

**Lampiran I****LAMPIRAN PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

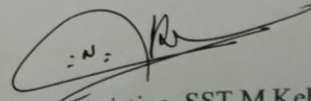
1. Nama dan gelar : Nur Eva Aristina, SST, M.Keb.
2. NIP : 198403152009122002
3. Pangkat dan Golongan : Penata Tk. 1 III/ D
4. Jabatan : Dosen
5. Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes  
Malang
6. Pendidikan terakhir : Magister Kebidanan
7. Alamat dan nomor yang bisa dihubungi
  - a) Rumah : Dsn. Surowono Rt. 01/Rw. 20 Cangu  
Badas, Kediri
  - b) Telepon : 081331193829
  - c) Alamat kantor : JL. Besar Idjen 77C Malang
  - d) Telepon kantor : (0341) 558193

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

- |                   |   |   |
|-------------------|---|---|
| Nama              | : | Retno Izha Aldiacahya   |
| NIM               | : | P17310214066  |
| Topik Studi Kasus | : | Asuhan Kebidanan Continuity Of Care<br>(COC) Pada Ny. L di TPMB Titik<br>Sunaryati S.Tr.Keb.Bd Lawang -<br>Malang |

\*) Coret yang tidak di pilih

Malang, 24 September 2023

  
(Nur Eva Aristina, SST, M.Keb)  
NIP. 198403152009122002

## Lampiran 2

## SURAT STUDI PENDAHULUAN



Nomor : PP.03.04/F.XX.16/345/2023  
 Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan LTA an Retno Isha Aidacahya

22 November 2023

K e p a d a, Yth  
 Pimpinan TPMB Kristanti A.md Kab  
 Di-

**TEMPAT**

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 :

N a m a : Retno Isha Aidacahya  
 N I M : P17310214066  
 Program Studi : DIII Kebidanan Malang  
 Semester : V (Lima)  
 Judul : Asuhan kebidanan *Continuty of Care* pada Ny. "X" masa hamil sampai dengan masa interval Di TPMB Kristanti A.Md Kab Karangploso-Malang

Asas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes  
 Malang,



RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes

Tertanggungjawab:

1. Sdr. Nanda Dewi Irenaeni
2. Pertinggal

1. Kampus Utama	Jl. Besar Jem. No. 77 C Malang, Telp. (0411) 596076, 511288
2. Kampus I	Jl. Sukoyo No. 106 Jember, Telp. (0331) 899613
3. Kampus II	Jl. A. Yani Surabaya-Lanang, Telp. (0411) 4279417
4. Kampus III	Jl. Dr. Sutomo No. 88 Blora, Telp. (0252) 812103
5. Kampus IV	Jl. KH Wahid Hasyim No. 608 Kediri, Telp. (0376) 773095
6. Kampus V	Jl. Dr. Sutomo No. 3 Tumpang, Telp. (0360) 781269
7. Kampus VI	Jl. Dr. Cipto Mangunkusuma No. 82 A Ponorogo, Telp. (0350) 861765



*Lampiran 3***LEMBAR KONSULTASI***Lampiran 3***LEMBAR KONSULTASI**

Nama Mahasiswa : Retno Izha Aldiacahya  
 NIM : P17310214066  
 Nama Pembimbing : Nur Eva Aristina, SST,M.Keb  
 Judul LTA : ASUHAN KEBIDANAN *CONTINUITY OF CARE*  
 (COC) PADA NY. L DI TPMB TITIK SUNARYATI S.Tr Keb LAWANG -  
 MALANG

TGL	MATERI KONSULTASI (Tuliskan Hasil Koreksi/Konsultasi, Action Plan yang Penting Terkait Progres.)	TANDA TANGAN PEMBIMBING
25/09/2023	Judul, spasi dalam penulisan, margin, MSKS dalam bab I, kerapian penulisan di bab 2, daftar pustaka, sumber pustaka (sitasi)	Ris
21/11/2023	Konsultasi Bab I, II, III 1. Perbaiki isi Latar Belakang 2. Sesuaikan Bab 2 dengan buku pedoman 3. Perbaiki Bab 3 sesuai dengan buku pedoman	Ris
01/12/2023	Revisi Bab I, II, III 1. Perbaiki isi Latar Belakang 2. Perbaiki Bab 2 sesuai dengan buku pedoman 3. Perbaiki Lampiran	Ris
12/12/2023	Revisi Bab I, II, III 1. Perbaiki Daftar Isi 2. Pebaiki isi Latar Belakang 3. Perbaiki Bab 2 4. Perbaiki penulisan dan nomor halaman 5. Perbaiki Daftar Pustaka	Ris

18/12/2023	Revisi Bab II, Lampiran 1. Perbaiki kata 2. Perbaiki Lampiran	Ris
19/12/2023	ACC maju Seminar Proposal LTA	Ris
24/06/2024	Revisi judul, spasi dalam penulisan, margin, kerapian penulisan sesuai dengan pedoman. Revisi Bab I, III, IV, Lampiran 1. Kurangi isi Latar Belakang 2. Perbaiki Bab 3 sesuai dengan kasus yang didapat 3. Perbaiki tinjauan kasus, penulisan, margin, penatalaksanaan, dll 4. Perbaiki Lampiran	Ris
25/06/2024	1. Revisi judul, spasi dalam penulisan, margin, kerapian penulisan sesuai dengan pedoman.	Ris
26/06/2024	1. Revisi judul, spasi dalam penulisan, margin, kerapian penulisan sesuai dengan pedoman.	Ris
26/06/2024	ACC maju Seminar Hasil LTA.	Ris
05/07/2024	1. ACC Revisi dari penguji.	Ris
16/07/2024	Revisi Bab II 1. Kurangi isi tinjauan pustaka	Ris
06/08/2024	ACC Laporan Tugas Akhir	Ris



