

**PERNYATAAN  
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Lampiran 1

**PERNYATAAN  
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini

1. Nama dan gelar : Sunaeni, SST., M.Keb
2. NIP. : 198109122012122001
3. Pangkat dan Golongan : Penata Tk.I / III D
4. Jabatan : Dosen
5. Asal institusi : Poitekkes Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : Magister Kebidanan
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
  - a. Rumah : Jl. Raya randuagung 2/6 No.17 Singosari, Malang
  - b. Telepon/HP : 081248850657
  - 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 : Yanuariza Salwa Nandika  
NIM : P17310211026  
Topik Studi Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care* (COC) Pada Ny. X di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Sukun- Kota Malang.

\*) Coret yang tidak di pilih

Malang, 19 Desember 2023









Sunaeni, SST., M.Keb  
NIP. 198109122012122001

## LEMBAR KONSULTASI

Lampiran 2

## LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Yanuariza Salwa Nandika  
 NIM : P17310211026  
 Nama Pembimbing : Sunaeni, SST., M.Keb  
 Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC)  
 Pada Ny X di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb Sukun  
 Malang.

TGL	MATERI KONSULTASI	TANDA TANGAN
13 Desember 2023	Revisi Judul, lembar pengesahan, BAB I, BAB II, menambahkan lampiran, dan perbaikan sistematika penulisan	
14 Desember 2023	Studi pendahuluan	
19 Desember 2023	Revisi latar belakang, BAB II, dan daftar isi	
22 Desember 2023	Memperbaiki sistematika penulisan	
28 Desember 2023	Memperbaiki daftar isi dan sistematika penulisan	
8 Januari 2024	ACC ujian	

### LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Yanuariza Salwa Nandika  
 NIM : P17310211026  
 Nama Pembimbing : Sunaeni, SST., M.Keb  
 Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity of Care (COC)*  
 Pada Ny X di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb Sukun Malang.

TGL	MATERI KONSULTASI	TANDA TANGAN
31/1 2024	Melakukan konsultasi untuk pemilihan pasien COC	AN
9/2 2024	Mengonsultasikan hasil kunjungan ANC pertama	AN
17/2 2024	Mengonsultasikan hasil kunjungan ANC ke-II	AN
26/2 2024	Melakukan kunjungan ANC ke-III di rumah pasien	AN
1/3 2024	Mengonsultasikan bahwa pasien telah melakukan persalinan	AN
5/3 2024	Melakukan kunjungan Nifas ke II di rumah pasien	AN
26/4 2024	Mengonsultasikan hasil kunjungan nifas hingga KB	AN
30/4 2024	Konsultasi Bab IV dan V	AN
28/5 2024	Mengumpulkan revisi bab IV dan V, melakukan bimbingan, mengumpulkan jurnal bimbingan	AN
31/5 2024	Mengumpulkan revisi Bab IV, V dan VI ACC untuk ujian	AN



## SURAT STUDI PENDAHULUAN



**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  
Webste : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : [direktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)



19 Desember 2023

Nomor : PP.03.04/F.XXI.16/472/2023  
Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan LTA an Yanuariza Salwa Nandika

K e 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 Studi Pendahuluan mahasiswa kami :

N a m a : Yanuariza Salwa Nandika  
N I M : P17310211026  
Program Studi : DIII Kebidanan Malang  
Semester : V (Lima)  
Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Continuity Of Care Pada Ny.  
X Di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb. Sukun Malang

