



## Lampiran 2

**PERNYATAAN  
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini

1. Nama dan gelar : Ni Wayan Dwi Rosmalawati, A.Per.Pen.,M.Kes
2. NIP. : 196611151986032001
3. Pangkat dan Golongan : Penata Tk.I/ III D
4. Jabatan : Lektor
5. Asal institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S2
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
  - a. Rumah : Istana Bedali Agung, J.7 RT 03 RW 12, Lawang
  - b. Telepon/HP : 081333117870
  - 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 : Istiqomah  
 NIM : P17310211016  
 Topik Studi Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care* (COC) Pada Ny. X di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn, Ciptomulyo – Kota Malang.

\*) Coret yang tidak di pilih

Malang, 29 September 2023



Ni Wayan Dwi Rosmalawati, A.Per.Pen.,M.Kes  
 NIP. 196611151986032001

## LEMBAR KONSULTASI

Lampiran 3

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Istiqomah  
 NIM : P17310211016  
 Nama Pembimbing : Ni Wayan Dwi Rosmalawati, A Per Pen ,M Kes  
 Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC) Pada Ny  
 W di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr Keb, Bdn, Ciptomulyo- Kota  
 Malang

TANGGAL	MATERI KONSULTASI	TANDA TANGAN
29.09.2023	Pengajuan Judul Proposal dan Surat Studi Pendahuluan	
06.10.2023	Konsultasi Bab I	
23.10.2023	Revisi Bab I, ACC	
08.11.2023	Konsultasi Bab II	
29.11.2023	Revisi Bab II, ACC	
06.12.2023	Konsultasi Bab III	
15.12.2023	Revisi Bab III,	
16.12.2023	Merapikan halaman, margin, Konsul, ACC Ujian Proposal	
22.05.2024	Konsultasi Bab IV Revisi Bab IV,	 
25.05.2024	Revisi Bab IV, Perbaiki askeb sesuai dengan Kenyataan	
29.05.2024	Konsultasi Bab V dan Bab VI	
31.05.2024	ACC, Maju Ujian Seminar Hasil	

## SURAT STUDI PENELITIAN



**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](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)



23 Januari 2024

Nomor : PP.03.04/F.XXI.16/133/2024  
 Hal : Permohonan Ijin Pelaksanaan Penelitian LTA an Istiqomah

Ke p a d a, Yth  
 Pimpinan TPMB Yulis Aktriani  
 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 Pelaksanaan Penelitian mahasiswa kami :

N a m a : Istiqomah  
 NI M : P17310211016  
 Program Studi : DIII Kebidanan Malang  
 Semester : V (Lima)  
 Judul : Asuhan Kebidanan COC Pada Ny.X dari Masa Hamil sampai Masa Interval

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang,



**RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes**

Tembusan:

1. Sdr. Istiqomah
2. Pertinggal

1. Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, Telp (0341) 566075, 571388
2. Kampus I : Jl. Srikoyo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613
3. Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp. (0341) 427847
4. Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp. (0342) 801043
5. Kampus IV : Jl. KH Wakhid Hasyim No. 64B Kediri Telp. (0354) 773095
6. Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggalek, 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

## SURAT BALASAN DARI BIDAN



**PRAKTEK MANDIRI BIDAN**  
**Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn**  
 Jl. Kolonel Sugiono Gg 8 No 75, Ciptomulyo, Kecamatan Sukun  
 Kota Malang, Jawa Timur 65148



---

**SURAT TELAH MENYELESAIKAN PENELITIAN COC**  
**☞/PMB/VI/24**

Yang bertanda tangan disini:

Nama TPMB : Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn  
 Alamat : Jl. Kolonel Sugiono Gg 8 No 75, Ciptomulyo,  
 Kecamatan Sukun, Kota Malang, Jawa Timur  
 65148

Dengan ini menerangkan,

Nama : Istiqomah  
 NIM : P17310211016  
 Jurusan/Prodi : Kebidanan / D3 Kebidanan Malang  
 Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang

