Lampiran 12
KSPR

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

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

Nama: Umur Ibu: Th.

Wanita: Rasio Terahangul: Perkiraan Persalinan: bl.

Pendidikan: Ibu SD/MT SMP/MTs SMA/MA

Pekerjaan: Ibu SD/MT SMP/MTs SMA/MA

KEL. F.R.	No.	Masa / Faktor Risiko	SKOR				Terdapat						
			I	II	III	IV	I	II	III	IV			
I		Skor Awal Ibu Hamil	2										
	1	Terdahulunya hamil < 18 th	4										
	2	a. Terdahulunya hamil > 35 th	4										
		b. Terdahulunya hamil > 35 th	4										
	3	Terdahulunya hamil < 2 th	4										
	4	Terdahulunya hamil > 10 th	4										
	5	Terdahulunya hamil > 10 th	4										
	6	Terdahulunya hamil > 35 tahun	4										
	7	Terdahulunya pendek < 145 Cm	4										
	8	Hereditas golongan darah	4										
II	9	Pernah melahirkan dengan a. Tali kot. terputus / nekrosis b. Uterus terputus c. Ditemukan fasetus	4										
	10	Pernah operasi dasar	0										
	11	Penyakit ibu hamil: a. Kurang darah b. Malaria c. TBC paru d. Penyakit jantung e. Penyakit ginjal (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4										
			4										
			4										
			4										
			4										
			4										
	12	Bentuk bekas luka / luka yang tidak menyembuh tinggi	4										
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4										
14	Hamil kembar or (pre-eclampsia)	4											
15	Bayi mati dalam kandungan	4											
16	Kehamilan lebih bulan	4											
III	17	Luka pembedahan	0										
	18	Luka lisis	0										
	19	Pendudukan dalam keluarga	0										
	20	Perawatan kesehatan	0										
JUMLAH SKOR													

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RENCANA TERENCANA

JML. SKOR	KEHAMILAN			PERSALINAN			RENCANA TERENCANA		
	KEHAMILAN	PERSALINAN	RENCANA TERENCANA	KEHAMILAN	PERSALINAN	RENCANA TERENCANA	KEHAMILAN	PERSALINAN	RENCANA TERENCANA
1-10	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
11-20	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR
21-30	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR	OR

Kemungkinan ibu dalam kehamilan: 1. Abortus 2. Lahir-lahir

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Sangat Persalinan berbahaya: 1. Kematian 2. Tolakan 3. Rumen Didan 4. Prolapsus 5. Rumen Saku 6. Prolapsus Dolar

Persalinan: Menentukan tanggal:

RUJUKAN DASAR: 1. Serot 2. Dulan 3. Boleh 4. Prolapsus

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

RUJUKAN: 1. Rujukan Diri Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW) 3. Rujukan Dalam Rambu (RDR) 4. Rujukan Terlewat (RTL)

Sangat Obstetrik: 1. Mal. Faktor Risiko I & II 2. 3. 4. 5. 6. 7.

Sangat Dalam Obstetrik: 1. Mal. Faktor Risiko II 2. 3. 4. 5. 6. 7.

TEMPAT: 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Puskesmas 4. Rumah Sakit 5. Peralatan

PENDONG: 1. Dulan 2. Bidan 3. Dokter 4. Lahir-2

MAGAN PERSALINAN: 1. Normal 2. Bedakan program 3. Operasi Serot

FASCA PERSALINAN: 1. Hida 2. Dik. Sempit penyekat 3. Prolapsus 4. Prolapsus 5. Prolapsus 6. Prolapsus

TEMPAT KEMATAN IBU: 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Puskesmas 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Peralatan

DAY: 1. Serot bidan 2. Lahir-lahir 3. Lahir-lahir 4. Dik. Sempit penyekat 5. Rumen basakan: bidan ada Poda

KEADAMAN IBU SELAMA MASA PERSALINAN: 1. Serot 2. Saku 3. Tolakan 4. Prolapsus 5. Rumen Saku 6. Prolapsus Dolar