## PLAN OF ACTION

No	Rencana Kunjungan	Sasaran	Rencana	Tujuan	Alat dan Media	Tempat
<b>KEHAMILAN</b>						
1.	Kunjungan TM III	Ibu dengan kehamilan 36-37 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan perkenalan dengan klien dan keluargaklien</li> <li>2. Bina hubungan salingpercaya</li> <li>3. Melakukan skrining kehamilan</li> <li>4. Berikan penjelasan sebelum melakukan persetujuan kepada ibu.</li> <li>5. Lakukan <i>Inform consent</i></li> <li>6. Melakukan kontrak waktu untuk melakukan pengkajian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan perkenalan dengan klien dan keluargaklien</li> <li>2. Bina hubungan salingpercaya</li> <li>3. Melakukan skrining kehamilan</li> <li>4. Berikan penjelasan sebelum persetujuan kepada ibu</li> <li>5. Lakukan <i>Inform consent</i></li> <li>6. Melakukan kontrak waktu untuk melakukan pengkajian</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lembar PSP</li> <li>2. Lembar <i>Inform consent</i></li> <li>3. Lembar KSPR</li> <li>4. Buku KIA</li> <li>5. Notebook</li> </ol>	TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd
2.	Kunjungan 1 TM III	Ibu dengan kehamilan 36-37 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian</li> <li>2. Anamnesa keluhan yang dialami ibu.</li> <li>3. Berikan pelayanan 10 T               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan</li> <li>b. Pemeriksaan tekanan darah</li> <li>c. Pemeriksaan TFU</li> <li>d. Skrining status dan pemberian imunisasiTT</li> <li>e. Pemberian Tablet Fe</li> <li>f. Tetapkan status gizi</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal dan untuk mendeteksi apakah ibu mempunyai kelainan, tanda-tanda bahaya kehamilan, TM III</li> <li>2. Untuk menambah pengetahuan ibu dan apabila ibu mengalami keluhan ibu dapat menanganinya sendiri</li> <li>3. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu dan aktivitas apa yang dilakukan sehari-hari</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Buku KIA</li> <li>2. Stetoskop</li> <li>3. Tensimeter</li> <li>4. <i>Microtoice</i></li> <li>5. <i>Thermometer</i></li> <li>6. Leaflet senam hamil</li> <li>7. Metlin</li> <li>8. Doppler</li> <li>9. Jam</li> </ol>	TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd



			<ul style="list-style-type: none"> <li>g. Tes Laboratorium</li> <li>h. Tentukan presentasi janin dan DJJ</li> <li>i. Tata laksana khusus</li> <li>j. Temu wicara</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Lakukan pemeriksaan:             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Umum (BB, Keadaan umum, TD, Suhu, Nadi, RR)</li> <li>b. Fisik (pemeriksaan Leopold I – IV, TFUMc. Donald, DJJ)</li> </ul> </li> <li>5. Berikan edukasi mengenai keluhan utama ibu dan memberikan edukasi sesuai rencana asuhan</li> <li>6. Ajarkan senam hamil</li> <li>7. Jadwalkan kunjungan ulang.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin dalam keadaan normal</li> <li>5. Untuk mengetahui cara menghindari dan mengobati keluhan yang dirasakan ibu</li> <li>6. Untuk melemaskan otot-otot dinding perut</li> <li>7. Untuk mengetahui keadaan lebih lanjut ibu hamil.</li> </ol>		
3.	Kunjungan 2 TM III	Ibu dengan kehamilan 37-38 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan sebelumnya</li> <li>2. Anamnesa keluhan yang dialami ibu</li> <li>3. Lakukan pemeriksaan:             <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Umum (BB, Keadaan umum, TD, Suhu, Nadi, RR)</li> <li>b. Fisik (pemeriksaan Leopold I – IV, TFU Mc. Donald, DJJ)</li> </ul> </li> <li>4. Berikan edukasi mengenai keluhan utama ibu dan memberikan edukasi sesuai</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu dan aktivitas apa yang dilakukan sehari-hari.</li> <li>2. Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin dalam keadaan normal</li> <li>3. Untuk mengetahui cara menghindari dan mengobati keluhan yang dirasakan ibu</li> <li>4. Untuk mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami</li> <li>5. Untuk melemaskan otot-otot dinding perut</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Timbangan</li> <li>2. Microtoise</li> <li>3. Metlin</li> <li>4. Termometer</li> <li>5. Stetoskop</li> <li>6. Tensimeter</li> <li>7. Doppler+gel</li> <li>8. Jam tangan</li> <li>9. Leaflet senam hamil</li> <li>10. Buku KIA</li> <li>11. Stiker P4K</li> </ol>	TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd

			<p>rencana asuhan</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Berikan edukasi ketidaknyamanan yang terjadi pada ibu</li> <li>6. Ajarkan senam hamil</li> <li>7. Ajarkan perawatan payudara</li> <li>8. Diskusikan tentang Perencanaan Persalinandan Pencegahan Komplikasi (P4K)</li> <li>9. Jadwalkan kunjungan ulang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Untuk mengetahui cara melakukan perawatan payudara</li> <li>7. Untuk persiapan persalinan dan pencegahan komplikasi pada persalinan</li> <li>8. Untuk mengetahui keadaan lebih lanjut ibu hamil.</li> </ol>		
4.	Kunjungan 3 TM III	Ibu dengan kehamilan 39–40 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan sebelumnya</li> <li>2. Anamnesa keluhan yang dialami ibu</li> <li>3. Lakukan pemeriksaan <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Pemeriksaan umum (TTV dan Antropometri)</li> <li>b. Pemeriksaan Fisik (Leopod, DJJ)</li> </ol> </li> <li>4. Berikan KIE mengenai keluhan utama ibu dan beriedukasi sesuai rencana asuhan</li> <li>5. Berikan KIE tanda-tanda persalinan yang perlu diketahui oleh ibu</li> <li>6. Beri penjelasan mengenai persiapan persalinan</li> <li>7. Berikan dukungan keluarga dan ibu untuk persiapan menghadapi persalinan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya</li> <li>2. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan dan aktivitas apa yang dilakukan sehari hari ibu</li> <li>3. Pemeriksaan untuk mengetauai : <ol style="list-style-type: none"> <li>a. TTV dalam batas normal</li> <li>b. Besar kehamilan sesuai dengan usia kehamilan, letakbayi, keadaan bayi normal atau tidak, DJJ dalam batas normal/tidak.</li> </ol> </li> <li>4. Agar ibu mengetahui tanda-tanda persalinan sehingga apabila sudah terdapat tanda-tanda persalinan ibu dapat segera ke fasilitas kesehatan</li> <li>5. Mengetahui perlengkapan yang perlu disiapkan menjelang persalinan</li> <li>6. Mempersiapkan ibu dalam menghadapi persalinan dan</li> <li>7. Memberikan kenyamanan terhadap kondisi psikologis.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handscoone</li> <li>2. Handsanitizer</li> <li>3. Buku KIA</li> <li>4. Jam tangan</li> <li>5. Leaflet tanda tanda persalinan</li> <li>6. Timbangan</li> <li>7. Metlin</li> <li>8. Doppler+gel</li> <li>9. Termometer</li> <li>10. Stetoskop</li> <li>11. Tensimeter</li> </ol>	<p>TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd</p>



PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR						
5.	Persalinan	Ibu dengan kehamilan aterm	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menanyakan keluhan ibu</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan TTV</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan adanya pembukaan serviks</li> <li>4. Lakukan pemantauan kemajuan persalinan</li> <li>5. Persiapan alat (partus set, APD)</li> <li>6. Memberikan asuhan sayang ibu</li> <li>7. Lakukan 60 langkah APN</li> <li>8. Observasi 2 jam Post Partum, yaitu:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. TTV</li> <li>b. TFU</li> <li>c. Kontraksi</li> <li>d. Kandung Kemih</li> <li>e. Lochea</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu</li> <li>2. Untuk memastikan bahwa tanda-tanda vital ibu dalam batas normal</li> <li>3. Untuk mengetahui apakah sudah terdapat pembukaan atau belum</li> <li>4. Untuk mengetahui kemajuan persalinan ibu termasuk HIS dan DJJ</li> <li>5. Untuk mempermudah dalam proses persalinan</li> <li>6. Memberikan perasaan aman dan nyaman selama proses persalinan</li> <li>7. Melakukan persalinan sesuai dengan standart, (SOP) yang berlaku, mengajari ibu cara ambil nafas saat ingin meneran, mengajari ibu cara meneran dengan benar, mengajari ibu meneteki bayinya dalam 1 jam PP (IMD).</li> <li>8. Observasi 2 jam Postpartum untuk mengidentifikasi adanya komplikasi pada pasca persalinan.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handscoone</li> <li>2. Handsanitizer</li> <li>3. Lembar penapisan</li> <li>4. Lembar observasi</li> <li>5. Partograf</li> <li>6. Buku KIA</li> <li>7. Partus set, dan hecting set</li> <li>8. Perlengkapan</li> <li>9. persalinan (lampusorot, handuk pakaian bersih ibu, pakaian bersih bayi, handuk, bedong,dsb)</li> <li>10. Tensimeter</li> <li>11. Stetoskop</li> <li>12. Doppler, gel</li> <li>13. Jam tangan</li> <li>14. Larutan klorin</li> <li>15. APD</li> </ol>	TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd

6.	Bayi Baru Lahir	Bayi Baru Lahir Usia 1-6 jam	<p>Asuhan pada BBL</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pemeriksaan fisik dan tanda bahaya jika kemungkinan terjadi setelah 1 jam PP</li> <li>2. Berikan vit K 1 mg, imunisasi Hb 0 salep mata antibiotik profilaksis setelah 1 jam Postpartum dengan masing masing pemberian diberikan jarak waktu 1 jam</li> <li>3. Perawatan tali pusat</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pemeriksaan atau asuhan pada bayi baru lahir untuk memastikan keadaan bayi baik pada persalinan dengan tanda bayi menangis kuat, kulit kemerahan, bergerak aktif (dalam penilaian sepiantas saat bayi lahir)</li> <li>2. Bayi mendapatkan imunisasidasar, agar ibu mengetahui apa saja imunisasi dasar yang harus dipenuhi oleh bayi.</li> <li>3. Perawatan tali pusat untuk mencegah infeksi dan pemenuhan imunisasi.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Handsanitizer</li> <li>2. Handscoone</li> <li>3. Imunisasi Hb0, VitK, Salep mata profilaksis</li> <li>4. Stetoskop</li> <li>5. Timbangan bayi</li> <li>6. Alat mandi bayi (sabun, waslap)</li> <li>7. Bak</li> <li>8. Baskom</li> <li>9. Larutan klorin</li> <li>10. Kasa steril</li> </ol>	<p>TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd</p>
----	-----------------	------------------------------	--	---	---	---

NIFAS DAN NEONATUS						
7.	Kunjungan ibu nifas (KF1)	Ibu nifas 6-48 jam bayi dengan 6-48 jam	<p>NIFAS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi TTV, TFU, perdarahan lochea</li> <li>2. Ajarkan ibu untuk melakukan massase uterus untuk mencegah adanya perdarahan karena atonia uteri</li> <li>3. Berikan KIE cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu</li> <li>4. Berikan KIE ibu mengenai kebutuhan dasar ibu nifas</li> <li>5. Berikan KIE mengenai ASI Eksklusif</li> <li>6. Ajarkan ibu mobilisasi dini</li> <li>7. Berikan KIE tanda bahaya nifas</li> <li>8. Ajarkan ibu untuk cara menyusui yang benar dengan menggunakan media leaflet yang telah disiapkan</li> <li>9. Ajarkan ibu senam nifas dengan leaflet yang sudah disiapkan</li> <li>10. Beritahu jadwal kunjungan nifas selanjutnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui dan memantau keadaan ibu</li> <li>2. Untuk memantau agar uterus berkontraksi dengan baik dan mencegah adanya perdarahan karena atonia uteri</li> <li>3. Untuk mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu</li> <li>4. Agar ibu memahami kebutuhan dasar ibu nifas seperti kebutuhan nutrisi untuk mengembalikan tenaga ibu setelah persalinan</li> <li>5. Agar ibu mengetahui dan memahami pentingnya pemberian ASI Eksklusif</li> <li>6. Untuk mempercepat pemulihan masa nifas</li> <li>7. Untuk mengetahui dan memahami tanda dan bahaya ibu nifas dan dapat segera dilakukan tindakan apabila ibu mengalami tanda bahaya ibu nifas</li> <li>8. Agar ibu dapat menyusui dengan benar sehingga nutrisi bayi dapat terpenuhi dengan baik</li> <li>9. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula</li> <li>10. Untuk mendeteksi dini kelainan pada masa nifas dengan pemantauan rutin</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetokop</li> <li>2. Tensimeter</li> <li>3. Termometer</li> <li>4. Jam tangan</li> <li>5. Leaflet senam nifas</li> <li>6. Buku KIA</li> </ol>	<p>TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd</p>