Telah selesai melakukan penelitian Continuity of Care (COC) asuhan  
 Kebidanan berkesinambungan pada Ny.W yang dimulai pada tanggal 04  
 Februari 2024 – 08 April 2024 dengan judul Laporan Tugas Akhir “ Asuhan  
 Kebidanan Continuity of Care (COC) Pada Ny.W di TPMB Yulis Aktriani,  
 S.Tr.Keb, Bdn Kota Malang”.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Malang, 04 Juni 2024



PRAKTEK MANDIRI BIDAN  
 Yulis Aktriani, S.Tr. Keb..Bdn  
 081330938610  
 Jl. Kol. Sugiono 8 No.75 Ciptomulyo  
 MALANG




Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn

**PLAN OF ACTION**

No	Rencana Kunjungan	Rencana	Tujuan	Alat dan Media	Tempat
<b>KEHAMILAN</b>					
1	<b>Kunjungan 1 (Ibu hamil TM III UK 32 – 34 minggu)</b>	1. Lakukan perkenalan dengan klien dan keluarga klien 2. Bina hubungan saling percaya 3. Berikan penjelasan sebelum persetujuan ibu 4. Lakukan <i>informed consent</i> 5. Lakukan kontrak waktu untuk melakukan pengkajian 6. Jadwalkan kunjungan ulang	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 lebih lanjut	1. Lembar <i>informed consent</i> 2. Catatan kecil 3. Buku KIA	TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn

2	<b>Kunjungan 2 (Ibu hamil TM III UK 35 – 37 minggu)</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian data (Anamnesa data Subyektif dan Obyektif) pada klien</li> <li>2. Berikan pelayanan 10T <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 TT dan pemberian imunisasi TT</li> <li>e. Pemberian Tablet Fe</li> <li>f. Tetapkan status gizi</li> <li>g. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ)</li> <li>h. Tes Laboratorium</li> <li>i. Temu wicara (konseling)</li> <li>j. Tata laksana rujukan</li> </ol> </li> <li>3. Menanyakan keluhan yang dialami oleh ibu</li> <li>4. Lakukan pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Umum Keadaan umum, kesadaran, antropometri, TTV</li> </ol> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal, termasuk riwayat kesehatan ibu dan keluarga</li> <li>2. Untuk menambah pengetahuan ibu</li> <li>3. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu dan aktivitas yang dilakukan sehari-hari</li> <li>4. Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin dan memastikan dalam keadaan baik</li> <li>5. Untuk mengetahui cara menghindari dan mengobati keluhan yang dialami ibu</li> <li>6. Untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman serta cara mengatasi ketidaknyamanan kehamilan trimester III</li> <li>7. Untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman serta pencegahan tanda bahaya</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 Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn
---	---	--	--	---	------------------------------------

		<ul style="list-style-type: none"> <li>b. Fisik</li> <li>Pemeriksaan leopold I-IV, TFU, dan DJJ</li> <li>5. Berikan KIE mengenai keluhan utama ibu dan memberikan KIE sesuai rencana asuhan</li> <li>6. Berikan KIE mengenai ketidaknyamanan kehamilan trimester III</li> <li>7. Berikan KIE mengenai tanda bahaya kehamilan trimester III</li> <li>8. Jelaskan mengenai P4K (perencanaan dan pencegahan komplikasi)</li> <li>9. Ajarkan ibu senam hamil</li> <li>10. Jadwalkan kunjungan ulang</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>kehamilan trimester III</li> <li>8. Untuk persiapan persalinan dan pencegahan terjadinya komplikasi</li> <li>9. Untuk melemaskan otot-otot dinding perut ibu</li> <li>10. Untuk mengetahui perkembangan ibu lebih lanjut</li> </ul>		
<b>3</b>	<b>Kunjungan 3 (Ibu hamil TM III UK 38 – 40 minggu)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Mengevaluasi kunjungan sebelumnya (K2)</li> <li>2. Anamnesa keluhan utama ibu</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Umum</li> <li>b. Fisik</li> </ul> </li> <li>4. Berikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan</li> <li>5. Berikan penjelasan mengenai</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya</li> <li>2. Untuk mengetahui keluhan yang dialami ibu</li> <li>3. Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan memastikan keadaan ibu dan janin dalam kandungannya</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1. Timbangan</li> <li>2. Metlin</li> <li>3. Termometer</li> <li>4. Stetoskop</li> <li>5. Tensimeter</li> <li>6. Doppler+gel</li> <li>7. Jam tangan</li> <li>8. Buku KIA</li> </ul>	TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn

		<p>persiapan persalinan</p> <p>6. Berikan dukungan keluarga dan ibu untuk persiapan menghadapi persalinan</p>	<p>4. Agar ibu mengetahui tanda-tanda persalinan sehingga apabila sudah terdapat tanda-tanda persalinan ibu dapat segera ke fasilitas kesehatan</p> <p>5. Agar ibu dan keluarga mengetahui apa saja perlengkapan yang perlu disiapkan menjelang persiapan persalinan</p> <p>6. Mempersiapkan keluarga dan ibu dalam menghadapi persalinan agar ibu tidak khawatir berlebihan dengan menjaga kenyamanan psikologis ibu</p>		
<b>PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR (BBL)</b>					
<b>4</b>	<b>Kunjungan 1 (Ibu dengan usia kehamilan aterm)</b>	<p>1. Menanyakan keluhan ibu</p> <p>2. Melakukan pemeriksaan TTV</p> <p>3. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan adanya pembukaan serviks</p> <p>4. Lakukan pemantauan kemajuan persalinan</p> <p>5. Persiapan alat (partus set,</p>	<p>1. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu</p> <p>2. Untuk memastikan bahwa tanda-tanda vital ibu dalam batas normal</p> <p>3. Untuk mengetahui apakah sudah terdapat pembukaan atau belum</p> <p>4. Untuk mengetahui kemajuan</p>	<p>1. Termometer</p> <p>2. Stetoskop</p> <p>3. Tensimeter</p> <p>4. Doppler+gel</p> <p>5. Metlin</p> <p>6. Jam tangan</p> <p>7. Buku KIA</p> <p>8. Lembar penapisan</p>	<p>TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn</p>

		APD) 6. Lakukan pertolongan APN 60 langkah 7. Observasi 2 jam postpartum 8. Lakukan pemeriksaan asuhan BBL	persalinan ibu termasuk HIS dan DJJ 5. Untuk mempermudah dalam proses persalinan 6. Melakukan persalinan sesuai dengan standar, mengajarkan bayi untuk mencari dan menghisap ASI dengan sendirinya selama satu jampertama (IMD), pemberian vit K1, salep mata dan setelah 1 jam pertama diberikan imunisasi Hb0	9. Lembar observasi 10. Lembar partograf 11. Partus set dan heating set + larutan klorin 12. Perawatan BBL (lampu sorot, handuk, pakaian bayi, minyak telon, metlin, timbangan, thermometer, penlight, vit K1, salep mata, Hb0)	
<b>NIFAS DAN NEONATUS</b>					
<b>5</b>	<b>KF 1 (6 jam – 3 hari PP)</b>	<b>NIFAS</b> 1. Observasi TTV, TFU, perdarahan lochea 2. Ajarkan ibu untuk melakukan massase uterus untuk mencegah adanya perdarahan karena atonia uteri	1. Untuk mengetahui dan memantau keadaan ibu 2. Untuk memantau agar uterus berkontraksi dengan baik dan mencegah adanya perdarahan karena atonia uteri	1. Stetokop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas	TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn

		<ol style="list-style-type: none"> <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>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</li> </ol>	6. Buku KIA	
--	--	--	--	-------------	--

	<p><b>KN 1 (6 – 48 jam)</b></p>	<p><b>NEONATUS</b></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,</li> </ol>	<p>kelainan pada masa nifas dengan pemantauan rutin</p> <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> </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 buku KIA</li> </ol>	
--	---------------------------------	---	--	--	--