Keluarga Berencana: 1. Ya 2. Tidak

Kategori Keluarga Makin: 1. Ya 2. Tidak

Sumber Daya: 1. Mandiri / Berencana

Lampiran 13
Lembar Penapisan Ibu Bersalin

LEMBAR PENAPISAN IBU BERSALIN

Apabila Didapati Salah Satu Atau Lebih Penyulit Seperti Berikut Dibawah Ini
Pasien Harus Dirujuk

Hari/Tanggal :
Nama :
Umur :
Alamat :

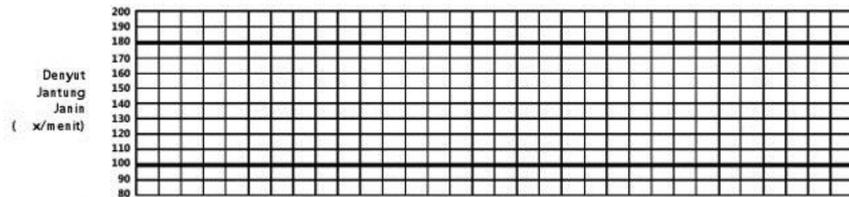
NO	PENYULIT	YA	TIDAK
1	Riwayat bedah sesar		
2	Perdarahan pervaginam		
3	Kehamilan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu)		
4	Ketuban pecah dengan mekoneum kental		
5	Ketuban pecah lama(lebih dari 24 jam)		
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)		
7	Ikterus		
8	Anemia berat		
9	Tanda/gejala infeksi		
10	Preeklampsia berat		
11	Tinggi fundus uteri 40 cm atau lebih		
12	Gawat janin		
13	Primipara dalam fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5		
14	Presentasi bukan belakang kepala Tali pusat menubung		
15	Presentasi majemuk		
16	Kehamilan gemelli		
17	Tali pusat menubung		
18	Syok		

Lampiran 15 Partograf

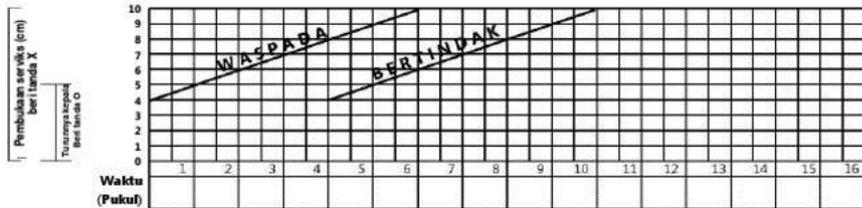
PARTOGRAF

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu/Bapak: _____/_____ Umur: ____/____ G... P... A... Hamil minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : _____ Pukul : _____ WIB
 Ketuban Pecah sejak pukul _____ WIB Mules sejak pukul _____ WIB Alamat :

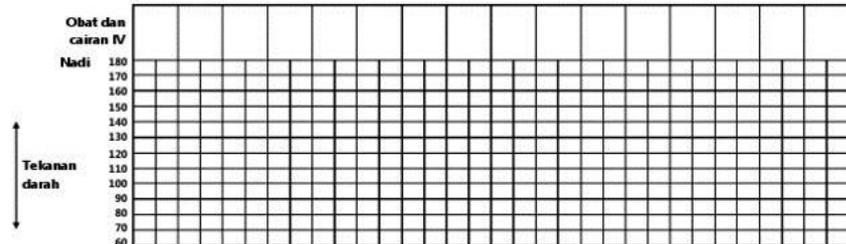


air ketuban penyusutan



Kontraksi tiap 10 menit	<input type="checkbox"/>	< 20	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	20-40	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	> 40	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>	(detik)	<input type="text"/>
	<input type="checkbox"/>		<input type="text"/>

Oksitosin U/I tetes/menit



Temperatur °C

Urine Protein Aseton Volume

Penolong

Makan terakhir : Pukul Jenis : Porsi :
 Minum terakhir : Pukul Jenis : Porsi :

(.....)

