

288

Lampiran 1

**PERNYATAAN
KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan dibawah ini

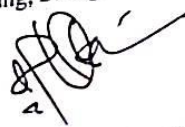
- | | |
|---|--|
| 1. Nama dan gelar | : Ni Wayan Dwi Rosmalawati, A.Per.Pen.,M.Kes |
| 2. NIP | : 196611151986032001 |
| 3. Pangkat dan Golongan | : Penata Tk.1 / III D |
| 4. Jabatan | : Lektor |
| 5. Asal institusi | : Poltekkes Kemenkes Malang |
| 6. Pendidikan Terakhir | : S2 |
| 7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi | : Istana Bedali Agung, J.7 RT 03 RW 12, Lawang |
| a. Rumah | : 081333117870 |
| b. Telepon/HP | : Jl.Besar Ijen 77C Malang |
| c. Alamat Kantor | : (0341) 551893 |
| d. Telepon Kantor | |

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

- | | |
|-------------------|---|
| Nama | : Sharla Martiza Maulidina |
| NIM | : P17310213045 |
| Topik Studi Kasus | : Studi Kasus Asuhan Kebidanan <i>Continuity Of Care</i> (COC) Pada Ny. C di TPMB Caecilia Yunita R, A.Md.Keb, Buring- Kota Malang. |

*) Coret yang tidak di pilih

Malang, 27 Agustus 2023
















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

Lampiran 2

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Sharla Martiza Maulidina
 NIM : P17310213045
 Nama Pembimbing : Ni Wayan Dwi Rosmalawati, A.Per.Pen., M.Kes
 Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC) Pada Ny.C di TPMB Caecilia Yunita R., A.Md.Keb, Buring-Kota Malang

| TGL | MATERI KONSULTASI | TANDA TANGAN |
|------------|--|--|
| 29-08-2023 | Pengajuan judul proposal dan surat studi pendahuluan |  |
| 06-09-2023 | Konsultasi Bab I |  |
| 15-09-2023 | Revisi Bab I ACC, mulai Menyusun Bab II dan Bab III |   |
| 27-09-2023 | Konsultasi Bab II |  |
| 12-10-2023 | Revisi Bab II, ACC |  |
| 25-10-2023 | Konsultasi Bab III |  |
| 02-11-2023 | ACC ujian proposal |  |
| 26-04-2024 | Konsultasi Bab IV, Bab V, dan Bab VI |  |
| 20-05-2024 | Revisi Bab IV, perbaiki askeb sesuai dengan kenyataan |  |
| 22-05-2024 | Perbaiki Bab V sesuai kasus |  |
| 24-05-2024 | Lengkapi lampiran dengan surat pernyataan telah melakukan COC dari bidan |  |
| 27-05-2024 | ACC, maju ujian seminar hasil |  |

Lampiran 3

SURAT STUDI PENDAHULUAN

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-----------------|--|-------------|---|--------------|--|---------------|---|--------------|--|-------------|---|--------------|---|
|  | KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG <small>Jl. Besar (Jen. No. 77 C Malang, 66112 Telp. (0341) 555075, 571388 Fax. (0341) 555740 Website: http://www.poltikes-malang.ac.id E-mail: dirjenderal@poltikes-malang.ac.id</small> |  | | | | | | | | | | | | | | |
| Malang, 03 Agustus 2023 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nomor | : PP.04.03/F.XXI.16.1/ <i>2023</i> /2023 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hal | : <u>Permohonan Pengantar Studi pendahuluan</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kepada, Yth : | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TPMB Caecilia Yunita A.Md.Keb | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Di- | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * TEMPAT | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu syarat penyelesaian Pendidikan di Program Studi DIII Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan menempuh mata kuliah Laporan Tugas Akhir / LTA (3 sks). Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Studi pendahuluan mahasiswa kami :</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N a m a | : Sharia Martiza Maulidina | | | | | | | | | | | | | | | |
| N I M | : P17310213045 | | | | | | | | | | | | | | | |
| Program Studi | : DIII Kebidanan Malang | | | | | | | | | | | | | | | |
| Semester | : V (Lima) | | | | | | | | | | | | | | | |
| Judul | : Asuhan Kebidanan Berkesinambungan (Continuity Of Care) pada Ny.X di TPMB Caecilia Yunita, A.Md.Keb. | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tembusan: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Sdr. Sharia Martiza Maulidina | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Peringgal | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="0" style="width: 100%; font-size: small;"> <tr> <td style="width: 30%;">1. Kampus Utama</td> <td>Jl. Besar (Jen. No. 77 C Malang, Telp. (0341) 555075, 571388</td> </tr> <tr> <td>2. Kampus I</td> <td>Jl. Sekeloa No. 136 Jember, Telp. (0331) 489613</td> </tr> <tr> <td>3. Kampus II</td> <td>Jl. A. Yani Sumberepang Lawang Telp. (0341) 427847</td> </tr> <tr> <td>4. Kampus III</td> <td>Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp. (0342) 857043</td> </tr> <tr> <td>5. Kampus IV</td> <td>Jl. KH Wahid Hasyim No. 540 Kediri Telp. (0354) 773295</td> </tr> <tr> <td>6. Kampus V</td> <td>Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggales, Telp. (0355) 791200</td> </tr> <tr> <td>7. Kampus VI</td> <td>Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82 A Ponorogo, Telp. (0352) 491760</td> </tr> </table> | | | 1. Kampus Utama | Jl. Besar (Jen. No. 77 C Malang, Telp. (0341) 555075, 571388 | 2. Kampus I | Jl. Sekeloa No. 136 Jember, Telp. (0331) 489613 | 3. Kampus II | Jl. A. Yani Sumberepang Lawang Telp. (0341) 427847 | 4. Kampus III | Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp. (0342) 857043 | 5. Kampus IV | Jl. KH Wahid Hasyim No. 540 Kediri Telp. (0354) 773295 | 6. Kampus V | Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggales, Telp. (0355) 791200 | 7. Kampus VI | Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82 A Ponorogo, Telp. (0352) 491760 |
| 1. Kampus Utama | Jl. Besar (Jen. No. 77 C Malang, Telp. (0341) 555075, 571388 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Kampus I | Jl. Sekeloa No. 136 Jember, Telp. (0331) 489613 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Kampus II | Jl. A. Yani Sumberepang Lawang Telp. (0341) 427847 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Kampus III | Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp. (0342) 857043 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Kampus IV | Jl. KH Wahid Hasyim No. 540 Kediri Telp. (0354) 773295 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Kampus V | Jl. Dr. Soetomo No. 5 Trenggales, Telp. (0355) 791200 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Kampus VI | Jl. Dr. Cipto Mangunkusumo No. 82 A Ponorogo, Telp. (0352) 491760 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | |  | | | | | | | | | | | | | | |