		<p>salep mata profilaksis, imunisasi Hepatitis B0 pemberian tidak lebih dari 7 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>8. Agar ibu dan keluarga mengetahui cara perawatan bayi yang benar dan cara menyusui yang benar sebagai pemenuhan nutrisi bayi</p>		
<b>6</b>	<b>KF 2 (3 – 7 hari PP)</b>	<p><b>NIFAS</b></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</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</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>TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn</p>

	<p><b>KN 2 (3 – 7 hari)</b></p>	<p>payudara</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>6. Ajarkan ibu senam nifas</li> <li>7. Beritahu jadwal kunjungan selanjutnya</li> </ol> <p><b>NEONATUS</b></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. Berikan KIE mengenai ASI Eksklusif</li> <li>5. Menyarankan ibu untuk menjemur bayinya di pagi</li> </ol>	<p>dengan benar dan tanpa penyulit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Agar ibu mengetahui cara perawatan payudara untuk mencegah terjadinya bendungan ASI</li> <li>6. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula</li> <li>7. Untuk mendeteksi dini kelainan pada masa nifas dengan pemantauan rutin.</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. Untuk menambah ibu dalam pemberian ASI Eksklusif</li> <li>5. Untuk mencegah bayi terkena hipotermi</li> <li>6. Untuk memantau</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetoskop</li> <li>2. Termometer</li> <li>3. Jam tangan</li> <li>4. Buku KIA</li> <li>5. Leaflet ASI Eksklusif</li> </ol>	
--	---------------------------------	---	--	---	--

		<p>hari untuk mencegah penyakit kuning</p> <p>6. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya</p>	<p>pertumbuhan dan perkembangan bayi</p>		
7	<b>KF 3 (8 – 14 hari PP)</b>	<p><b>NIFAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kunjungan 2</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 dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit</li> <li>5. Ajarkan ibu senam nifas</li> <li>6. Memberi konseling mengenai KB yang akan digunakan sesuai dengan pilihan ibu.</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. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula</li> <li>6. 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 Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn</p>

	<b>KN 3 (8 – 14 hari)</b>	<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	
<b>8</b>	<b>KF 4 (15 – 42 hari PP)</b>	<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	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	1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA	TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn

		<p>dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5. Ajarkan ibu senam nifas</li><li>6. Menanyakan kembali pada ibu KB apa yang akan dipilih</li></ol>	<ol style="list-style-type: none"><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. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula</li><li>6. Ibu memilih kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya</li></ol>		
--	--	--	--	--	--

### PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Istiqomah

NIM : P17310211016

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

Judul Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC) Pada Ny W di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn, Ciptomulyo – KotaMalang.

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,

Istiqomah  
NIM. P17310211016

## INFORMED CONSENT

Lampiran 7

## INFORMED CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Urdiani ayu komala  
 Umur : 24  
 Alamat : Jl. Dieng atay

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 Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Bdn, yang dilakukan oleh Istiqomah (P17310211016) 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.

Saksi

Malang, 01 - 02 2024  
 Yang Memberi Persetujuan

  
 (.....)  
 Toni

  
 (.....)  
 Ayu

Mengetahui

Malang, 04 - 02 2024

Dosen Pembimbing

Mahasiswa





(Ni Wayan Dwi R, A.Per.Pen.,M.Kes)

(Istiqomah)

KUNJUNGAN ANC

**PERNYATAAN IBU/ KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA**  
 (Bukan Kolom Pencatatan Hasil Pemeriksaan)  
 Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