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y / T
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 Ya, Indikasi
14. Pendamping pada saat persalinan
 Suami Teman Tidak ada
 Keluarga Dukun
15. Gawat Janin :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
16. Distosia bahu :
 Ya, tindakan yang dilakukan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III :menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U in ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 Ya,
 Tidak, alasan

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1								
2								

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya,
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan :
 Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan
29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
30. Jumlah perdarahan : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas,tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 16
Ringkasan Pelayanan Persalinan

RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : Pukul :

Umur kehamilan : Minggu

Penolong persalinan : SpOg/ Dokter umum/ Bidan

Cara persalinan : Normal/Tindakan

Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
Lokhia berbau/lain-lain)/
Meninggal*

KB Pasca persalinan :

Keterangan tambahan :

** Lingkari yang sesuai*

Bayi Saat Lahir

Anak ke :

Berat Lahir : gram

Panjang Badan : cm

Lingkar Kepala : cm

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan/tidak bisa ditentukan*

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**

13

Lampiran 17
Ringkasan Pelayanan Nifas

RINGKASAN PELAYANAN NIFAS

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)	RESUME
Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6-48 jam) Tgt: Faskes:	Masalah: Tindakan:
Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3-7 hari) Tgt: Faskes:	Masalah: Tindakan:
Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8-28 hari) Tgt: Faskes:	Masalah: Tindakan:
Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29-42 hari) Tgt: Faskes:	Masalah: Tindakan:

<p>Kesimpulan Akhir Nifas</p> <p>Keadaan Ibu**:</p> <p><input type="checkbox"/> Sehat</p> <p><input type="checkbox"/> Sakit</p> <p><input type="checkbox"/> Meninggal</p> <p>Komplikasi Nifas**:</p> <p><input type="checkbox"/> Perdarahan</p> <p><input type="checkbox"/> Infeksi</p> <p><input type="checkbox"/> Hipertensi</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain: Sebutkan</p>	<p>Keadaan Bayi**:</p> <p><input type="checkbox"/> Sehat</p> <p><input type="checkbox"/> Sakit</p> <p><input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan:</p> <p><input type="checkbox"/> Meninggal</p> <p style="text-align: center;">** Beri tanda [√] pada kolom yang sesuai</p>
--	---

Pastikan bayi mendapat pelayanan kesehatan neonatal (KN) dan catat hasil pemeriksaan pada lembar anak

Kesimpulan:

Lampiran 18
Pelayanan Kesehatan Neonatus

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur <2 bulan

0 - 6 jam	6 - 48 jam (KN1)	3 - 7 hari (KN2)	8 - 28 hari (KN3)
Kondisi: BB: gr PB: cm LK: cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input type="checkbox"/> Vit K1 <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: gr PB: cm LK: cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center;">  <p>** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.</p> </div>
Masalah:	Masalah:	Masalah:	Masalah:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:

* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

** Beri tanda strip (-) jika tidak ada masalah/ tidak dirujuk



*Lampiran 19 Penapisan Kb***PENAPISAN CALON PEMAKAI KONTRASEPSI HORMONAL****(Pil dan Suntik Kombinasi, Pil dan Suntik Progestin, dan Susuk)**

DAFTAR PERTANYAAN	YA	TIDAK
Apakah haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		
Apakah menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		
Apakah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak diantara haid setelah senggama		
Apakah pernah mengalami ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri hebat atau gangguan visual		
Apakah pernah nyeri hebat pada paha, betis, dada, atau tungkai bengkak		
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		
Apakah sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		