PRAKTEK MANDIRI BIDAN
Caecilia Yunita Rahayu, A.Md.Keb
Perum Citra Pesona Buring Raya Wonokoyo RT 01 RW 04,
Kedungkandang



SURAT TELAH MENYELESAIKAN PENELITIAN COC

51/PMB/V/24

Yang bertanda tangan disini:

Nama TPMB : Caecilia Yunita R, A.Md.Keb
Alamat : Jl.Perum Citra Pesona Buring Raya Blok D2 no.26,
Wonokoyo, Kedungkandang

Dengan ini menerangkan,

Nama : Sharla Martiza Maulidina
NIM : P17310213045
Jurusan/Prodi : Kebidanan / D3 Kebidanan Malang
Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang

Telah selesai melakukan penelitian Continuity of Care (COC) asuhan Kebidanan berkesinambungan pada Ny.C yang dimulai pada tanggal 14 Januari 2024-20 Maret 2024 dengan judul Laporan Tugas Akhir " Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) Pada Ny.C di TPMB Caecilia Yunita R,A.Md.Keb Kota Malang".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Malang, 25 Mei 2024

Caecilia Yunita R, A.Md.keb

*Lampiran 5***PLAN OF ACTION**

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

| | | | | | |
|----------|---|--|---|---|--|
| | | <ul style="list-style-type: none"> f. Tetapkan status gizi g. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) h. Tes Laboratorium i. Temu wicara (konseling) j. Tata laksana rujukan <p>9. Lakukan pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Umum Keadaan umum, kesadaran, antropometri, TTV b. Fisik Pemeriksaan leopold I-IV, TFU, dan DJJ <p>10. Berikan edukasi mengenai keluhan ibu</p> <p>11. Jadwalkan kunjungan ulang</p> | <p>termasuk riwayat kesehatan ibu dan keluarga</p> <ul style="list-style-type: none"> 7. Untuk menambah pengetahuan ibu 8. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu dan aktivitas yang dilakukan sehari-hari 9. Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin dan memastikan dalam keadaan baik 10. Untuk mengetahui keadaan ibu lebih lanjut | | |
| 2 | Kunjungan 2 (Ibu hamil TM III UK 34 – 36 minggu) | <ul style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang diberikan sebelumnya 2. Anamnesa keluhan yang dialami ibu 3. Lakukan pemeriksaan: <ul style="list-style-type: none"> a. Umum b. Fisik 4. Berikan KIE mengenai | <ul style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya 2. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal 3. Untuk menambah pengetahuan ibu 4. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu dan | <ul style="list-style-type: none"> 1. Timbangan 2. Microtoise 3. Metlin 4. Termometer 5. Stetoskop 6. Tensimeter 7. Doppler+gel 8. Jam tangan 9. Leaflet senam | TPMB Caecilia Yunita R ,A.Md.Keb atau rumah pasien |