HPHT:	Trimester I	Trimester II	Trimester III	
Tgl Periksa:		1/10 <sup>23</sup> 2/11 <sup>23</sup>	9/11 <sup>23</sup> 11/12 <sup>23</sup>	18/12 <sup>23</sup> 3/1 <sup>24</sup>
Tempat Periksa:		Yulis A PKM CIPTO	PKM CIPTO	PKM CIPTO
Timbang BB		57.5	58.9	59.98
Pengukuran Tinggi Badan		162	163	163
Ukur Lingkar Lengan Atas		20	23.5	23.5
Tekanan Darah		100/70	117/73	115/72
Periksa Tinggi Rahim		22	22	22
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin		327 symf 19cm	19cm	19cm
Status dan Imunisasi Tetanus		TS	TS	TS
Konseling		- cek lab	-	- tanpa edukasi - J.
Skrining Dokter		- buku buku	- USG	- pemeriksaan
Tablet Tambah Darah		- prenatal	- SF, Iodli	- 30
Test Lab Hemoglobin (Hb)		10.6	10.6	10.6
Test Golongan Darah		O+	O(+)	O(+)
Test Lab Protein Urine / Reb		USD	neg/neg	100
Test Lab Gula Darah				
Pemeriksaan USG				
PPIA				
Tata Laksana Kasus				
Ibu Bersalin	USG -	Fasyankes:	Rujukan:	
TP:	3 - 3 - 2024			
Inisiasi Menyusu Dini				
Ibu Nifas (6 jam - sampai 42 hari setelah bersalin)	KF 1 (6-48 jam)	KF 2 (3-7 hari)	KF 3 (8-28 hari)	KF 4 (29-42 hari)
Tanggal Periksa:	16/12 <sup>23</sup>			
Tempat Periksa:	Yulis A			
Periksa Payudara (ASI)	✓			
Periksa Perdarahan	✓			
Periksa Jalan Lahir	✓			
Vitamin A	✓			
KB Pasca Persalinan	✓			
Konseling	✓			
Tata Laksana Kasus	KN 1 (6-48 jam)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)	
Bayi baru lahir/ neonatus 0 - 28 hari	Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak			

**KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI**

### SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama: Ny. W. Alamat: Jl. Dieng atas  
 Umur ibu: 24 tahun Kec/Kab: Malang  
 Pendidikan: SMP Pekerjaan: IRT  
 Hamil Ke: 2 Had Terakhir: (8.5.23) Perkiraan Persalinan: 25.2.24  
 Periksa: 36-37 mg Di: TPMB Yuli Aktriani  
 Umur Kehamilan: bin

KEL. NO	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
			I	II	III.1	III.2
	Skor awal ibu hamil	2				2
I	1 Terlalu muda, hamil < 16 th	4				
	2 Terlalu tua, hamil ≥ 35 th	4				
	3 Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4				
	4 Terlalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	5 Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	6 Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	7 Terlalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	8 Terlalu pendek < 145 cm	4				
	9 Pernah gagal kehamilan	4				
9	Pernah melahirkan dengan:					
	a. Tarikan lang / vakum	4				
	b. Uri drogoh	4				
	c. Diberi infus / Transfus	4				
10	Pernah Operasi Sesar	8				
II	11 Penyakit pada ibu hamil:					
	a. Kurang Darah b. Malaria	4				
	c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
	e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
	f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12 Bengkak pada muka/tungkai dan lekaran darah tinggi	4				
13 Hamil kembar 2 atau lebih	4					
14 Hamil kembar air (Hydramnion)	4					
15 Bayi mati dalam kandungan	4					
16 Kehamilan lebih bulan	4					
17 Letak sungsang	8					
18 Letak lintang	8					
19 Perdarahan dalam kehamilan ini	8					
20 Prekampsia Berat / Kejang-2	8					
<b>JUMLAH SKOR</b>						<b>2</b>

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

Persalinan Melahirkan tanggal: 16 / 2 / 24

**RUUKDAR :**

- Sendi
- Dukun
- Bidan
- Puskesmas

**RUUKKE :**

- Bidan
- Puskesmas
- RS

**RUJUKAN :**

1. Rujukan Diri Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)

Gawat Obstetrik  
Kel. Faktor Resiko I & II

- 
- 
- 
- 
- 
-

Gawat Obstetrik  
Kel. Faktor Resiko I & II

1. Perdarahan antepartum
- 
- 
- 
- 
- 

Komplikasi Obstetrik

3. Perdarahan postpartum
4. Uri tertinggal
5. Persalinan Lama

**TEMPAT :**

- Rumah Ibu
- Rumah Bidan
- Poindes
- Puskesmas
- Rumah Sakit
- Perjalanan

**PENOLONG :**

- Dukun
- Bidan
- Dokter
- Lain-lain

**MACAM PERSALINAN :**

- Normal
- Tindakan Pervaginum
- Operasi Sesar

**PASCA PERSALINAN :**

IBU:

- Hidup
- Mati, dengan penyebab:
  - Perdarahan
  - Prekampsia/Ekampsia
  - Partus Lama
  - Inleksi
  - Lain-2...