PENAPISAN CALON AKSEPTOR KB IUD

DAFTAR PERTANYAAN	YA	TIDAK
Tanggal haid terakhir, lama haid dan pola perdarahan haid		
Riwayat kehamilan ektopik		
Nyeri hebat setiap haid		
Anemia yang berat (Hb < 9 gr% atau Hematokrit < 30)		
Riwayat infeksi Sistem Genital (ISG), Penyakit Hubungan Seksual (PMS) atau infeksi panggul		
Berganti-ganti pasangan (resiko ISG tinggi)		
Kanker serviks		

Lampiran 20
Leaflet Senam Hamil

2. Senam duduk bersila



- 1) Duduk kedua tangan diatas lutut, punggung lurus
- 2) Letakkan kedua telapak tangan di atas lutut
- 3) Tekan lutut ke bawah dengan perlahan-lahan
- 4) Lakukanlah sebanyak 8 kali

3. Senam untuk pinggang



- 1) Tidurlah terlentang dan tekuklah lutut jangan terlalu lebar, arah telapak tangan ke bawah dan berada di samping badan
- 2) Angkatlah pinggang secara perlahan
- 3) Lakukanlah sebanyak 8 kali

Teknik-teknik Senam Hamil

1. Senam untuk kaki



- 1) Duduk dengan kaki diluruskan ke depan dengan tubuh bersandar tegak lurus (rileks).
- 2) Tarik jari-jari ke arah tubuh secara perlahan-lahan lalu lipat ke depan.
- 3) Lakukan sebanyak 8 kali, penghitungan sesuai dengan gerakan
- 4) Tarik kedua telapak kaki ke arah tubuh secara perlahan-lahan dan dorong ke depan. Lakukan sebanyak 8 kali, penghitungan sesuai dengan gerakan

SENAM HAMIL

Senam hamil adalah terapi latihan gerak untuk mempersiapkan ibu hamil (secara fisik maupun mental) untuk menghadapi persalinan yang cepat, aman, dan spontan.

Apasih tujuan senam hamil?

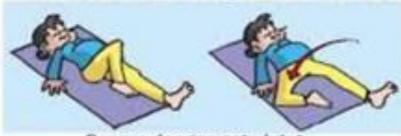
- a. Menguasai teknik pernapasan
- b. Memperkuat elastisitas otot
- c. Mengurangi keluhan kehamilan
- d. Melatih relaksasi
- e. Menghindari kesulitan persalinan

Senam hamil tidak boleh dilakukan, pada kondisi :

- a. Hipertensi akibat kehamilan
- b. Kelainan jantung
- c. Riwayat persalinan kurang bulan
- d. Pendarahan vagina
- e. Ketuban pecah dini
- f. Riwayat melahirkan dengan berat badan bayi lahir rendah

4. Senam dengan lutut

Senam dengan Lutut

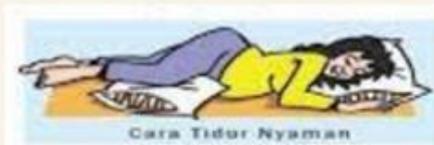


- 1) Tidurlah terlentang, tekuk lutut kanan.
- 2) Lutut kanan digerakkan perlahan kearah kanan lalu kembalikan
- 3) Lakukanlah sebanyak 8 kali.
- 4) Lakukanlah hal yang sama untuk lutut kiri.



- 1) Tidurlah terlentang, kedua lutut ditekuk dan kedua lutut saling menempel.
- 2) Kedua tumit dirapatkan, kaki kiri dan kanan saling menempel.
- 3) Kedua lutut digerakkan perlahan-lahan ke arah kiri dan kanan Lakukanlah sebanyak 8 kali.

5. Cara tidur yang nyaman



Berbaringlah miring pada sebelah sisi dengan lutut di tekuk, gunakan bantal untuk menopang kepala dan kaki. Rapatkan jari-jari kaki, kempis perut, jepit bokong, dekatkan bahu, genggam tangan kuat, tundukkan kepala, rapatkan alis, rapatkan rahang, kemudian lepaskan

6. Senam untuk memperlancar asi



- 1) Lipat lengan ke depan dengan telapak tangan digenggam dan berada di depan dada, gerakan siku ke atas dan ke bawah
- 2) Lipat lengan ke atas hingga ujung jari tengah menyentuh bahu, dalam posisi dilipat lengan diputar dari belakang ke depan, sehingga siku-siku bersentuhan dan mengangkat payudara lalu bernapaslah dengan lega
- 3) Lakukanlah sebanyak 2 kali.