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes  
Malang,



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

### Tembusan:

1. Sdr. Yanuariza Salwa Nandika
2. Peringgal

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



## 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>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Lakukan perkenalan dengan klien dan keluarga klien</li> <li>Bina hubungan saling percaya</li> <li>Berikan penjelasan sebelum persetujuan ibu</li> <li>Lakukan <i>informed consent</i></li> <li>Lakukan kontrak waktu untuk melakukan pengkajian</li> <li>Lakukan penapisan, pengkajian, dan pemeriksaan</li> <li>Jadwalkan kunjungan ulang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Untuk proses perkenalan antara peneliti dan subjek penelitian (klien)</li> <li>Untuk mendapatkan kepercayaan klien agar bersedia menjadi subjek penelitian</li> <li>Untuk memberikan pemahaman kepada klien sebelum ibu bersedia menjadi subjek penelitian</li> <li>Untuk mendapatkan persetujuan menjadi subjek penelitian</li> <li>Untuk mempermudah dalam pelaksanaan pemberian asuhan</li> <li>Untuk mengetahui keadaan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Lembar <i>informed consent</i></li> <li>Catatan kecil</li> <li>Timbangan</li> <li>Microtoise</li> <li>Metlin</li> <li>Thermometer</li> <li>Stetoskop</li> <li>Tensimeter</li> <li>Doppler+gel</li> <li>Buku KIA</li> </ol>	TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb Atau Rumah Klien

			ibu lebih lanjut		
--	--	--	------------------	--	--

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:</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> </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>	<p>TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb Atau Rumah Klien</p>
---	---	--	---	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> <li>a. Umum Keadaan umum, kesadaran, antropometri, TTV</li> <li>b. Fisik Pemeriksaan Leopold I-IV, TFU, dan DJJ</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <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> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman serta pencegahan tanda bahaya 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> </ol>		
<b>3</b>	<b>Kunjungan 3 (Ibu hamil TM III UK 38 – 40 minggu)</b>	<ol 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> </ul> </li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya</li> <li>2. Untuk mengetahui keluhan yang dialami ibu</li> </ol>	<ol 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> </ol>	TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb



		b. Fisik 4. Berikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan 5. Berikan penjelasan mengenai persiapan persalinan 6. Berikan dukungan keluarga dan ibu untuk persiapan menghadapi persalinan	3. Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan memastikan keadaan ibu dan janin dalam kandungannya 4. Agar ibu mengetahui tanda-tanda persalinan sehingga apabila sudah terdapat tanda-tanda persalinan ibu dapat segera ke fasilitas kesehatan 5. Agar ibu dan keluarga mengetahui apa saja perlengkapan yang perlu disiapkan menjelang persiapan persalinan 6. Mempersiapkan keluarga dan ibu dalam menghadapi persalinan agar ibu tidak khawatir berlebihan dengan menjaga kenyamanan psikologis ibu	6. Doppler+gel 7. Jam tangan 8. Buku KIA	
<b>PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR (BBL)</b>					
<b>4</b>	<b>Kunjungan 1 (Ibu dengan usia kehamilan)</b>	1. Menanyakan keluhan ibu 2. Melakukan pemeriksaan TTV 3. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan	1. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu 2. Untuk memastikan bahwa tanda-tanda vital ibu dalam batas normal	1. Termometer 2. Stetoskop 3. Tensimeter 4. Doppler+gel 5. Metlin	TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb

	<b>aterm)</b>	<p>adanya pembukaan serviks</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4. Lakukan pemantauan kemajuan persalinan</li> <li>5. Persiapan alat (partus set, APD)</li> <li>6. Lakukan pertolongan APN 60 langkah</li> <li>7. Observasi 2 jam postpartum</li> <li>8. Lakukan pemeriksaan asuhan BBL</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <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. 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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Jam tangan</li> <li>7. Buku KIA</li> <li>8. Lembar penapisan</li> <li>9. Lembar observasi</li> <li>10. Lembar partograf</li> <li>11. Partus set dan heating set + larutan klorin</li> <li>12. Perawatan BBL (lampu sorot, handuk, pakaian bayi, minyak telon, metlin, timbangan, thermometer, penlight, vit K1, salep mata, Hb0)</li> </ol>	
<b>NIFAS DAN NEONATUS</b>					
<b>5</b>	<b>KF 1 (6 jam – 3 hari PP)</b>	<b>NIFAS</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Observasi TTV, TFU, perdarahan lochea</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Untuk mengetahui dan memantau keadaan ibu</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Stetokop</li> <li>2. Tensimeter</li> </ol>	TPMB Yulis Aktriani,