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

| | | | | | |
|---|---|--|--|---|--|
| 3 | Kunjungan 3 (Ibu hamil TM III UK 37-38 minggu) | <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kunjungan sebelumnya 2. Anamnesa keluhan utama ibu 3. Melakukan pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> a. Umum b. Fisik 4. Berikan KIE mengenai tanda-tanda persalinan 5. Berikan penjelasan mengenai persiapan persalinan 6. Berikan dukungan keluarga dan ibu untuk persiapan menghadapi persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya 2. Untuk mengetahui keluhan yang dialami ibu 3. Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan memastikan keadaan ibu dan janin dalam kandungannya 4. Agar ibu mengetahui tanda-tanda persalinan sehingga apabila sudah terdapat tanda-tanda persalinan ibu dapat segera ke fasilitas kesehatan 5. Agar ibu dan keluarga mengetahui apa saja perlengkapan yang perlu disiapkan menjelang persiapan persalinan 6. Mempersiapkan keluarga dan ibu dalam menghadapi persalinan agar ibu tidak khawatir berlebihan dengan menjaga kenyamanan psikologis ibu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Timbangan 2. Metlin 3. Termometer 4. Stetoskop 5. Tensimeter 6. Doppler+gel 7. Jam tangan 8. Buku KIA | TPMB Caecilia Yunita R ,A.Md.Keb atau rumah pasien |
|---|---|--|--|---|--|

| PERSALINAN | | | | | |
|------------------------|--|---|---|--|----------------------------------|
| 4 | Ibu dengan usia kehamilan aterm | <ol style="list-style-type: none"> 1. Menanyakan keluhan ibu 2. Melakukan pemeriksaan TTV 3. Melakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan adanya pembukaan serviks 4. Lakukan pemantauan kemajuan persalinan 5. Persiapan alat (partus set, APD) 6. Lakukan pertolongan APN 60 langkah 7. Observasi 2 jam postpartum | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu 2. Untuk memastikan bahwa tanda-tanda vital ibu dalam batas normal 3. Untuk mengetahui apakah sudah terdapat pembukaan atau belum 4. Untuk mengetahui kemajuan persalinan ibu termasuk HIS dan DJJ 5. Untuk mempermudah dalam proses persalinan 6. Melakukan persalinan sesuai dengan standar 7. Untuk mengidentifikasi adanya komplikasi pasca persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Termometer 2. Stetoskop 3. Tensimeter 4. Doppler+gel 5. Metlin 6. Jam tangan 7. Buku KIA 8. Lembar penapisan 9. Lembar observasi 10. Lembar partograf 11. Partus set dan heating set + larutan klorin | TPMB Caecilia Yunita R ,A.Md.Keb |
| BAYI BARU LAHIR | | | | | |
| 5 | BBL usia 1-6 jam | <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan penilaian sepintas pada bayi baru lahir 2. Lakukan pemeriksaan fisik dan tanda bahaya jika kemungkinan terjadi | <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pemeriksaan atau asuhan pada bayi baru lahir untuk memastikan keadaan bayi baik pada persalinan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Handsanitizer 2. Handscoone 3. Imunisasi Hb 0, Vit K, Salep mata profilaksis | TPMB Caecilia Yunita R ,A.Md.Keb |

| | | | | | |
|---------------------------|---------------------------------|--|---|--|----------------------------------|
| | | <p>setelah 1 jam PP</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan vit K 1 mg, imunisasi Hb 0 salep mata antibiotik profilaksis setelah 1 jam PP dengan masing masing pemberian diberikan jarak waktu 1 jam 4. Lakukan pemeriksaan pada bayi setelah 1 jam 5. Perawatan tali pusat | <p>dengan tanda bayimenangis kuat, kulit kemerahan, bergerak aktif (dalam penilaian sepiantas saat bayi lahir)</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Pemeriksaan fisik untuk mendeteksi secara dini tanda- tandainfeksi pada BBL 3. Perawatan tali pusat untuk mencegah infeksi dan pemenuhan imunisasi. | <ol style="list-style-type: none"> 4. Stetoskop 5. Timbangan bayi 6. Alat mandi bayi (sabun, waslap) 7. Bak 8. Baskom 9. Larutan klorin 10. Kasa steril | |
| NIFAS DAN NEONATUS | | | | | |
| 6 | KF 1 (6 jam – 48 jam PP) | <p>NIFAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Observasi TTV, TFU, perdarahan lochea 2. Ajarkan ibu untuk melakukan massase uterus untuk mencegah adanya perdarahan karena atonia uteri 3. Berikan KIE cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu 4. Berikan KIE ibu mengenai kebutuhan dasar ibu nifas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui dan memantau keadaan ibu 2. Untuk memantau agar uterus berkontraksi dengan baik dan mencegah adanya perdarahan karena atonia uteri 3. Untuk mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu 4. Agar ibu memahami kebutuhan dasar ibu nifas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Stetokop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA | TPMB Caecilia Yunita R ,A.Md.Keb |

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

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

| | | | | | |
|---|-----------------------------|---|--|--|--|
| | | 8. Berikan KIE kepada ibu mengenai tanda bahaya neonatus 9. Berikan KIE mengenai cara perawatan neonatus di rumah dan cara menyusui yang benar 10. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya | pemenuhan nutrisi bayi | | |
| 6 | KF 2 (3 – 7 hari PP) | NIFAS 1. Evaluasi kunjungan 1 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 tanpa adanya penyulit 5. Mengajari ibu cara melakukan perawatan payudara 6. Ajarkan ibu senam nifas 7. Beritahu jadwal kunjungan selanjutnya | 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. Agar ibu mengetahui cara perawatan payudara untuk | 1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA | TPMB Caecilia Yunita R ,A.Md.Keb |

