

Lampiran 1

PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

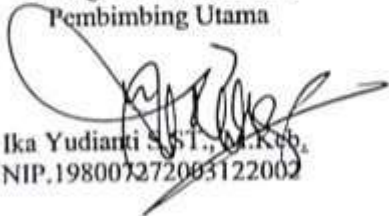
1. Nama dan gelar : Ika Yudianti S.ST., M.Keb
2. NIP : 198007272003122002
3. Pangkat dan Golongan : Penata tk.I/III d
4. Jabatan : Dosen
5. Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : S2
7. Alamat dan Nomor yang bisa di hubungi
 - a. Rumah : Jl Letjen Sutoyo V G/19, Lowokwaru Malang
 - b. Telepon/HP : 081233667567
 - c. Alamat Kantor : Jl Besar Ijen No 77C, Klojen Malang
 - d. Telepon Kantor : (0341) 566075

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

- Nama : Kasianah
NIM : P17310214078
Topik Studi Kasus : Asuhan Kebidanan Continuity of Care (CoC) pada Ny X Kabupaten Malang

*) Coret yang tidak di pilih.

Malang, November 2023
Pembimbing Utama


Ika Yudianti S.ST., M.Keb.
NIP.198007272003122002

Lampiran 3

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
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



6 November 2023

Nomor : PP.03.04/F.XXI.16/187/2023
Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan LTA an Kasianah

K e p a d a, Yth
Pimpinan TPMB Hj Soesi Herawati SST
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 : Kasianah
N I M : P17310214078
Program Studi : DIII Kebidanan Malang
Semester : V (Lima)
Judul : *Studi Kasus Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) Pada By X di TPMB S Kabupaten Malang*

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes
Malang,



RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes

Tembusan:

1. Sdr. Kasianah
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) 486813
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 (BSiE), BSSN

Lampiran 4

SURAT PELAKSANAAN PENELITIAN



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**

Jl. Besar Ijen No. 77 C. Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



16 Januari 2024

Nomor : PP.03.04/F.XXI.16/62/2024
Hal : Permohonan ijin pelaksanaan penelitian LTA an Kasianah

K e p a d a, Yth
Pimpinan TPMB Hj Soesi Herawati S.ST
Di,-

TEMPAT

Dengan ini kami sampaikan bahwa sebagai salah satu syarat penyelesaian Pendidikan di Program Studi DIII Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, setiap mahasiswa diwajibkan menempuh mata kuliah Laporan Tugas Akhir / LTA (3 sks). Sehubungan dengan hal tersebut, maka bersama ini kami mohon dengan hormat agar dapatnya diijinkan untuk melaksanakan kegiatan Pelaksanaan Penelitian mahasiswa kami :

N a m a : Kasianah
N I M : P17310214078
Program Studi : DIII Kebidanan Malang
Semester : V (Lima)
Judul : Asuhan Kebidanan Continuity of Care (CoC) pada Ny. X di TPMB SH, Kabupaten Malang

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang.



RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes

Tembusan:

1. Sdr. Kasianah
2. Pertiinggal

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

Lampiran 6

PLAN OF ACTION

No	Rencana Kunjungan	Rencana	Tujuan	Alat dan Media	Tempat
KEHAMILAN					
1	Kunjungan Informed Consent	<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 <i>informed consent</i> 5. Lakukan kontrak waktu untuk melakukan pengkajian 6. Jadwalkan kunjungan ulang 	<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 lebih lanjut 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lembar <i>informed consent</i> 2. Catatan kecil 3. Buku KIA 	TPMB SH

2	Kunjungan 1 (Ibu hamil TM III UK 37-38 minggu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian data (Anamnesa data Subyektif dan Obyektif) pada klien 2. Berikan pelayanan 10T <ol style="list-style-type: none"> a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan b. Pemeriksaan tekanan darah c. Pemeriksaan TFU d. Skrining status TT dan pemberian imunisasi TT e. Pemberian Tablet Fe f. Tetapkan status gizi g. Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) h. Tes Laboratorium (HB, Protein urine, Glukosa urine) i. Temu wicara (konseling) j. Tata laksana rujukan 3. Menanyakan keluhan yang dialami oleh ibu 4. Lakukan pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> a. Umum Keadaan umum, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui keadaan ibu dalam batas normal, termasuk riwayat kesehatan ibu dan keluarga 2. Untuk menambah pengetahuan ibu 3. Untuk mengetahui keluhan yang dirasakan ibu dan aktivitas yang dilakukan sehari-hari 4. Untuk mengetahui keadaan ibu dan janin dan memastikan dalam keadaan baik 5. Untuk mengetahui cara menghindari dan mengobati keluhan yang dialami ibu 6. Untuk mengontrol nutrisi pada ibu serta untuk meningkatkan berat badan pada janin 7. istirahat sangat membantu karena kongesti darah pada pelvic dan tungkai berkurang, kerja jantung dan stress juga dapat berkurang 	<ol 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 hamil 10. Buku KIA 11. Stiker P4K 	TPMB SH
---	---	--	--	---	---------