		<ol style="list-style-type: none"> <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>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> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3. Termometer</li> <li>4. Jam tangan</li> <li>5. Leaflet senam nifas</li> <li>6. Buku KIA</li> </ol>	S.Tr.Keb
--	--	--	---	---	----------

	<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</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <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. 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</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>neonatus dengan form MTBM</p> <ol style="list-style-type: none"> <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>	<p>jalan lahir</p> <ol style="list-style-type: none"> <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>		
<b>6</b>	<b>KF 2 (3 – 7 hari PP)</b>	<p><b>NIFAS</b></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</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</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 Yulis Aktriani, S.Tr.Keb</p>

	<p><b>KN 2 (3 – 7 hari)</b></p>	<p>dengan baik tanpa adanya penyulit</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5. Mengajari ibu cara melakukan perawatan payudara</li> <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> </ol>	<p>pentingnya kebutuhan dasar ibu nifas</p> <ol style="list-style-type: none"> <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 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</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>	
--	---------------------------------	--	---	---	--



		<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Berikan KIE mengenai ASI Eksklusif</li> <li>5. Menyarankan ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari untuk mencegah penyakit kuning</li> <li>6. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Untuk mencegah bayi terkena hipotermi</li> <li>6. Untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi</li> </ol>		
7	<b>KF 3 (8 – 14 hari PP)</b>	<b>NIFAS</b> <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</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> </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>	TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb Atau Rumah Klien

	<b>KN 3 (8 – 14 hari)</b>	<p>pilihan ibu.</p> <p><b>NEONATUS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kunjungan 2</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 pada ibu mengenai pentingnya posyandu</li> <li>5. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya imunisasi dasar lengkap</li> <li>6. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>6. Agar ibu memahami macam-macam KB dan dapat menentukan kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya</li> <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 memberikan semangat ibu rutin ke posyandu dan dapat memantau perkembangan anaknya</li> <li>5. Agar bayi mendapatkan imunisasi secara lengkap sesuai dengan jadwal</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> </ol>	
<b>8</b>	<b>KF 4 (15 – 42 hari PP)</b>	<p><b>NIFAS</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kunjungan 3</li> <li>2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan dengan baik</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-</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</li> </ol>	<p>TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb Atau Rumah Klien</p>

		<ul style="list-style-type: none"> <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. Menanyakan kembali pada ibu KB apa yang akan dipilih</li> </ul>	<p>tanda vital ibu apakah dalam batas normal, dan memastikan involusi uterus berjalan dengan baik</p> <ul 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> </ul>	<p>nifas</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>6. Leaflet KB</li> <li>7. Buku KIA</li> </ul>	
--	--	--	---	---	--

**PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Yanuariza Salwa Nandika

NIM : P17310211026

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

Judul Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care* (COC) Pada Ny. X di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Sukun– Kota 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,

Yanuariza Salwa Nandika  
NIM. P17310211026

Lampiran 7

Lampiran 7

SURAT PERNYATAAN MENJADI KLIEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:  
Nama : GHAZITA DEWI KUMALA SARI  
Umur : 22 TH  
Alamat : J. PONDOK IMPAH PAKISAJI

Setelah mendapatkan penjelasan tentang tujuan dan manfaat penelitian, maka saya **bersedia / tidak bersedia \*** menjadi klien pada Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care* (COC) Pada Ny. X di TPMB Yulis Aktriani, S.Tr.Keb, Sukun- Kota 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, 5 FEBRUARI 2023  
Yang membuat persetujuan



GHAZITA

Lampiran 8

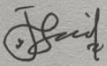
INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah in 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 Yanuariza Salwa Nandika 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, 5 Februari .....2023  
Yang Memberi Persetujuan

  
(Abd. Muiz. S .....)


  
(..... GHAZITA .....)