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

| | | | | | |
|---|-------------------------------------|---|---|--|---|
| 7 | <p>KF 3 (8 – 28 hari PP)</p> | <p>NIFAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 2 2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan dengan baik 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit 5. Ajarkan ibu senam nifas 6. Memberi konseling mengenai KB yang akan digunakan sesuai dengan pilihan ibu. | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu yang telah dijelaskan sebelumnya 2. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ibu apakah dalam batas normal, dan memastikan involusi uterus berjalan dengan baik 3. Agar ibu mengetahui pentingnya kebutuhan dasar ibu nifas 4. Untuk memastikan bahwa ibu benar-benar bisa menyusui dengan benar dan tanpa penyulit 5. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula 6. Agar ibu memahami macam-macam KB dan dapat menentukan kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya | <ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA 7. Lembar ABPK | <p>TPMB Caecilia Yunita R ,A.Md.Keb</p> |
| | <p>KN 3 (8 – 28 hari)</p> | <p>NEONATUS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 2 2. Berikan pujian karena ibu sudah memberikan asuhan | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman yang telah dijelaskan di minggu | <ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Termometer 3. Jam tangan | |

| | | | | | |
|---|-------------------------------|--|--|--|----------------------------------|
| | | <p>yang benar</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe 4. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya posyandu 5. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya imunisasi dasar lengkap 6. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya | <p>sebelumnya</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Untuk menambah semangat pada ibu dalam merawat bayinya 3. Untuk memastikan keadaan bayi sehat 4. Untuk memberikan semangat ibu rutin ke posyandu dan dapat memantau perkembangan anaknya 5. Agar bayi mendapatkan imunisasi secara lengkap sesuai dengan jadwal | 4. Buku KIA | |
| 8 | KF 4 (29 – 42 hari PP) | <p>NIFAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 3 2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan dengan baik 3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat 4. Memastikan ibu menyusui dengan baik dan tidak memperhatikan tanda-tanda penyulit 5. Ajarkan ibu senam nifas | <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu yang telah dijelaskan sebelumnya 2. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ibu apakah dalam batas normal, dan memastikan involusi uterus berjalan dengan baik 3. Agar ibu mengetahui pentingnya kebutuhan dasar ibu nifas 4. Untuk memastikan bahwa | <ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA | TPMB Caecilia Yunita R ,A.Md.Keb |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| | | 6. Menanyakan kembali pada ibu KB apa yang akan dipilih | ibu benar-benar bisa menyusui dengan benar dan tanpa penyulit 5. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula 6. Ibu memilih kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya | | |
|--|--|---|--|--|--|

Lampiran 6**PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)**

Dengan Hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Sharla Martiza Maulidina
NIM : P17310213045
Status : Mahasiswa Program Studi Diploma III Kebidanan Malang
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Judul Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC)
Pada Ny.C di TPMB Caecilia Yunita R,A.Md.Keb, Buring-
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,

Sharla Martiza Maulidina
NIM. P17310213045

Lampiran 8

INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti asuhan dan pendampingan antara yang akan dilakukan oleh Sharla Martiza Maulidina 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, 14 Januari 2024
Yang Memberi Persetujuan



(M. YONUS)




(CINDY CARHYA N.)

Malang, 14 Januari 2024

Mengetahui

Dosen Pembimbing

Mahasiswa



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



(Sharla Martiza Maulidina)

111

Lampiran 7

SURAT PERNYATAAN MENJADI KLIEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama: CINDY CAHYA NINGRUM

Umur: 22 th

Alamat: Jl. CANDI TELAGA WANU NO. 5

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 Caccilia Yunita R.A.Md.Keb yang dilakukan oleh Mahasiswa Semester V D.III Kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang.

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

Malang, 14 Januari 2024
Yang membuat persetujuan



CINDY CAHYA

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

Nama: M. C Umur Ibu: 23 Th.
 Hari ke: 13/5 2024 Perkiraan Persalinan tgl: 20/8 24
 Pendidikan: Ibu SMK Suami SMK
 Pekerjaan: Ibu IFT Suami Pedagang

| KEL. F.R. | NO | Masalah / Faktor Risiko | SKOR | Tributan | | | | |
|-----------|-------------|--|--|----------|----|-----|-------------------------------------|---|
| | | | | I | II | III | IV | |
| | | Skor Awal Ibu Hamil | 2 | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | |
| I | 1 | Tertalu muda, hamil < 18 th | 4 | | | | | |
| | 2 | a. Tertalu lambat hamil I, > 4th b. Tertalu tua, hamil I > 35 th | 4 | | | | | |
| | 3 | Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th) | 4 | | | | | |
| | 4 | Tertalu lama hamil lagi (> 10 th) | 4 | | | | | |
| | 5 | Tertalu banyak anak, 4 / lebih | 4 | | | | | |
| | 6 | Tertalu tua, umur > 35 tahun | 4 | | | | | |
| | 7 | Tertalu pendek < 145 Cm | 4 | | | | | |
| | 8 | Pernah gagal kehamilan | 4 | | | | | |
| | 9 | Pernah melahirkan dengan: a. Tertukar bang / waktu b. Uti drogoh c. Diben intus/Transfusi | 4 | | | | | |
| | II | 11 | Pemrakat pada ibu hamil: a. Kurang darah b. Malaria c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual | 4 | | | | |
| | | 12 | Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi | 4 | | | | |
| | | 13 | Hamil kembar 2 atau lebih | 4 | | | | |
| | | 14 | Hamil kembar air (Hydramnion) | 4 | | | | |
| | | 15 | Bayi mati dalam kandungan | 4 | | | | |
| | | 16 | Kehamilan lebih bulan | 4 | | | | |
| | JUMLAH SKOR | | | | | | | 2 |