Lampiran 21
Leaflet Menyusui Yang Benar

<p>MANFAAT ASI UNTUK IBU</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengurangi insiden kanker payudara. 2. Mencegah perdarahan pasca persalinan. 3. Mengurangi anemia. 4. Mempercepat Involusi Rahim. 5. Dapat digunakan sebagai metode KB sementara.  <p>MASALAH DALAM MENYUSUI DAN PENANGANANNYA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ASI Kurang Penanganannya: <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu harus mengonsumsi makanan yang bergizi. b. Menyusui secara bergantian antara kedua payudara. 2. Bayi bingung puting Penanganannya: <ol style="list-style-type: none"> a. Ibu harus mengusahakan pemberian ASI Eksklusif. b. Menyusui dengan cara yang benar. c. Menyusui lebih lama dan sering. 	<p>APA ITU ASI EKSKLUSIF?</p> <p>ASI Eksklusif adalah pemberian ASI tanpa makanan dan minuman tambahan lain pada bayi berumur 0-6 bulan. Bahkan air putih tidak diberikan dalam tahap ASI Eksklusif ini.</p> <p>KANDUNGAN ASI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Laktosa yang lebih tinggi dibandingkan dengan susu buatan. 2. ASI yang mengandung zat pelindung (antibodi) yang dapat melindungi bayi selama 5-6 bulan pertama. 3. ASI tidak mengandung betalactoglobulin yang dapat menyebabkan alergi pada bayi.  <p>MANFAAT ASI UNTUK BAYI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengandung gizi yang cukup sesuai untuk bayi. 2. Meningkatkan kekebalan tubuh. 3. Mengandung zat pelindung terhadap infeksi. 4. Menunjang tumbuh kembang yang optimal. 5. Meningkatkan kasih sayang ibu dan bayi. 	<p style="text-align: center;">TEKNIK MENYUSUI YANG BENAR DAN ASI EKSKLUSIF</p>  <p style="text-align: center;">KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG JURUSAN KEBIDANAN MALANG PROGRAM STUDI D-III KEBIDANAN TAHUN 2023</p>
--	---	--

APA ITU MENYUSUI?

Menyusui adalah keterampilan yang dipelajari oleh ibu dan bayi, dimana keduanya membutuhkan waktu dan kesabaran untuk pemenuhan nutrisi pada bayi selama 6 bulan.

Teknik menyusui yang benar adalah cara memberikan ASI kepada bayi dengan perlekatan dan posisi ibu dan bayi dengan benar.

LANGKAH LANGKAH MENYUSUI YANG BENAR

1. Cuci tangan dengan air bersih dan mengalir.
2. Perah sedikit ASI dan oleskan ke puting dari areola sekitarnya. Manfaatnya adalah sebagai desinfektan dan menjaga kelembapan puting susu.
3. Ibu duduk dengan santai kaki tidak boleh menggantung.
4. Posisikan bayi dengan benar
 - *Bayi dipegang dengan satu tangan.
 - *Kepala bayi diletakkan dekat lekungan siku ibu, bokong bayi ditahan ditelapak tangan ibu.
 - *Perut bayi menempel ke tubuh ibu.
 - *Mulut bayi berada di depan puting ibu.
 - *Lengan yang di bawah merangkul tubuh ibu, janggan berada di antara tubuh ibu dan bayi.
 - *Tangan yang diatas boleh dipegang ibu atau diletakkan diatas dada ibu.
 - *Telingan dan lengan yang diatas berada dalam satu garis lurus.