Mengetahui

Malang, 5 Februari .....2023

Dosen Pembimbing

Mahasiswa

  
(Sunaeni, SST.,M.Keb)

  
(Yanuariza Salwa Nandika)



KUNJUNGAN ANC

Ibu menulis tanggapan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai

Ibu Hamil HPHT: 01-06-2023	Trimester I		Trimester II	Trimester III		
	Periksa Tgl: tempat:	Periksa Tgl: tempat:	Periksa Tgl: tempat:	Periksa Tgl: 16/2/24 tempat: Rumah klien	Periksa Tgl: 16/2/24 tempat: Rumah klien	Periksa Tgl: 25/2/24 tempat: Rumah klien
BB:    TB:    IMT:				70 kg	71 kg	72 kg
Timbang				28 cm	29 cm	29 cm
Ukur Lingkar Lengan Atas				90/60	90/60	100/60
Tekanan Darah				29 cm	30 cm	30 cm
Periksa Tinggi Rahim				140 x /mm Pulsa	140 x /mm Pulsa	140 x /mm Pulsa
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin				T5	T5	T5
Status dan Imunisasi Tetanus				KIE ANCT	Ketidakhadiran imunisasi	Imunisasi persalinan
Konseling				-	-	-
Skrining Dokter				-	-	-
Tablet Tambah Darah				15,2	-	-
Test Lab Hemoglobin (Hb)				-	-	-
Test Golongan Darah				⊖	⊖	⊖
Test Lab Protein Urine				-	-	-
Test Lab Gula Darah				-	-	-
PPIA						
Tata Laksana Kasus						
Ibu Bersalin Taksiran Persalinan: 8/5	Fasyankes:		Rujukan:			
Inisiasi Menyusu Dini						
Ibu Nifas sampai 42 hari setelah bersalin	KF 1 (6-48 jam) Tgl: 1-3-2024 tempat: RMB Y/A	KF 2 (3-7 hari) Tgl: 6-3-2024 tempat: Rumah klien	KF 3 (8-28 hari) Tgl: 13-3-2024 tempat: Rumah klien	KF 4 (28-42 hari) Tgl: 29-3-2024 tempat: Rumah klien		
Periksa Payudara (ASI)	(+/+)	(+/+)	(+/+)	⊕/⊗		
Periksa Perdarahan	± 20 cc	± 10 cc	± 3 cc	-		
Periksa Jalan Lahir	terdapat jahitan	Jahitan belum kering	Jahitan mulai kering	Jahitan sudah menyatu		
Vitamin A	✓	-	-	-		
KB Pasca Persalinan	-	-	-	-		
Konseling	Nutrisi, istirahat Ag. Eksklusif	Nutrisi, teknik menyusui	Pijat oksitosin	-		
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					

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

### KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

#### SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama: Ny. G Alamat: \_\_\_\_\_  
 Umur ibu: 22 tahun Kec/Kab: \_\_\_\_\_  
 Pendidikan: \_\_\_\_\_ Pekerjaan: \_\_\_\_\_  
 Hamil Ke: \_\_\_\_\_ Haid Terakhir tgl: \_\_\_\_\_ Perkiraan Persalinan tgl: \_\_\_\_\_  
 Periksa I  
 Umur Kehamilan: \_\_\_\_\_ bln Di: \_\_\_\_\_

REL NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
			I	II	III.1	III.2
	Skor awal ibu hamil		2	2	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				
	10. Pernah melahirkan dengan : a. Tarikan tang / vakum b. Uri drogoh c. Diberi intus / Translusi	4				
	11. Pernah Operasi Sesar	8				
II	12. Penyakit pada ibu hamil : a. Kurang Darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah Jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4				
	13. Bergak pada muka/tungkai dan tekanan darah tinggi	4				
	14. Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	15. Hamil kembar air (Hydramnion)	4				
	16. Bayi mati dalam kandungan	4				
	17. Kehamilan lebih bulan	4				
	18. Letak sungsang	8				
	19. Letak lintang	8				
	20. Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	21. Preeklampsia Berat / Kejang-2	8				
JUMLAH SKOR			2	2	2	2

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

Persalinan Melahirkan tanggal: \_\_\_\_\_

RUJUK DARI : 1. Sendiri 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas  
 RUJUK KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. RS 4. Puskesmas

RUJUKAN : 1. Rujukan Dini Berencana (RDB) 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)