	KN 1 (6-48 Jam)	Bayi dengan 6-48 jam	<p>NEONATUS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan pengkajian dan mengenai identitas keluhan utama, riwayat kesehatan keluarga, riwayat obstetri, dan pola kebutuhan</li> <li>2. Menjaga bayi tetap hangat dengan cara mencegah hipotermia</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan antropometri (BB, PB, LD, LK, dan LL)</li> <li>4. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe</li> <li>5. Memastikan pemberian ASI eksklusif IMD</li> <li>6. Deteksi tanda bahaya pada neonatus dengan form MTBM</li> <li>7. Memastikan neonatus telah diberikan injeksi Vitamin K, salep mata profilaksis, imunisasi Hepatitis B0 pemberian tidak lebih dari 7 hari</li> <li>8. Berikan KIE kepada ibu mengenai tanda bahaya neonatus</li> <li>9. Berikan KIE mengenai cara perawatan neonatus di rumah dan cara menyusui yang benar</li> <li>10. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk melengkapi data dan sebagai dokumentasi telah dilakukannya asuhan serta mendeteksi adanya kelainan atau tidak pada neonatus</li> <li>2. Untuk menjaga kehangatan tubuh bayi</li> <li>3. Untuk memastikan keadaan bayi bahwa bayi sehat, tidak mengalami BBLR, cacat bawaan, dan permasalahan sistem saraf pada bayi</li> <li>4. Untuk memastikan pemberian ASI secara dini</li> <li>5. Untuk mendeteksi tanda bahaya pada neonates</li> <li>6. Untuk mencegah terjadinya perdarahan, infeksi mata, dan penularan hepatitis melalui jalan lahir</li> <li>7. Agar ibu dan keluarga dapat mengetahui tendang tanda bahaya neonates</li> <li>8. Agar ibu dan keluarga mengetahui cara perawatan bayi yang benar dan cara menyusui yang benar sebagai pemenuhan nutrisi bayi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetoskop</li> <li>2. Termometer</li> <li>3. Form MTBM</li> <li>4. Form pengkajian</li> <li>5. Perawatan tali pusat</li> <li>6. Jam tangan</li> <li>7. buku KIA</li> </ol>	
--	--------------------	----------------------------	--	--	--	--

9.	Kunjungan ibu nifas (KF 2)	Ibu dengan 3-7 hari masa nifas	<p>NIFAS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kunjungan 1</li> <li>2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan dengan baik</li> <li>3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat</li> <li>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik tanpa adanya penyulit</li> <li>5. Mengajari ibu cara melakukan perawatan payudara</li> <li>6. Nilai adanya tanda-tanda infeksi dan perdarahan.</li> <li>7. Ajarkan ibu senam nifas</li> <li>8. Beritahu jadwal kunjungan selanjutnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu yang telah dijelaskan sebelumnya</li> <li>2. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ibu apakah dalam batas normal, dan memastikan involusi uterus berjalan dengan baik</li> <li>3. Agar ibu mengetahui pentingnya kebutuhan dasar ibu nifas</li> <li>4. Untuk memastikan bahwa ibu benar-benar bisa menyusui dengan benar dan tanpa penyulit</li> <li>5. Agar ibu mengetahui cara perawatan payudara untuk mencegah terjadinya bendungan ASI</li> <li>6. Untuk mendeteksi jika terdapat infeksi atau perdarahan abnormal dapat segera ditangani</li> <li>7. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula</li> <li>8. Untuk mendeteksi dini kelainan pada masa nifas dengan pemantauan rutin.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetoskop</li> <li>2. Tensimeter</li> <li>3. Termometer</li> <li>4. Jam tangan</li> <li>5. Leaflet senam nifas</li> <li>6. Buku KIA</li> </ol>	<p>TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd</p>
----	----------------------------	--------------------------------	---	--	--	---

	Kunjungan neonatus (KN 2)	Bayi dengan usia 3-7 hari	<p>NEONATUS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kunjungan sebelumnya</li> <li>2. Berikan pujian karena ibu sudah memberikan asuhan yang benar</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe</li> <li>4. Pastikan bayi mendapat ASI Eksklusif dengan baik</li> <li>5. Melihat adanya tanda-tanda infeksi tali pusat pada bayi</li> <li>6. Menyarankan ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari untuk mencegah penyakit kuning</li> <li>7. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman yang telah dijelaskan di minggu sebelumnya</li> <li>2. Untuk menambah semangat pada ibu dalam merawat bayinya</li> <li>3. Untuk memastikan keadaan bayi sehat</li> <li>4. Agar bayi terpenuhi kebutuhan nutrisinya</li> <li>5. Mendeteksi secara dini tanda-tanda infeksi tali pusat pada bayi</li> <li>6. Untuk mencegah bayi terkena hipotermi</li> <li>7. Untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetoskop</li> <li>2. Termometer</li> <li>3. Jam tangan</li> <li>4. Perawatan tali pusat (Kassa)</li> <li>5. Buku KIA</li> <li>6. Leaflet ASI Eksklusif</li> </ol>	
--	---------------------------	---------------------------	---	---	--	--