		<p>kesadaran, antropometri, TTV</p> <p>b. Fisik Pemeriksaan Leopold I-IV, TFU, dan DJJ</p> <p>5. Berikan KIE mengenai keluhan utama ibu dan memberikan KIE sesuai rencana asuhan</p> <p>6. Beri KIE tentang nutrisi pada ibu hamil</p> <p>7. Beri KIE tentang kebutuhan istirahat pada ibu trimester 3</p> <p>8. Berikan KIE mengenai ketidaknyamanan kehamilan trimester III</p> <p>9. Jadwalkan kunjungan ulang</p>	<p>8. Untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman serta cara mengatasi ketidaknyamanan kehamilan trimester III</p> <p>9. Untuk mengetahui perkembangan ibu lebih lanjut</p>		
3	Kunjungan 2 (37 – 38 minggu)	<p>1. Mengevaluasi kunjungan sebelumnya (K2)</p> <p>2. Anamnesa keluhan utama ibu</p> <p>3. Melakukan pemeriksaan:</p> <p>a. Umum</p> <p>b. Fisik</p> <p>4. Berikan KIE mengenai tanda bahaya pada ibu hamil TM 3</p> <p>5. Berikan penjelasan mengenai</p>	<p>1. Untuk mengetahui hasil perkembangan dari kunjungan sebelumnya</p> <p>2. Untuk mengetahui keluhan yang dialami ibu</p> <p>3. Untuk mengetahui keadaan umum ibu dan memastikan keadaan ibu dan janin dalam kandungannya</p>	<p>1. Timbangan</p> <p>2. Metlin</p> <p>3. Termometer</p> <p>4. Stetoskop</p> <p>5. Tensimeter</p> <p>6. Doppler+gel</p> <p>7. Jam tangan</p> <p>8. Buku KIA</p>	Rumah klien

		<p>P4K</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Berikan dukungan keluarga dan ibu untuk persiapan menghadapi persalinan 7. Ajarkan ibu senam hamil 8. Jadwalkan kunjungan ulang 	<ol style="list-style-type: none"> 4. Agar ibu mengetahui tanda bahaya TM 3 5. P4K bertujuan untuk menambah kepedulian keluarga dan masyarakat tentang persalinan yang aman dan mempersiapkan secara dini jika terjadi komplikasi 6. membantu melancarkan proses kelahiran bayi dan membuat tubuh lebih kuat untuk menopang berat perut saat hamil. 		
4	Kunjungan 3 (38-39 minggu)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengevaluasi kunjungan sebelumnya (K2) 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 	<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 	<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 SH

		dan ibu untuk persiapan menghadapi persalinan	<p>apabila sudah terdapat tanda-tanda persalinan ibu dapat segera ke fasilitas kesehatan</p> <p>5. Agar ibu dan keluarga mengetahui apa saja perlengkapan yang perlu disiapkan menjelang persiapan persalinan</p> <p>6. Mempersiapkan keluarga dan ibu dalam menghadapi persalinan agar ibu tidak khawatir berlebihan dengan menjaga kenyamanan psikologis ibu</p>		
PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR (BBL)					
5	Kunjungan 1 (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, 	<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 	<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 	TPMB SH

		<p>APD)</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Lakukan pertolongan APN 60 langkah 7. Observasi 2 jam postpartum 8. Lakukan pemeriksaan asuhan BBL 	<p>persalinan ibu termasuk HIS dan DJJ</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Untuk mempermudah dalam proses persalinan 6. Melakukan persalinan sesuai dengan standar, mengajarkan bayi untuk mencari dan menghisap ASI dengan sendirinya selama satu jampertama (IMD), pemberian vit K1, salep mata dan setelah 1 jam pertama diberikan imunisasi Hb0 	<ol style="list-style-type: none"> 9. Lembar observasi 10. Lembar partograf 11. Partus set dan heating set + larutan klorin 12. Perawatan BBL (lampu sorot, handuk, pakaian bayi, minyak telon, metlin, timbangan, thermometer, penlight, vit K1, salep mata, Hb0) 	
NIFAS DAN NEONATUS					
6	KF 1 (6 jam – 3 hari 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 	<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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetokop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 	TPMB SH