Gawat Obstetrik :  
 Kel. Faktor Resiko I & II  
 1. \_\_\_\_\_  
 2. \_\_\_\_\_  
 3. \_\_\_\_\_  
 4. \_\_\_\_\_  
 5. \_\_\_\_\_  
 6. \_\_\_\_\_

Gawat Obstetrik :  
 Kel. Faktor Resiko I & II  
 1. Perdarahan antepartum  
 3. Perdarahan postpartum  
 4. Uri tertinggal  
 5. Persalinan Lama

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

TEMPAT : 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan  
 PENOLONG : 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lain-lain  
 MACAM PERSALINAN : 1. Normal 2. Tindakan Pervaginum 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :  
 IBU : 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain-2...  
 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan

BAYI :  
 1. Berat lahir : \_\_\_\_\_ gram, Laki-2 / Perempuan  
 2. Lahir hidup : APOGAR Skor \_\_\_\_\_  
 3. Lahir mati, penyebab \_\_\_\_\_  
 4. Mati kemudian, umur \_\_\_\_\_ hr, penyebab \_\_\_\_\_  
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada \_\_\_\_\_

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)  
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab \_\_\_\_\_

Keluarga Berencana 1. Ya \_\_\_\_\_ /Sterilisasi \_\_\_\_\_  
 Kategori Keluarga Miskin 1. Ya \_\_\_\_\_ 2. Tidak \_\_\_\_\_

**PENYULUHAN KEHAMILAN PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA**

JUL. SKOR	KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RISIKO					
	JUL. SKOR	PERAWA TAN	RUJU KAN	TEMPAT	TEMPAT	PENOLO NG	RUJUKAN	RDB	RDB	RTW
1-10	ART	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES	PKM	RS	BIDAN DOKTER			
11-15	ART	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER				

## LEMBAR PENAPISAN IBU BERSALIN

Lampiran 11

## LEMBAR PENAPISAN IBU BERSALIN

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

Hari/Tanggal : Kamis / 29 Februari 2024  
 Nama : Ny. G  
 Umur : 22 Tahun  
 Alamat : Genengan, Pakisaji

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



PARTOGRAF

**SURAT PERNYATAAN**

**PARTOGRAF**

No. Register  Nama Ibu/Bapak: Hy Ghait, M. Abdul Muq Umur: 22, 24 G.I.P.S.A.C Hamil 20 Minggu

RS/Puskemas/RB  Masuk Tanggal: 29 Februari 2024 Pukul:        WIB

Ketuban Pecah sejak pukul        WIB Mules sejak pukul        WIB Alamat: Jl. Pondok Indah 03/04

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Denyut Jantung Janin (x/menit)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

air ketuban penyusapan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Pembukaan serviks (cm) bertanda X  
Tertutupnya serviks bertanda O

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Waktu (Pukul) 23,00

Kontraksi tiap 10 menit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Okaitosin U/1 tetes/menit

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Obat dan cairan IV

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nadi

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Tekanan darah

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Temperatur °C 36,1

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Urine — Protein   
— Aseton   
— Volume

Penolong

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

**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal : 20-02-2024
- Nama bidan : *YA*
- Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya : *DMB*
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping pada saat merujuk :
  - Bidan  Teman
  - Suami  Dukun
  - Keluarga  Tidak ada

**KALA I**

- Partogram melewati garis waspada : *Y / D*
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah Tab : .....
- Hasilnya : .....

**KALA II**

- Episiotomi :
  - Ya, Indikasi .....
  - Tidak
- Pendamping pada saat persalinan
  - Suami  Teman  Tidak ada
  - Keluarga  Dukun
- Gawat Janin :
  - Ya, tindakan yang dilakukan
    - .....
    - .....
    - .....
  - Tidak
- Distosia bahu :
  - Ya, tindakan yang dilakukan
    - .....
    - .....
    - .....
  - Tidak
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

**KALA III**

- Lama kala III : *10* menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im ?
  - Ya, waktu : *segera* menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan .....
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan .....
  - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya
  - Tidak, alasan .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	23.45	90/60	74	36,5	2jr ↓ pusat	Keras	Kosong	15 cc
	00.00	90/60	79		2jr ↓ pusat	Keras	Kosong	10 cc
	00.15	90/66	80		2jr ↓ pusat	Keras	Kosong	5 cc
2	00.30	88/60	80		2jr ↓ pusat	Keras	Kosong	10 cc
	01.00	100/70	81	36,4	2jr ↓ pusat	Keras	Kosong	10 cc
	01.30	90/60	85		2jr ↓ pusat	Keras	Kosong	5 cc

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

Hasilnya : .....