10.	Kunjungan ibu nifas (KF3)	Ibu dengan 8-28 hari masa nifas	<p>NIFAS</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kunjungan nifas kedua</li> <li>2. Pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik, memastikan involusi uterus berjalan dengan normal</li> <li>3. Kaji penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas</li> <li>4. Evaluasi ibu mendapat nutrisi yang bergizi dan istirahat yang cukup</li> <li>5. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan memperhatikan adanya tanda-tanda penyulit atau tidak</li> <li>6. Ajarkan ibu senam nifas</li> <li>7. Memberi konseling mengenai KB yang akan digunakan sesuai dengan pilihan ibu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memantau involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, TFU dibawah umbilicus, tidak ada perdarahan abnormal</li> <li>2. Untuk mengidentifikasi ada tidaknya masalah atau komplikasi pada ibu</li> <li>3. Memantau apakah ada tidaknya masalah atau komplikasi pada ibu</li> <li>4. Untuk mengetahui dalam keluarga apa terdapat tarak makan dan agar ibu tahu pentingnya istirahat yang cukup</li> <li>5. Untuk memastikan bahwa ibu benar-benar bisa menyusui dengan benar dan tanpa penyulit</li> <li>6. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula</li> <li>7. Agar ibu memahami macam-macam KB dan dapat menentukan kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetoskop</li> <li>2. Tensimeter</li> <li>3. Termometer</li> <li>4. Jam tangan</li> <li>5. Leaflet senam nifas</li> <li>6. Buku KIA</li> <li>7. Lembar ABPK</li> </ol>	<p>TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd</p>
-----	---------------------------	---------------------------------	--	---	--	---



	Kunjungan Neonatus (KN 3)	Bayi dengan usia 8-28 hari	<b>NEONATUS</b> 1. Evaluasi kunjungan 2 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	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 memberikan semangat ibu rutin ke posyandu dan dapat memantau perkembangan anaknya 5. Agar bayi mendapatkan imunisasi secara lengkap sesuai dengan jadwal	1. Stetoskop 2. Termometer 3. Jam tangan 4. Buku KIA	
11.	Kunjungan ibu nifas (KF 4)	Ibu dengan 29-42 hari masa nifas	<b>NIFAS</b> 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 memperhatikan adanya tanda-tanda penyulit atau tidak 5. Menanyakan kembali pada ibu KB apa yang akan dipilih	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. Ibu memilih kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya	1. Buku KIA 2. Tensimeter 3. Jam tangan 4. Lembar balik ABPK	TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd

**PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Retno Izha Aldiacahya

NIM : P17310214066

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

Judul Studi : Asuhan Kebidanan Continuity Of Care pada Ny. X  
Kasus : di TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.Bd. Lawang  
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,



Retno Izha Aldiacahya  
NIM. P17310214066

**SURAT PERNYATAAN MENJADI KLIEN**

*Lampiran 7*

**SURAT PERNYATAAN MENJADI KLIEN**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Lulu Nur Aminah

Umur : 35 Th.


Alamat : Kelindan

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya bersedia / tidak bersedia \*) menjadi klien pada Studi Kasus Asuhan Kebidanan (*Continuity Of Care*) di TPMB Titik Sunaryati S.Tr.Keb.,Bd Lawang Malang yang dilakukan oleh Mahasiswa Semester VI 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, 05 Mei ..... 2024

Yang membuat persetujuan

  
Lulu Nur Aminah



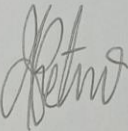
**INFORMED CONSENT**

*Lampiran 8*

**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 Retno Izha Aldiacahya 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, <u>05 Mei</u> 2024 Yang Memberi Persetujuan
 (.....)	 (Luluk Nur Aminah)
Mengetahui	Malang, <u>05 Mei</u> 2024
Dosen Pembimbing	Mahasiswa
 (Nur Eva Aristina, SST, M.Keb.)	 (Retno Izha Aldiacahya)

## FORM PENGAJIAN 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 pertama :.....bulan
- 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 kesehatan keluarga (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: .....,  
Darimana 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**

Keadaan 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: .....



KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

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

Nama: ..... Umur Ibu: ..... TL  
 Jenis La: ..... Real Terahitngl ..... Perkiraan Perkiraan hamil: ..... bl  
 Pendidikan: Bu ..... Sdm .....  
 Pekerjaan: Bu ..... Sdm .....

KEL. F.R.	NO.	Masa / Faktor Risiko	SKOR	Tribunal					
				I	II	III	IV	V	VI
I	1	Terdah masa hamil < 18 h	2						
	2	Terdah masa hamil > 42 h	4						
	3	Terdah masa hamil > 20 a	4						
	4	Terdah masa hamil < 1 th	4						
	5	Terdah masa hamil > 10 th	4						
	6	Terdah masa hamil > 35 tahun	4						
	7	Terdah pendek < 145 Cm	4						
	8	Pernah gagal melahirkan	4						
	9	Pernah melahirkan sngar a. Takut, tegang / takut b. Lari-lari c. Dibare mba/Tanaka	4						
	10	Pernah sngar sngar	4						
II	11	Penyakit pada ibu hamil: a. Kurang darah b. Malaria c. TBC paru d. Penyakit jantung e. Penyakit ginjal (Gabus) f. Penyakit Menular Seksual	4						
	12	Bentuk dada muka / tingkal dan tidak normal tinggi	4						
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4						
	14	Hamil kembar 2k (preklamsia)	4						
	15	Bayi mati dalam kandungan	4						
	16	Kehamilan lebih bulan	4						
	17	Laki-laki	4						
	18	Laki-laki	4						
	19	Penggunaan jam tangan besi	4						
	20	Penggunaan Busur / Zingir	4						

JUMLAH SKOR: .....

**PENYULUHAN KEHAMILAN PERSALINAN AMAN – RAJUAN TERENCANA**

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO			
JAL. SKOR	KEL. F.R.	NO.	SKOR	TEMPAT	WAKTU	TEMPAT	WAKTU
7	III	1	4	Tempat	Waktu	Tempat	Waktu
6-10	II	1-10	4	Tempat	Waktu	Tempat	Waktu
1-5	I	1-10	4	Tempat	Waktu	Tempat	Waktu

Kemoter ibu dalam kehamilan: 1. Abortus 2. Lan-tan

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

Tempat Persalinan: 1. Rumah 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Puskesmas

Persalinan: 1. Normal 2. Normal 3. Normal 4. Normal

RUJUKAN DARI:	RUJUKAN KE:
1. Sdm	1. Sdm
2. Dlm	2. Puskesmas
3. Bdm	3. Rumah Sakit
4. Puskesmas	

**ESKUSAN**

1. Rujukan Diri Berencana (RDB) 2. Rujukan Spontanea (RSW)  
 Rujukan Dalam-Rahim (RD) 3. Rujukan Luar-Rahim (RL)

**Sawat Obstetrik:**      **Sawat Dominan Obstetrik:**  
**Kel. Faktor Risiko I & II**      **Kel. Faktor Risiko II**  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....