		<ol style="list-style-type: none"> 3. Berikan KIE cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu 4. Berikan KIE ibu mengenai kebutuhan dasar ibu nifas 5. Berikan KIE mengenai ASI Eksklusif 6. Ajarkan ibu mobilisasi dini 7. Berikan KIE tanda bahaya nifas 8. Ajarkan ibu untuk cara menyusui yang benar dengan menggunakan media leaflet yang telah disiapkan 9. Ajarkan ibu senam nifas dengan leaflet yang sudah disiapkan 10. Beritahu jadwal kunjungan nifas selanjutnya 	<ol style="list-style-type: none"> 3. Untuk mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu 4. Agar ibu memahami kebutuhan dasar ibu nifas seperti kebutuhan nutrisi untuk mengembalikan tenaga ibu setelah persalinan 5. Agar ibu mengetahui dan memahami pentingnya pemberian ASI Eksklusif 6. Untuk mempercepat pemulihan masa nifas 7. Untuk mengetahui dan memahami tanda dan bahaya ibu nifas dan dapat segera dilakukan tindakan apabila ibu mengalami tanda bahaya ibu nifas 8. Agar ibu dapat menyusui dengan benar sehingga nutrisi bayi dapat terpenuhi dengan baik 9. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula 10. Untuk mendeteksi dini 	6. Buku KIA	
--	--	--	--	-------------	--

	<p>KN 1 (6 – 48 jam)</p>	<p>NEONATUS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Melakukan pengkajian dan mengenai identitas keluhan utama, riwayat kesehatan keluarga, riwayat obstetri, dan pola kebutuhan 2. Menjaga bayi tetap hangat dengan cara mencegah hipotermia 3. Melakukan pemeriksaan antropometri (BB, PB, LD, LK, dan LL) 4. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe 5. Memastikan pemberian ASI eksklusif IMD 6. Deteksi tanda bahaya pada neonatus dengan form MTBM 7. Memastikan neonatus telah diberikan injeksi Vitamin K, 	<p>kelainan pada masa nifas dengan pemantauan rutin</p> <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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Termometer 3. Form MTBM 4. Form pengkajian 5. Perawatan tali pusat 6. Jam tangan buku KIA 	
--	---------------------------------	---	--	--	--

		<p>salep mata profilaksis, imunisasi Hepatitis B0 pemberian tidak lebih dari 7 hari</p> <p>8. Berikan KIE kepada ibu mengenai tanda bahaya neonatus</p> <p>9. Berikan KIE mengenai cara perawatan neonatus di rumah dan cara menyusui yang benar</p> <p>10. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya</p>	<p>8. Agar ibu dan keluarga mengetahui cara perawatan bayi yang benar dan cara menyusui yang benar sebagai pemenuhan nutrisi bayi</p>		
7	KF 2 (3 – 7 hari PP)	<p>NIFAS</p> <p>1. Evaluasi kunjungan 1</p> <p>2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan dengan baik</p> <p>3. Memastikan ibu mendapat cukup makanan, cairan dan istirahat</p> <p>4. Memastikan ibu menyusui dengan baik tanpa adanya penyulit</p> <p>5. Mengajari ibu cara melakukan perawatan</p>	<p>1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu yang telah dijelaskan sebelumnya</p> <p>2. Untuk mengetahui tanda-tanda vital ibu apakah dalam batas normal, dan memastikan involusi uterus berjalan dengan baik</p> <p>3. Agar ibu mengetahui pentingnya kebutuhan dasar ibu nifas</p> <p>4. Untuk memastikan bahwa ibu benar-benar bisa menyusui</p>	<p>1. Stetoskop</p> <p>2. Tensimeter</p> <p>3. Termometer</p> <p>4. Jam tangan</p> <p>5. Leaflet senam nifas</p> <p>6. Buku KIA</p>	TPMB SH

	<p>KN 2 (3 – 7 hari)</p>	<p>payudara</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Ajarkan ibu cara menyusui yang benar dan cara menyendawakan bayi 7. Beritahu jadwal kunjungan selanjutnya <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 	<p>dengan benar dan tanpa penyulit</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Agar ibu mengetahui cara perawatan payudara untuk mencegah terjadinya bendungan ASI 6. Untuk menghindari lecet pada puting jika Teknik menyusui salah 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 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Termometer 3. Jam tangan 4. Buku KIA 5. Leaflet ASI Eksklusif 	
--	---------------------------------	---	--	---	--

		<ol style="list-style-type: none"> 5. Menyarankan ibu untuk menjemur bayinya di pagi hari untuk mencegah penyakit kuning 6. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya 	<p>pertumbuhan dan perkembangan bayi</p>		
8	KF 3 (8 – 28 hari PP)	<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 	<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 	Rumah klien