LANGKAH LANGKAH PELEKATAN YANG BENAR

1. Bibir bayi dirangsang dengan puting ibu dan akan membuka lebar, kemudian dengan cepat kepala bayi didekatkan ke payudara ibu dan puting serta areola dimasukkan ke dalam mulut bayi.
2. Cek apakah perlekatan sudah benar.
 - *Dagu menempel ke payudara ibu.
 - *Mulut terbuka lebar.
 - *Sebagian besar areola terutamayang berada di bawah, masuk ke dalam mulut bayi.
 - *Bibir bayi terlipat ke luar.
 - *Pipi bayi tidak boleh kempot (karena ASI tidak menghisap, tetapi memerah ASI).
 - *Tidak boleh terdengar decak, hanya boleh terdengar buntir menelan.
 - *Ibu tidak kesakitan.
 - *Bayi tenang.

CARA MELAKUKAN PELEKATAN MENYUSUI DENGAN BENAR



MACAM MACAM POSISI MENYUSUI



CROSS-CRADLE POSITIONS



FOOTBALL



LAI D BACK POSITIONS



CRADLE POSITION



SIDE LYING

Lampiran 22

Leaflet Senam Nifas

1. Hadapkan kedua telapak kaki, lalu gerakan kaki ke bawah, buka ke samping, hadapkan kembali.
2. Hadapkan kedua telapak kaki, lalu gerakan ke atas, buka ke samping, ke bawah dan hadapkan kembali.
3. Sejajarkan telapak kaki, lalu gerakan ke bawah, buka ke samping, kemudian sejajarkan kembali.
4. Sejajarkan telapak kaki, lalu gerakan ke atas, buka ke samping, kemudian sejajarkan kembali.
5. Lakukan setiap gerakan sebanyak 15 kali.

C. Latihan kontraksi ringan otot perut dan pantat

1. Angkat kepala dan bahu sehingga dagu menyentuh dada (4 kali).
2. Tekuk lutut kiri lalu luruskan selanjutnya tekuk lutut kanan dan luruskan (masing-masing sisi 4 kali).
3. Kaki kanan ditumpangkan ke kaki kiri, tundukkan kepala, kerutkan pantat ke dalam, kempiskan perut, lepaskan perlahan-lahan (15 kali setiap 3 kali istirahat).



Teknik-teknik Senam Nifas

1. Latihan Hari Ke-1



A. Latihan pernafasan iga-iga

- Tidur terlentang, satu bantal di kepala, satu bantal kecil dibawah lutut, kedua tangan di iga- iga.
- Tarik nafas dari hidung, dorong kedua tangan kesamping luar, kemudian keluarkan nafas dari mulut dengan tangan menekan iga iga kearah dalam 15 kali.



B. Latihan gerak pergelangan kaki

Tidur terlentang dengan satu bantal, kedua lutut lurus

- Tegakkan telapak kaki, lutut bagian belakang menekan kasur. Tundukkan kedua telapak kaki bersama jari-jari.

SENAM NIFAS

Senam nifas adalah latihan gerak yang dilakukan secepat mungkin setelah melahirkan, supaya otot-otot yang mengalami peregangan selama kehamilan dan persalinan dapat kembali kepada kondisi seperti semula.

Apasih tujuan senam nifas?

- a. Memperlancar kembalinya rahim
- b. Mempercepat pemulihan kondisi tubuh ibu
- c. Memelihara dan memperkuat kekuatan otot perut dan otot panggul
- d. Memperbaiki sirkulasi darah
- e. Menghindari pembengkakan pada pergelangan kaki

Senam Nifas tidak boleh dilakukan, pada kondisi :

- a. Ibu bersalin dengan komplikasi yang belum teratasi
- b. Ibu bersalin dengan (operasi)

Lampiran 23

Dokumentasi Kegiatan

KUNJUNGAN ANC



PERSALINAN



NIFAS



NEONATUS