PERSALINAN TERENCANA - RUKUN TERENCANA

| KEMAMILAN | | PERSALINAN DENGAN RISIKO | | | |
|-----------|----------|--------------------------|--------|---------|--------|
| JM. RSK | KEL. RSK | TEMPA | PLNC | RUJUKAN | RTM |
| 0-10 | ERT | BIGAN | CONTER | BIDAN | DEKTER |

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Tempat Perawatan Kehamilan : 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan
 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktik Dokter

Persalinan : Melahirkan tanggal : ... / ... / ...

RUJUKAN DARI : 1. Sordin 2. Dukur 3. Betan 4. Puskesmas
 RUJUKAN KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit

RUJUKAN
 1. Rujukan Diri Berencana (RDB) 2. Rujukan Tidak Waktu (RTW)
 3. Rujukan Dalam Rahim (RDR) 4. Rujukan Terencana (RTE)

Gawat Obstetrik :
 1. ... 2. ... 3. ... 4. ... 5. ... 6. ... 7. ...

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

| TEMPAT | PENOLONG | NACAN PERSALINAN |
|----------------|-----------|-----------------------|
| 1. Rumah tu | 1. Dukur | 1. Normal |
| 2. Rumah Lidan | 2. Betan | 2. Triukar persalinan |
| 3. Polindes | 3. Dokter | 3. Operasi Sesar |
| 4. Puskesmas | 4. Lain-2 | |
| 5. Rumah Sakit | | |
| 6. Pelayanan | | |

FASCA PERSALINAN:
 1. Hiccup 2. Mual dengan pernyabat
 a. Pergerakan b. Pergerakan Esophagus
 c. Parus ana d. Inteksi e. Lain-2

TEMPAT KEMATIAN IBU :
 1. Rumah tu 2. Rumah bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktik Dokter 7. Lain-2

BAYI:
 1. Berat lahir 2. Panjang 3. Berat kepala 4. Berat badan
 5. Kelahiran dengan idah ace / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA HAMIL (42 Hari/Perca Sabin)
 Sehat 1 Ya 2 Tidak
 Perburuan AS 1 Ya 2 Tidak

Keluarga Berencana : 1. Ya 2. Tidak
 Sterilisasi :
 1. Ya 2. Tidak

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

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: 13/05/2021 | | | Trimester I | | Trimester II | Trimester III | | |
|---|----------------------|-----------------|------------------|-------------------|--------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| BB: | TB: | IMT: | Periksa | Periksa | Periksa | Periksa | Periksa | Periksa |
| 42 kg | 154 cm | 18,1 | | | | 13/12/23 SMA Masy. (10/1) | 14/1/24 SMA Masy. (10/1) | 15/2/24 SMA Masy. (10/1) |
| Timbang | | | | | | 46 | 46,5 | 48 |
| Ukur Lingkar Lengan Atas | | | | | | 22 | | |
| Tekanan Darah | | | | | | 120/70 | 110/70 | 110/70 |
| Periksa Tinggi Rahim | | | | | | 20 cm | 21 cm | 27 cm |
| Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin | | | | | | 101/10/1m 120/10/1m | 104/10/1m 110/10/1m | 104/10/1m 110/10/1m |
| Status dan Imunisasi Tetanus | | | | | | 75 | 75 | 75 |
| Konseling | | | | | | (+) | (+) | Terjadi kecemasan |
| Skrining Dokter | | | | | | (+) | (+) | |
| Tablet Tambah Darah | | | | | | Te 2x1 | P. 1x1 | 1x1 |
| Test Lab Hemoglobin (Hb) | | | | | | 10,7 | | |
| Test Golongan Darah | | | | | | AB | | |
| Test Lab Protein Urine | | | | | | Neg/Neg | | |
| Test Lab Gula Darah | | | | | | 108 | | |
| PPIA | | | | | | 12/12/23 | | |
| Tata Laksana Kasus | | | | | | | | 10/1/24 |
| Ibu Bersalin TP: 20/2/24 | 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 | | | | | | | | |