TEMPAT:	PENGLONG:	MACAM PERSALINAN:
1. Rumah Bu	1. Dlm	1. Normal
2. Rumah Sdm	2. Sdm	2. Normal peraginam
3. Puskesmas	3. Dlm	3. Dlm
4. Puskesmas	4. Lan-2	4. Lan-2
5. Rumah Sakit		
6. Puskesmas		

**MASCA PERSALINAN:**

**IBU:** 1. Hida 2. Dlm dengan penyakit  
 a. Malaria b. Preklamsia/keprek  
 c. Prolaps d. Infeksi e. Lan-2  
**RAY:** 1. Sdm 2. Dlm 3. Dlm 4. Dlm 5. Dlm 6. Dlm  
 7. Dlm 8. Dlm 9. Dlm 10. Dlm  
 11. Dlm 12. Dlm 13. Dlm 14. Dlm 15. Dlm 16. Dlm 17. Dlm 18. Dlm 19. Dlm 20. Dlm

**KEADAN IBU SELAMA WAKTU PERSALINAN:**

1. Sdm 2. Sdm 3. Sdm 4. Sdm 5. Sdm 6. Sdm 7. Sdm 8. Sdm 9. Sdm 10. Sdm 11. Sdm 12. Sdm 13. Sdm 14. Sdm 15. Sdm 16. Sdm 17. Sdm 18. Sdm 19. Sdm 20. Sdm

Keluarga Berencana: 1. Ya 2. Tidak  
 3. Belum Tahu

Kategori Keluarga Mahal: 1. Ya 2. Tidak  
 Sdm / Dlm / Mandra / Dlm

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 Golongan 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

**LEMBAR PENAPISAN IBU BERSALIN**

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

Hari/Tanggal :  
Nama :  
Umur :  
Alamat :

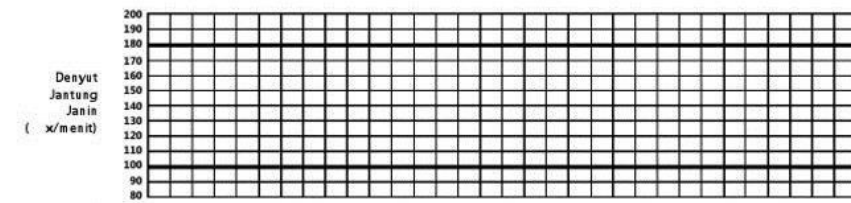
NO	PENYULIT	YA	TIDAK
1	Riwayat bedah sesar		
2	Perdarahan pervaginam		
3	Kehamilan kurang bulan (usia kehamilan < 37 minggu)		
4	Ketuban pecah dengan mekoneum kental		
5	Ketuban pecah lama(lebih dari 24 jam)		
6	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (< 37 minggu)		
7	Ikterus		
8	Anemia berat		
9	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		



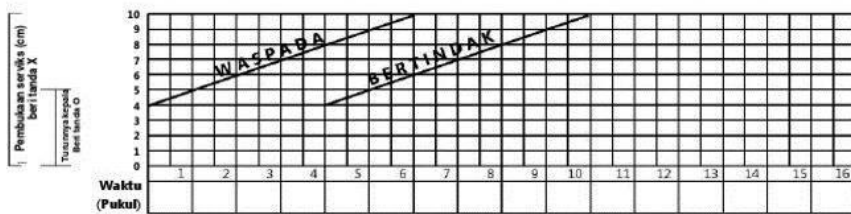
# PARTOGRAF

## 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 penyusupan



Kontraksi tiap 10 menit

< 20	5
20-40	4
> 40 (detik)	3
	2
	1

Oksitosin U/I tetes/menit

Obat dan cairan IV

Nadi

Tekanan darah

Temperatur °C

Urine { Protein   
 Aseton   
 Volume

Makan terakhir : Pukul ..... Jenis : ..... Posisi : .....  
 Minum terakhir : Pukul ..... Jenis : ..... Posisi : .....  
 Penolong (.....)



**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 .....  
 Tidak
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 im ?  
 Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan  
 Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?  
 Ya, alasan .....  
 Tidak
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 .....  
 Tidak.
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 badan .....gram
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  
 Aspiksia 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 : .....

**CHECK LIST APN**  
**60 LANGKAH ASUHAN PERSALINAN NORMAL**

Mengenali Gejala dan Tanda Kala II
<p>1) Mendengar dan melihat adanya tanda persalinan kala II</p> <p>a) Ibu merasakan dorongan kuat dan meneran.</p> <p>b) Ibu merasakan tekanan yang semakin meningkat pada rektum dan vagina.</p> <p>c) Perineum tampak menonjol.</p> <p>d) Vulva dan sfingter ani membuka.</p>
Menyiapkan pertolongan persalinan
<p>2) Pastikan kelengkapan peralatan, bahan, dan bahan obat-obatan esensial untuk menolong persalinan dan penatalaksanaan komplikasi segera pada ibu dan bayi baru lahir.</p> <p>Untuk asuhan bayi baru lahir atau resusitasi dengan menyiapkan:</p> <p>a) Tempat datar, rata, bersih, kering, dan hangat.</p> <p>b) 3 handuk/kain bersih dan kering.</p> <p>c) Alat pengisap lendir.</p> <p>d) Lampu sorot 60watt dengan jarak 60 cm dari tubuh bayi.</p> <p>Untuk ibu:</p> <p>a) Menggelar kain di perut bawah ibu.</p> <p>b) Menyiapkan oksitosin 10 unit.</p> <p>c) Alat suntik steril sekali pakai di dalam partus set.</p>
3) Pakai celemek plastik atau dari bahan yang tidak tembus cairan.
4) Melepaskan dan menyimpan semua perhiasan yang dipakai, cuci tangan dengan sabun dan air bersih mengalir kemudian keringkan tangan dengan handuk yang bersih dan kering.
5) Gunakan sarung tangan DTT pada tangan yang akan digunakan untuk periksa dalam.
6) Masukkan oksitosin ke dalam <i>sputit</i> .
Memastikan pembukaan lengkap dan keadaan janin
<p>7) Membersihkan vulva dan perineum dengan menyeka dengan hati-hati depan ke belakang menggunakan kapas atau kasa yang dibasahi dengan air DTT:</p> <p>a) Jika introitus vagina, perineum atau anus terkontaminasi feces, bersihkan dengan seksama dari arah ke belakang.</p> <p>b) Buang kapas atau kasa pembersih dalam tempat sampah.</p> <p>c) Jika sarung tangan terkontaminasi, lakukan dekontaminasi, kemudian memakai sarung tangan DTT baru.</p>
<p>8) Lakukan periksa dalam untuk memastikan pembukaan lengkap.</p> <p>a) Bila selaput ketuban masih utuh saat pembukaan sudah lengkap maka lakukan amniotomi.</p>
9) Dekontaminasi sarung tangan lalu cuci tangan.