- Masase fundus uteri ?
  - Ya
  - Tidak, alasan .....
- Piasenta lahir lengkap (Intact) *Ya* / Tidak
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
    - .....
    - .....
    - .....
- Piasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
  - Ya, tindakan :
    - .....
    - .....
    - .....
- Laserasi :
  - Ya, dimana *midiosa 2 otot perineum*
  - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
  - Tindakan :
    - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - Tidak dijahit, alasan .....
- Atoni uteri :
  - Ya, tindakan
    - .....
    - .....
    - .....
  - Tidak
- Jumlah perdarahan : *500* ml
- Masalah lain, sebutkan .....
- Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
- Hasilnya : .....

**BAYI BARU LAHIR :**

- Berat badan : *3100* gram
- Panjang : ..... cm
- Jenis kelamin : *L / P*
- Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
- 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 :
  - .....
  - .....
  - .....
- Pemberian ASI
  - Ya, waktu : *segera* jam setelah bayi lahir
  - Tidak, alasan .....
- Masalah lain,sebutkan : .....
- Hasilnya : .....

**RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN**

**RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN**

**Ibu Bersalin dan Ibu Nifas**

Tanggal persalinan : 29-02-2024 Pukul : 23.20  
 Umur kehamilan : 39-40 Minggu  
 Penolong persalinan : SpOg/ Dokter umum/ Bidan YA  
 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 : 1  
 Berat Lahir : 3.100 gram  
 Panjang Badan : 52 cm  
 Lingkar Kepala : 33 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: .....



**RINGKASAN PELAYANAN NIFAS**

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)	RESUME
Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6-48 jam) Tgl: 1-3-2024 Faskes:	Klasifikasi : Perut mulas, nyeri jahitan Tindakan : KIE Nutrisi, istirahat, ASI eksklusif
Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3-7 hari) Tgl: 6-3-2024 Faskes:	Klasifikasi : Nyeri jahitan Tindakan : KIE personal hygiene, senam nifas
Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8-28 hari) Tgl: 13-3-2024 Faskes:	Klasifikasi : Bend. Asi Tindakan : Dijat olestrasin, masase payudara
Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29-42 hari) Tgl: Faskes:	Klasifikasi : Taa Tindakan : Pemilihan KB

<b>Kesimpulan Akhir Nifas</b> Keadaan Ibu**: <input checked="" type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Meninggal	<b>Keadaan Bayi**:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sehat <input type="checkbox"/> Sakit <input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan: ..... <input type="checkbox"/> Meninggal
<b>Komplikasi Nifas**:</b> <input type="checkbox"/> Perdarahan <input type="checkbox"/> Infeksi <input type="checkbox"/> Hipertensi <input type="checkbox"/> Lain-lain: Sebutkan	** Beri tanda [ <input checked="" type="checkbox"/> ] 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 <i>1/3 29</i>	6 - 48 jam (KN1) <i>1/3 29</i>	3 - 7 hari (KN2) <i>6/3 29</i>	8 - 28 hari (KN3) <i>14/29</i>
Kondisi: <i>baik</i> BB: <i>300gr</i> PB: <i>52 cm</i> LK: <i>33 cm</i> Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: <i>0600 1/3 29</i> Jam: <i>0600 1/3 29</i> Nomor Batch:	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: Jam: Nomor Batch: BB: <i>300gr</i> PB: <i>52 cm</i> LK: <i>33 cm</i> Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	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"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> **  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah: <i>Taa</i>	Masalah: <i>Taa</i>	Masalah: <i>Taa</i>	Masalah: <i>Taa</i>
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:



DOKUMENTASI