Lampiran 12

LEMBAR PENAPISAN IBU BERSALIN

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

Hari/Tanggal : Sabtu / 17 Februari 2024
 Nama : Ny. Andy Cahya
 Umur : 23 Tahun
 Alamat : Jl. Carali Telaga Waras, Bireuhing

| 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 | | ✓ |

Lampiran 13

LEMBAR OBSERVASI

- A. MASUK KAMAR BERSALIN Tgl** : 17-03-24 Jam : 01.40 WIB
ANAMNESE His mulai tgl : 16-03-24 Jam : 23.00 WIB
 Darah : (+)
 Lendir : (+)
 Ketuban pecah : (belum) Jam :
 Keluhan lain : Jam :
- B. KEADAAN UMUM**
 Tensi : 110/70 mmHg Jam : 01.40 WIB
 Suhu/ Nadi : 36.3°C / 84x/m Jam : 01.40 WIB
 Oedema : (-) Jam : 01.40 WIB
 Lain-lain : Jam :
- C. PEMERIKSAAN OBSTETRI**
 1. Palpasi : J. traba bokong, TFU : 18cm, P. uteri teraba divergen penurunan 3/4
 2. DJJ : 140x/menit
 3. His 10" : 2 x, lama : 30 detik
 4. VT. Tgl : 17-03-24 Jam : 01.50 WIB
 5. Hasil : Ø 3cm, ket (+), ell : 15%, bogen teraba teraba
 6. Pemeriksa : Brian C. Lumia R. A. dkk

OBSERVASI KALA I (Fase Laten Ø < 4 cm)

| Tanggal | Jam | His dlm 10" | | DJJ | Tensi | Suhu | Nadi | VT | Keterangan |
|---------|-------|-------------|---------|--------|-------|--------|------|---|---------------------|
| | | Berapa kali | Lamanya | | | | | | |
| 17/24 | 02.00 | 2 | 30' | 138x/m | | | 80 | | |
| | 02.30 | 3 | 35' | 110x/m | | | 84 | | |
| | 03.00 | 3 | 35' | 136x/m | | | 86 | | BAK |
| | 03.30 | 4 | 40' | 140x/m | | | 88 | | |
| | 04.00 | 4 | 45' | 140x/m | 110/m | 36.2°C | 86 | Ø 4cm ell 15% ket (+) mbro HTI: " | ibu ingin istirahat |

CATATAN PERSALINAN

Tanggal : 19/02/2024
 Nama bidan : Yunita P. H. P. Res
 Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya : TPMB
 Alamat tempat persalinan : Wonorejo, Buring
 Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
 Alasan merujuk :
 Tempat rujukan :
 Pendamping pada saat merujuk :
 Bidan Teman
 Suami Dukun
 Keluarga Tidak ada

KALA I
 8. Partogram melewati garis waspada : Ya (T)
 9. Masalah lain, sebutkan :
 10. Penatalaksanaan masalah Tab :
 11. Hasilnya :

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

KALA III
 20. Lama kala III : 5 menit
 21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : 1 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 | 07 25 | 100/70 mmHg | 80x/m | 36.3°C | 2jr ↓ pusal | kosong | ± 30cc |
| | 07 40 | 100/70 mmHg | 82x/m | | 2jr ↓ pusal | kosong | ± 55cc |
| | 07 55 | 100/80 mmHg | 84x/m | | 2jr ↓ pusal | kosong | ± 75cc |
| 2 | 08 10 | 110/70 mmHg | 84x/m | | 2jr ↓ pusal | kosong | ± 90cc |
| | 08 40 | 110/70 mmHg | 86x/m | 36.4°C | 2jr ↓ pusal | ± 100 cc | ± 105cc |
| | 09 10 | 110/70 mmHg | 86x/m | | 2jr ↓ pusal | kosong | ± 115cc |

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 (atas dan bawah perineum)
 Tidak.
 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3 / 4
 Tindakan :
 Pencehitan, dengan / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan :
 29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
 30. Jumlah perdarahan : 1 (100 ml) ml
 31. Masalah lain, sebutkan :
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 2.850 gram
 35. Panjang : 48 cm
 36. Jenis kelamin : P
 37. Panjang bayi baru lahir : baik, ada penyulit
 38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucal/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 : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan :
 40. Masalah lain, sebutkan :
 Hasilnya :

INGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 17-03-2024 Pukul : 09.03 WIB
 Umur kehamilan : 39-40 Minggu
 Penolong persalinan : SpOg/ Dokter umum/ Bidan C. Yunita P. And. Keb
 Cara persalinan : Normal/Tindakan
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
 Lokhia berbau/lain-lain)/
 Meninggal*
 KB Pasca persalinan : KB Lurik 3bulan setiap selesai masa nifas
 Keterangan tambahan :

* Lingkari yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke : I
 Berat Lahir : 2600 gram
 Panjang Badan : 48 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 menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
 Suntikan Vitamin K1
 Salep mata antibiotika profilaksis
 Imunisasi HBO

Keterangan tambahan: Bayi dalam keadaan sehat

* Lingkari yang sesuai

** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

RINGKASAN PELAYANAN NIFAS

| Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF) | RESUME |
|--|--|
| Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6-48 jam) Tgl: 17-03-2024 Faskes: PMB C-Timika R | Masalah: ☹ Tindakan: |
| Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3-7 hari) Tgl: 20-03-24 Faskes: PMB C-Timika R | Masalah: ASI kurang lancar Tindakan: KIE mengenai yg banyak mengandung protein lemak mengenai banyak 2 jam sekali |
| Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8-28 hari) Tgl: 27-03-2024 Faskes: | Masalah: BAB kurang lancar Tindakan: KIE mengenai yg banyak mengandung serat banyak minum air putih |
| Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29-42 hari) Tgl: 03-04-2024 Faskes: | Masalah: ☹ Tindakan: |