<p>10) Periksa DJJ setelah kontraksi uterus mereda untuk memastikan DJJ dalam batas normal.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Mengambil tindakan yang sesuai jika DJJ tidak normal.</li> <li>b) Mendokumentasikan hasil pemeriksaan dalam partograf.</li> </ul>
Menyiapkan ibu dan keluarga untuk membantu proses meneran
<p>11) Beritahukan pada ibu bahwa pembukaan lengkap dan keadaan janin cukup baik kemudian bantu ibu memposisikan diri dengan nyaman dan sesuai keinginannya.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Tunggu hingga timbul kontraksi atau rasa ingin meneran, tetap lakukan pemantauan kondisi dan kenyamanan serta kesejahteraan janin, kemudian dokumentasikan semua temuan yang ada.</li> <li>b) Jelaskan pada anggota keluarga tentang peran mereka untuk mendukung dan memberi semangat pada ibu dan meneran secara benar.</li> </ul>
<p>12) Minta keluarga membantu menyiapkan posisi meneran jika ada rasa ingin meneran atau kontraksi yang kuat. Pada kondisi itu, ibu diposisikan setengah duduk atau posisi lain yang diinginkan dan pastikan ibu merasa nyaman.</p>
<p>13) Lakukan bimbingan meneran pada saat ibu merasa ingin meneran atau timbul kontraksi yang kuat:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Bimbing ibu untuk meneran secara benar dan efektif.</li> <li>b) Beri dukungan saat meneran dan perbaiki cara meneran apabila cara salah.</li> <li>c) Bantu ibu mengambil posisi yang nyaman sesuai pilihannya namun hindari terlentang terlalu lama.</li> <li>d) Anjurkan ibu beristirahat di antara kontraksi.</li> <li>e) Anjurkan keluarga memberi dukungan untuk ibu.</li> <li>f) Berikan ibu minum agar tidak dehidrasi.</li> <li>g) Menilai DJJ setiap kontraksi uterus mereda.</li> <li>h) Segera rujuk jika bayi belum atau tidak akan segera lahir setelah pembukaan lengkap dan dipimpin meneran 2 jam pada primigravida atau 1 jam pada multigravida.</li> </ul>
<p>14) Anjurkan ibu untuk berjalan, berjongkok, atau mengambil posisi yang nyaman jika belum ada dorongan untuk meneran dalam waktu 60 menit.</p>
Persiapan untuk melahirkan bayi
<p>15) Meletakkan handuk kering dan bersih di perut ibu, jika kepala bayi telah membuka vulva dengan diameter 5—6 cm.</p>
<p>16) Letakkan kain bersih yang dilipat 1/3 bagian untuk alas bokong ibu.</p>
<p>17) Buka tutup partus set dan periksa kembali kelengkapan peralatan dan bahan.</p>
<p>18) Memakai sarung tangan tangan DTT/steril pada kedua tangan.</p>
Pertolongan untuk melahirkan bayi (lahirnya kepala)

19) Setelah kepala bayi tampak sekitar diameter 5—6cm membuka vulva, Lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi kain bersih dan kering. Tangan lain menahan belakang kepala untuk mempertahankan posisi fleksi dan membantu lahirnya kepala. Anjurkan ibu untuk bernapas cepat dan dangkal.
20) Periksa kemungkinan adanya lilitan tali pusat lalu lanjutkan proses kelahiran bayi. a) Jika tali pusat melilit leher secara longgar, lepaskan lilitan lewat bagian atas kepala bayi. b) Jika tali pusat melilit leher secara kuat, klem tali pusat di dua tempat dan potong tali pusat di antara dua klem tersebut.
21) Setelah kepala lahir, tunggu putar paksi luar yang berlangsung secara spontan.
Pertolongan untuk melahirkan bayi (lahirnya bahu)
22) Setelah putar paksi luar selesai, pegang kepala bayi secara biparietal, anjurkan ibu untuk meneran saat kontraksi, lalu dengan lembut gerakkan kepala ke arah bawah hingga bahu depan muncul di bawah arkus pubis dan kemudian gerakkan ke atas untuk melahirkan bahu belakang.
Pertolongan untuk melahirkan bayi (lahirnya badan dan tungkai)
23) Setelah kedua bahu lahir, geser tangan bawah untuk menopang kepala dan bahu. Gunakan tangan atas untuk menelusuri dan memegang lengan serta siku sebelah atas.
24) Setelah tubuh dan lengan lahir, lakukan penelusuran tangan atas ke arah punggung, bokong, tungkai dan kaki kemudian pegang kedua mata kaki.
Asuhan bayi baru lahir
25) Lakukan penilaian selintas a) Apakah bayi cukup bulan? b) Apakah bayi menangis kuat dan bernapas tanpa kesulitan? c) Apakah bayi bergerak aktif? Bila ada satu jawaban tidak, lakukan langkah resusitasi.
26) Keringkan tubuh bayi dengan handuk mulai muka hingga badan tanpa membersihkan verniks, lalu ganti handuk dengan handuk yang baru, serta memastikan bayi dalam posisi dan kondisi yang aman di perut bagian bawah ibu.
27) Periksa kembali uterus untuk memastikan ada/tidaknya bayi kedua.
28) Memberitahukan ibu bahwa ia akan disuntik oksitosin agar kontraksi uterus baik.
29) Setelah 1 menit bayi lahir, suntikkan oksitosin 10 unit di 1/3 distal lateral paha ibu.
30) Setelah 2 menit bayi lahir, klem tali pusat 5 cm dari pusar bayi dan 2 cm dari klem pertama.