**TEMPAT KEMATIAN IBU**

- Rumah Ibu
- Rumah Bidan
- Poindes
- Puskesmas
- Rumah Sakit
- Perjalanan

**BAYI:** 2900

- Berat lahir: \_\_\_\_\_ gram, Laki-2 / Perempuan
- Lahir hidup: APGAR Skor 7-9
- Lahir mati, penyebab: \_\_\_\_\_
- Mati kemudian umur \_\_\_\_\_ hr, penyebab: \_\_\_\_\_
- Kelainan bawaan: tidak ada / ada

**KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)**

- Sehat
- Sakit
- Mati, penyebab: \_\_\_\_\_

Keluarga Berencana Ya, Suntik Sterilisasi \_\_\_\_\_

Kategori Keluarga Miskin 1. Ya 2. Tidak

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA**

KEHAMILAN			KEHAMILAN DENGAN R.S KO			
JML SKOR	JML SKOR	PERAWA TAN	RUUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN
						RDB RDR RTW
2	KRT	BDAN	TEAK DRUK	TEAK DRUK	BDAN	
6-10	KRT	BDAN DOKTER	BDAN RM	POUNDES RM/RS	BDAN DOKTER	
≥12	KRT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	

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

### LEMBAR PENAPISAN IBU BERSALIN

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

Hari/Tanggal : 15 Februari 2024  
 Nama : Ny. W  
 Umur : 24 Tahun  
 Alamat : Jl. Dieng Atas Kunci Kalisongo

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 menumbung		✓
15	Presentasi majemuk		✓
16	Kehamilan gemelli		✓
17	Tali pusat menumbung		✓
18	Syok		✓

LEMBAR OBSERVASI

LEMBAR OBSERVASI

A. Masuk Kamar Bersalin Tanggal : 15 02 2024 Jam : 03 15 WIB  
 ANAMNESIS (S) Nama Ibu : Ny W Suami : Tn T  
 Umur Ibu : 29 tahun Umur Suami : 29 tahun  
 Pekerjaan Ibu : Ibu Rumah Tangga Suami : Sopir  
 Alamat Rumah : Jl Dieng atas Kuncu Kalisongo  
 Hari Pertama Haid Terakhir : 18 Mei 2023  
 Taksiran Persalinan / HPL : 25 Februari 2024  
 His mulai Tanggal : 19 02 2024 Jam : 23 30 WIB  
 Pengeluaran Pervagina : Lendir  / tidak Darah : ya / tidak  
 Cairan Ketuban : Pecah / Belum Tgl : Jam :  
 Warna : Berbau :  
 Keluhan saat ini : Kenceng, kenceng menjalar sampai pinggang  
 Riwayat alergi obat-obatan : -  
 Riwayat persalinan yang lalu :

HAMIL	KOMPLIKASI		PERSALINAN										TEMPAT PERSALINAN		KOMPLIKASI PERSALINAN			PENOLONG		KEADAAN			ANAK SKRNG					
	APB	HT	Ab. / Mola / KET	AIPS	IUFD	NORMAL	SU	ALAT	SC	RS	PLISK	PMB	RIMAH	LAIN2	P LAMA	INFEKSI	HPP	INFUS	DOKTER	BIDAN	LAIN2	P/L	BERAT	SEHAT	SAKIT	MATI	HIDUP	MATI
1	-	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	✓	-	-	-	-	-	-	-	✓	-	-	L 3000	✓	-	-	✓	-	