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: Tidak ditemukan masalah saat masa nifas

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: 2600gr PB: 48 cm LK: 32 cm 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: 17/09/2022 Jam: 09 00 WIB Nomor Batch: | Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" 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: 2600gr PB: 48 cm LK: 32cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input checked="" type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i> | Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i> | Menyusu <input checked="" 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: (-) Dirujuk ke:** Nama jelas petugas: |
| Masalah: (-) | Masalah: (-) | Masalah: (-) | Masalah: (-) |
| Dirujuk ke:** | Dirujuk ke:** | Dirujuk ke:** | Dirujuk ke:** |
| Nama jelas petugas: | Nama jelas petugas: | Nama jelas petugas: | Nama jelas petugas: |

* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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

Lampiran 11

LEAFLET

Senam Hamil Untuk Kesehatan Ibu dan Janin

Senam hamil merupakan serangkaian gerak yang bertujuan untuk mempersiapkan ibu hamil secara fisik dan mental saat menghadapi persalinan agar persalinan normal dapat berlangsung dengan cepat, aman, dan spontan.

Langkah-langkah Senam Hamil

- Senam Untuk kaki**
Duduk dengan kaki diluruskan kemudian tarik jari-jari ke arah tubuh dan kearah depan secara perlahan sebanyak 10 kali.
- Senam Untuk betis**
Duduk dengan kedua tangan di atas lutut kemudian tekan lutut ke bawah dengan perlahan seperti gambar, lakukan sebanyak 10 kali.

Senam Untuk perut

- Tidur terlentang dengan 1 bantal, kaki di bengkokkan kedua tangan di atas perut, tarik nafas dari hidung hingga perut mengembang dan di keluarkan dari mulut secara perlahan.
- Tidur terlentang kaki di bengkokkan kedua tangan menggamp di igu di bawah dada, tarik nafas dari hidung hingga igu mengembang dan kepalan tangan terdorong ke atas dan keluarkan melalui mulut.
- Tidur terlentang lutut di tekuk, tangan berada di samping badan lalu angkat pinggang secara perlahan lakukan sebanyak 10 kali.

Senam Untuk pinggang (Mata tertuju)

Tidur terlentang dengan lutut di tekuk, tangan berada di samping badan lalu angkat pinggang secara perlahan lakukan sebanyak 10 kali.

Senam Untuk bahu

Tidur terlentang tekuk lutut kanan dan gerakan perlahan ke arah kanan lalu dikembalikan. Lakukan sebanyak 10 kali dan lakukan hal yang sama di kaki kiri.

Senam Untuk Mengangkat ASI

Lipat lengan ke depan dengan telapak tangan digenggam dan berada di depan dada, gerakan siku ke atas dan ke bawah.

Senam Untuk Mengangkat ASI

Lipat lengan ke atas hingga ujung jari tengah menyentuh bahu, dalam posisi dilipat, lengan diputar dari belakang ke depan sehingga siku bersentuhan dan mengangkat payudara lalu berpindah dengan lapa.

Senam Untuk Mengangkat ASI

Badan dengan posisi merangkak, tarik nafas hingga punggung ke atas dan wajah menghadap bawah, hembuskan perlahan dan lakukan 10 kali.

PERSALINAN

Merupakan proses pengeluaran hasil konsepsi (janin plasenta dan cairan ketuban) dari uterus ke dunia luar melalui jalan lahir atau jalan lahir dengan bantuan atau dengan kekuatan ibu sendiri.

Tanda-Tanda Persalinan

- Timbulnya Kontraksi Uterus**
 - Kyeri melingkar dari punggung memancar ke perut bagian depan
 - Pinggang terasa sakit dan menjalar kedepan
 - Sifatnya teratur, interval makin lama makin pendek dan kekuatannya semakin besar
 - Makin berakrifitas ibu akan menambah kekuatan kontraksi
 - Ada pengaruh pada pembukaan servix

Penipisan dan pembukaan serviks

- Bloody Show (lendir disertai darah dari jalan lahir)**
- Kadang kadang ketuban pecah dengan sendirinya**

Jika ada tanda tanda di atas, segera bawa ke fasilitas kesehatan yan

APAKAH YANG HARUS DIPERSIAPKAN

- Membuat rencana persalinan**
 - Tempat persalinan
 - Memilih tenaga kesehatan terlatih
 - Bagaimana cara menanggapi tenaga kesehatan tersebut
 - Bagaimana transportasi yang digunakan untuk ke tempat persalinan
 - Sikap pendamping persalinan
 - Persiapan biaya yang dibutuhkan
 - Sikap yang akan menjadi keahliannya jika itu melahirkan
- Membuat rencana pembuatan keputusan jika terjadi kegawatdaruratan**
- Mempersiapkan transportasi jika terjadi kegawatdaruratan**
- Mempersiapkan barang untuk ibu:**
 - Perawatan mandiri (obat, sabun, pasta gigi, sikat gigi)
 - pakaian yang mudah dipinjam untuk darurat
 - Bra menyusui
 - Celana dalam & pembalut
 - Setiap bayi untuk pulang
 - Kain jeri
- Mempersiapkan barang untuk bayi:**
 - Perawatan mandiri dan perawatan bayi (Dimiliki oleh semua, minyak telon, bedak bayi)
 - pakaian bayi (sant baju bayi, topi/pemang kepala, keme kait dan sarung tangan, popok, gantai bayi, selimut, bedong dan pedang bayi)

IMUNISASI DASAR LENGKAP

IMUNISASI ADALAH SUATU USAKA UNTUK MEMBERIKAN KEKABALAN PADA BAYI DAN ANAK TERHADAP PENYAKIT TERSEKUTU

Apa Manfaatnya?