<p>31) Pemotongan dan pengikatan tali pusat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Dengan satu tangan, pegang tali pusat dan lakukan pengguntingan tali pusat di antara 2 klem.</li> <li>Ikat tali pusat dengan benang DTT/steril.</li> <li>Lepaskan klem dan masukkan dalam wadah.</li> </ol>
<p>32) Letakkan bayi secara tengkurap di dada ibu untuk kontak <i>skin-to-skin</i> dengan kepala bayi berada di payudara ibu, lebih rendah dari puting susu dan areola mammae ibu.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Selimuti ibu dan bayi dengan kain kering serta pakaikan topi bayi.</li> <li>Biarkan bayi di atas dada ibu minimal 1 jam.</li> </ol>
<p>Manajemen aktif kala III persalinan</p>
<p>33) Pindahkan klem tali pusat hingga 5—10 cm dari vulva.</p>
<p>34) Letakkan satu tangan di atas kain pada perut bawah ibu untuk mendeteksi kontraksi, sedangkan tangan lain memegang klem melakukan penegangan tali pusat.</p>
<p>35) Setelah uterus berkontraksi, tegangkan tali pusat ke bawah sambil tangan melakukan dorso kranial secara hati-hati. Jika plasenta tidak lahir setelah 30—40 detik, hentikan penegangan tali pusat dan tunggu hingga timbul kontraksi dan lakukan hal yang sama.</p>

<p>Mengeluarkan plasenta</p>
<p>36) Jika saat melakukan dorso kranial diikuti dengan pemanjangan tali pusat, lanjutkan dorongan ke arah kranial hingga plasenta dapat dilahirkan.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Jika tali pusat bertambah panjang, pindahkan klem 5—10 cm dari vulva dan lahirkan plasenta.</li> <li>Jika plasenta tidak lepas setelah 15 menit, ulangi pemberian oksitosin &gt; lakukan kateterisasi jika kandung kemih penuh &gt; minta keluarga untuk menyiapkan keperluan rujukan &gt; ulangi tekanan dorso kranial dan penegangan selama 15 menit &gt; jika plasenta tidak lahir dalam 30 menit setelah bayi lahir dan terdapat perdarahan maka lakukan manual plasenta.</li> </ol>
<p>37) Saat plasenta muncul di introitus vagina, lahirkan plasenta dengan kedua tangan. Pegang dan putar hingga selaput plasenta terpilin lalu lahirkan dan tempatkan pada wadah. Jika selaput robek, gunakan sarung tangan DTT/steril untuk melakukan eksplorasi sisa selaput, kemudian gunakan jari-jari tangan atau klem ovum untuk mengeluarkan selaput yang tertinggal.</p>
<p>Rangsangan taktil (masase) uterus</p>
<p>38) Segera setelah plasenta lahir, lakukan masase uterus dengan meletakkan tangan di fundus dan melakukan gerakan melingkar dengan lembut hingga uterus berkontraksi selama 15 detik.</p>
<p>Menilai perdarahan</p>
<p>39) Periksa kedua sisi plasenta, pastikan plasenta telah dilahirkan lengkap. Setelah itu masukkan ke wadah khusus.</p>
<p>40) Evaluasi kemungkinan adanya laserasi pada vagina dan perineum. Lakukan penjahitan bila terjadi laserasi dan menimbulkan perdarahan.</p>

Asuhan pascapersalinan
41) Pastikan kontraksi uterus baik dan tidak terjadi perdarahan pervaginam.
42) Lakukan dekontaminasi pada sarung tangan yang digunakan kemudian cuci tangan.
Evaluasi
43) Menilai kandung kemih penuh atau tidak.
44) Mengajarkan ibu dan keluarga cara menilai kontraksi dan masase uterus.
45) Evaluasi estimasi jumlah perdarahan.
46) Memeriksa nadi ibu dan memastikan keadaan umum ibu baik.
47) Memantau keadaan bayi <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Pastikan bayi bernapas dengan normal.</li> <li>b) Bila bayi merintih atau sulit bernapas, lakukan resusitasi dan rujukan.</li> </ul>
48) Bila bayi bernapas cepat, lakukan perujukan.
Kebersihan dan keamanan
49) Tempatkan semua alat bekas pakai pada wadah untuk dilakukan dekontaminasi kemudian cuci bersih setelah dekontaminasi selesai.
50) Buang bahan-bahan yang terkontaminasi sesuai dengan jenis sampah.
51) Bersihkan ibu dengan air DTT lalu bantu itu mengganti pakaian kering dan bersih.
52) Pastikan ibu nyaman dan anjurkan keluarga untuk memberikan ibu makan dan minum.
53) Dekontaminasi pada tempat bersalin.
54) Dekontaminasi sarung tangan.
55) Cuci kedua tangan.
56) Gunakan sarung tangan bersih/DTT untuk memeriksa fisik bayi.
57) Dalam satu jam pertama, beri salep/tetes mata profilaksis, injeksi vitamin K 1mg secara I.M di paha kiri, pemeriksaan fisik, mengkaji pernapasan dan suhu tubuh bayi setiap 15 menit.
58) Setelah satu jam pemberian vitamin K, berikan imunisasi Hb0 pada paha kanan. Setelah itu berikan bayi pada ibu agar dapat disusukan sewaktu-waktu.
59) Lakukan dekontaminasi pada sarung tangan.
60) Cuci kedua tangan
61) Dokumentasi
62) Melengkapi lembar partograf depan dan belakang, lakukan asuhan kala IV.

**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\*\*:**

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

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

Inisiasi menyusu 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

## RINGKASAN PELAYANAN NIFAS

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

<b>Kesimpulan Akhir Nifas</b> Keadaan Ibu**: <input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Meninggal	<b>Keadaan Bayi**:</b> <input type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan: ..... <input type="checkbox"/> Meninggal
---	---

**Komplikasi Nifas\*\*:**  
 Perdarahan  
 Infeksi  
 Hipertensi  
 Lain-lain: Sebutkan

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

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


Kesimpulan: .....



**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"/> *Bila belum diberikan	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"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> **  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
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

**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		