B. (O) Keadaan Umum : Tekanan darah : 130/90 Suhu : 36.1 Nadi : 80 RR : 20  
 Oedema : -/-  
 Pemeriksaan : Palpasi : Leopold I = TFU 3 JF diatas pusar (28 cm) teraba bulat lunak  
 Leopold II = Puka  
 Leopold III = Kepala  
 Leopold IV = ~~5/5~~ Divergen  
 Penurunan Kepala (Teraba) : 1/5 bagian  
 DJJ : 139 / menit, Kontraksi : 2 / 10 menit / 30 detik  
 Pemeriksaan Dalam (VT) : Tgl : 15 02 2024 Jam : 03.30 Oleh : Anien Bd Yulis  
 Hasil VT :  Lendir dan darah, Ø 3 cm, RFF 30%, Ket  bagian terendah  
 Kepala, bag. terdahulu UUK jam 10<sup>00</sup>, Moulage 0, Hodge I, tidak ada  
 bagian fekal di sekitar bagian terdahulu janin.

C. Assessment (A): Em Pico Abaco UK 38 39 minggu t/H/I Inpartu Kala I  
Fase laten dengan keadaan ibu dan janin baik.

D. Penatalaksanaan dan Implementasi:

1. Beritahu ibu hasil pemeriksaan ibu dan janin baik
2. Memberi ibu cairan dan nutrisi
3. Mengatur posisi ibu untuk miring kiri
4. Cek  $\emptyset$  tiap 4 jam
5. Observasi CHPB tiap jam
6. Persiapan alat.

Observasi Kala I (fase laten  $\emptyset < 4$  cm)

Tgl.	Jam	His (10')		DJJ	TD	Suhu	Nadi	Pemeriksaan Dalam (VT) / Keterangan
		Berapa kali	Lama					
15.2.2029	03.30	2	30	139	110/70	36,5	86	v/v lendir darah $\emptyset = 3$ cm EFF = 30 % Ket = $\oplus$ Bag terendah kepala Bag terdahulu UK Jam 10. <sup>00</sup> Moulage 0 Hodge I Tidak ada bagian kecil
	04.00	2	30	135				
	04.30	2	35	130				
	05.00	2	35	135				
	05.30	2	40	138				
	06.00	3	42	141				
	06.30	3	45	140				
	07.00	3	42	139	110/15	36,1	84	v/v lendir darah $\emptyset = 8$ cm EFF 85 % Ket $\oplus$ Bag. terendah kepala Bag. terdahulu UK Jam 11. <sup>00</sup> Moulage 0 Hodge II Tidak ada bagian kecil.

→ Pencatatan dilanjutkan ke partograf.



**ANAMNEKSA**

1. Tanggal : 15 02 2019
2. Nama bidan : Rd Yulis Aftmans, S.Tr.Kb
3. Tempat persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya : TPMB YULIK A
4. Alamat tempat persalinan : Jl Kol Sugiono 8<sup>a</sup>
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 : Tidak ada
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 : Tidak ada.
18. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
19. Hasilnya : .....

**KALA III**

20. Lama kala III : 5 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U lm ?
  - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan .....
  - Tidak
23. Potongan 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	08 20	120 / 75	84	36,1	2 Jr ↓ Pst	Baik	Kosong aktif
	08 35	110 / 80	88		2 Jr ↓ Pst	Baik	Kosong aktif
	08 50	121 / 85	82		2 Jr ↓ Pst	Baik	Kosong aktif
	09 05	115 / 75	88		2 Jr ↓ Pst	Baik	Kosong aktif
2	09 35	125 / 90	81	36	2 Jr ↓ Pst	Baik	Kosong aktif
	10 05	110 / 70	80		2 Jr ↓ Pst	Baik	Kosong aktif

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. ....
    - Tidak
  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 : 150 ml
  31. Masalah lain, sebutkan : Tidak ada
  32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
  33. Hasilnya : .....
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan : 3900 gram
  35. Panjang : 51 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 .....
    - Cacat bawaan, sebutkan : .....
    - Hipotermi, tindakan : .....
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  39. Pemberian ASI
    - Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
    - Tidak, alasan .....
  40. Masalah lain,sebutkan : Tidak ada
  - Hasilnya : .....

## RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

**RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN**

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 15 - 2 - 2024 Pukul : 07.55 WIB  
 Umur kehamilan : 38 - 39 Minggu

Penolong persalinan : SpOG/ Dokter umum / Bidan Yulu Aletian

Cara persalinan : Norma Tindakan

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

KB Pasca persalinan : .....