1. DAYA TAHAN TUBUH ANAK MENINGKAT
2. MENGGALANG TIMBULNYA BERAGAT PENYAKIT

Kondasi yang tidak diperbolehkan anak diimunisasi

1. SAKIT BERAT, DEMAM LEBIH DARI 38°C
2. MENSAI BERLEBIHAN (ALERGI) SETELAH DIBERIKAN SALAH SATU JENIS IMUNISASI 3 IMUNISASI YANG SAMA TIDAK DILANJUTKAN

Di susun oleh: **Rahky Puri Dewi**
Duaa
717310013044

Jadwal Imunisasi Anak

| Usia | Imunisasi |
|---------------|--|
| Usia < 24 jam | Hepatitis B (HB-0) |
| Usia 1 bulan | Polio tetes 1 (OPV), BCG |
| Usia 2 bulan | DPT-HB-HIB 1, Polio tetes 2 (opv 2), PCV 1, RV 1 |
| Usia 3 bulan | DPT-HB-HIB 2, Polio tetes 3 (opv 3), PCV 2, RV 2 |
| Usia 4 bulan | DPT-HB-HIB 3, Polio tetes 4 (opv 4), Polio suntik 1 (pv 1), RV 3 |
| Usia 9 bulan | Campak Rubella 1, polio suntik 2 (IPV 2) |
| Usia 10 bulan | JE |
| Usia 11 bulan | PCV 3 |
| Usia 18 bulan | DPT-HB-Hib 4, Campak Rubella 2 |

KB KELUARGA BERENCANA

PENGERTIAN

KB HORMONAL

1. PIL KB
 - Efektifnya digunakan dengan benar
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Harus ditelan setiap hari
 - 21 Hari Konvensional (Berat hormonal)
 - Tidak efektif untuk ibu menyusui
 - 21 Hari PH (Berat hormonal)
 - Cara ini efektif, aman, dan terjangkau karena tidak mengganggu ASI
 - Dapat terjadi gangguan haid
2. KB SUNTIK
 - Efektifnya tinggi, efek samping sedikit
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - 1) Suntikan 3 Bulan
 - Mengurangi produksi ASI
 - 2) Suntikan 6 Bulan
 - Bisa digunakan untuk ibu menyusui
 - Dapat terjadi perubahan pola haid
 - Dapat terjadi gangguan haid
3. IMPLANT/SUSUK KB
 - Ada yang berisi 2 batang dan 1 batang
 - Efektif selama 3 tahun
 - Tidak mengurangi produksi ASI
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Dapat terjadi perubahan pola haid
 - Dapat terjadi perubahan berat badan
 - Kondisi kesehatan sepet
 - Dipasang di bagian atas lengan bagian dalam

TUJUAN

Membentuk keluarga kecil sesuai dengan wujud dan nilai keluarga dengan cara mengatur kelahiran anak untuk mewujudkan keluarga bahagia, sejahtera yang dapat memenuhi kebutuhan hidupnya

MANFAAT

Meningkatkan status kesehatan ibu terutama dalam mencegah kehamilan tak diinginkan, merencanakan jarak kelahiran, dan mengurangi risiko kematian bayi

SHARLA MARTIZA MAULIDINA
917231013945

INGIN KELUARGA SEJAHTERA? IKUT KB SOLUSINYA!

KONTRASEPSI MANTAP (STERIL)

KB NON HORMONAL

1. IMLU (Metode Amniosk Laktasi)
 - Sangat efektif untuk ibu menyusui
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Tidak menimbulkan efek samping
 - Tidak menimbulkan perubahan berat badan
 - Tidak menimbulkan gangguan haid
2. KONDOM
 - Efektifnya tinggi
 - Tidak mengganggu ASI
 - Efektif jika digunakan dengan benar
 - Murah dan mudah didapat
 - Menengah Perilaku Hidup Bersih dan Sehat
3. KUNYIT-NILAM
 - Efektifnya tidak terlalu tinggi
 - Agak mengganggu hubungan seksual
 - Tidak menimbulkan perubahan berat badan
3. IUD/SPIDRAL
 - Spiral ditanam di dalam rahim untuk mencegah pertumbuhan sel telur dengan sperma
 - Efektifnya tinggi
 - Jangka panjang (5-10 tahun)
 - Tidak mengganggu produksi ASI
 - Tidak mengganggu hubungan seksual
 - Tidak mempengaruhi berat badan
 - Tidak menimbulkan banyak

Kapan harus ber-KB?

• 1 minggu setelah melahirkan

• Dalam 7 hari saat haid

• Setiap saat jika tidak hamil

AYO IKUT KB 2 Anah lebih baik!

*Lampiran 18***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 | | |