Keterangan tambahan : .....

\* Lingkari yang sesuai

**Bayi Saat Lahir**

Anak ke : 2 (Dua)

Berat Lahir : 2.90 gram

Panjang Badan : 51 cm

Lingkar Kepala : 32 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 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

Jika berat lahir < 2500 gram, atau Panjang lahir < 45 cm atau usia kehamilan ≤ 37 minggu bayi menggunakan Buku KIA Khusus Bayi Kecil

**RINGKASAN PELAYANAN NIFAS**

**RINGKASAN PELAYANAN NIFAS**

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)	RESUME	
Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6-48 jam) Tgl: 15. 2. 2024 Faskes: TPMB Yulis. A	Masalah: Taa TD = 110/70 mmHg N = 85 x/menit Tindakan: S = 36 °C RR = 20 x/menit SPO <sub>2</sub> = 99 %	TFU = 2 JT 4 pst Kontraksi = Baik, keras lochea = Rubra Tx = Grafa 3 x 1/2 viteral F 1 x 1/2 vit A 1 x 1
Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3-7 hari) Tgl: 19. 2. 2024. Faskes: TPMB Yulis. A.	Masalah: Taa TD = 110/80 mmHg N = 78 x/menit Tindakan: S = 36 °C RR = 20 x/m SPO <sub>2</sub> = 99 %	TFU 1/2 sym pst Kontraksi Baik ✓/✓ utuh Tx layub. lochea sanguinolenta
Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8-28 hari) Tgl: 12. 03. 2024 Faskes: TPMB Yulis A	Masalah: Taa TD = 120/75 mmHg N = 80 x/m Tindakan: S = 36,5 °C RR = 22 x/m SPO <sub>2</sub> = 99 %	TFU tidak teraba Kontraksi baik lochea alba Tidak odem.
Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29-42 hari) Tgl: 08 April 2024 Faskes: TPMB Yulis. A.	Masalah: Taa TD = 110/75 mmHg N = 88 x/m Tindakan: S = 36 °C RR = 20 x/m SPO <sub>2</sub> = 99 %	TFU tidak teraba lochea alba tidak odem.

**Kesimpulan Akhir Nifas**

Keadaan Ibu\*\*:

- Sehat
- Sakit
- Meninggal

**Komplikasi Nifas\*\*:**

- Perdarahan
- Infeksi
- Hipertensi
- Lain-lain: Sebutkan

**Keadaan Bayi\*\*:**

- Sehat
- Sakit
- Kelainan Bawaan: .....
- Meninggal

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

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

Kesimpulan: .....

**RINGKASAN PELAYANAN NEONATUS**

**PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)**

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

0 - 6 jam 15/29	6 - 48 jam (KN1) 16/29	3 - 7 hari (KN2)	8 - 28 hari (KN3)
Kondisi: Baik BB: 2900gr PB: 51cm LK: 33cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: 15/29 Jam: 16.00 Nomor Batch: BB: 2900gr PB: 51cm LK: 32cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan (kosong BMPT) BB : 3000 gr Rf : 47 x/m H : 121 x/m S : 37.1	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> **  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah: Tidak ada	Masalah: Tidak ada	Masalah: Tidak ada	Masalah: Tidak ada
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas: Isti, Azizah, Laila	Nama jelas petugas: Della, Mah, Deka	Nama jelas petugas: Laila, Istiqomah	Nama jelas petugas: Deka, Istiqomah

\* Catatan penting:

.....

.....

.....

Nama tenaga kesehatan:

.....

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

7

## PENAPISAN CALON PEMAKAI KONTRASEPSI HORMONAL

### 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 18

DOKUMENTASI

1. Kunjungan Kehamilan



2. Asuhan Persalinan dan BBL



3. Kunjungan Nifas



4. Kunjungan Neonatus



5. *Kunjungan Masa Antara / Keluarga Berencana*



6. *Polidaktili Pada Tangan Kiri*