	KN 3 (8 – 28 hari)	NEONATUS <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 2 2. Berikan pujian karena ibu sudah memberikan asuhan yang benar 3. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe 4. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya posyandu 5. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya imunisasi dasar lengkap 6. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya 	<p>menentukan kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman yang telah dijelaskan di minggu sebelumnya 2. Untuk menambah semangat pada ibu dalam merawat bayinya 3. Untuk memastikan keadaan bayi sehat 4. Untuk memberikan semangat ibu rutin ke posyandu dan dapat memantau perkembangan anaknya 5. Agar bayi mendapatkan imunisasi secara lengkap sesuai dengan jadwal 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Termometer 3. Jam tangan 4. Buku KIA 	
9	KF 4 dan masa antara (28 – 42 hari PP)	NIFAS <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 3 2. Lakukan pemeriksaan TTV dan fisik serta memastikan involusi uterus berjalan 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk mengetahui seberapa jauh pemahaman ibu yang telah dijelaskan sebelumnya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 	Rumah klien

		<p>dengan baik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. Berikan konseling KB dan menanyakan terkait pemantapan keputusan ibu dalam memilih menggunakan alat kontrasepsi. 	<ol style="list-style-type: none"> 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. Ibu memilih kontrasepsi yang sesuai dengan pilihannya 	<ol style="list-style-type: none"> 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA 	
--	--	---	---	---	--

Lampiran 7

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN

1. Saya Kasianah mahasiswa program studi D-III Kebidanan Malang Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang dengan ini meminta ibu untuk berpartisipasi dengan suka rela dalam penelitian yang berjudul Studi Kasus Asuhan Kebidanan Continuity of Care (CoC) pada Ny. X di TPMB Hj Soesi Herawati S.ST, Kabupaten Malang.
2. Tujuan dari studi kasus ini adalah memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, bersalin, neonatus, nifas, dan saat keputusan ber-KB menggunakan pendekatan manajemen kebidanan. Studi kasus ini akan dilaksanakan pada ibu hamil trimester III, ibu bersalin, neonatus, ibu nifas, dan ibu dengan masa interval.
3. Prosedur studi kasus ini akan berlangsung dengan cara pertama responden diberikan informed consent guna persetujuan tindakan asuhan kebidanan berkesinambungan. Dalam pelaksanaan asuhan responden dilakukan anamnesa, pemeriksaan fisik, observasi.
4. Keuntungan yang diperoleh ibu dalam keikutsertaan dalam studi kasus ini adalah ibu mendapatkan asuhan kebidanan yang berkesinambungan.
5. Seandainya ibu tidak bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini, maka ibu boleh tidak mengikuti studi kasus ini sama sekali dan tidak dikenakan sanksi apapun.
6. Seandainya ibu telah bersedia menjadi responden dalam studi kasus ini dan apabila ibu merasa kurang berkenan dengan perlakuan yang saya berikan atau tidak sesuai dengan harapan berpartisipasi dalam penelitian ini, maka ibu dapat mengundurkan diri dari studi kasus ini.
7. Ibu dapat menghubungi peneliti apabila ada hal-hal yang kurang jelas atau membutuhkan bantuan berkaitan dengan penelitian dan kondisi ibu melalui no.hp 082232321129
8. Nama dan jati diri ibu akan tetap dirahasiakan

Demikian atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih

Malang, 3-1-2024

Peneliti,



Kasianah

NIM. P17310214078

Lampiran 8

SURAT PERMOHONAN MENJADI KLIEN

Kepada

Yth Ibu...

Di Tempat

Untuk memenuhi syarat menyelesaikan pendidikan program studi DIII Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang, maka saya :

Nama : Kasianah

NIM : P17310214078

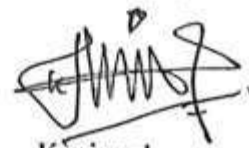
Akan melakukan studi kasus tentang Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) pada Ny. X di TPMB Hj Soesi Herawati S.ST, Kabupaten Malang.

Sehubung dengan hal tersebut maka saya mohon kesediaan ibu untuk berpartisipasi dalam pengambilan data ibu guna menyelesaikan tugas akhir di program studi DIII Kebidanan Malang. Adapun data tidak akan kami sebar dan hanya untuk keperluan kami dalam membuat penyusunan studi kasus.

Atas ketersediaan, bantuan, dan partisipasi ibu, saya sampaikan terimakasih.

Malang, ... 3 Februari 2024.

Hormat saya,



Kasianah

NIM P17310214078

Lampiran 9

PERSETUJUAN MENJADI KLIEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ambarwati
Alamat : Jl Teuku Umar 8/1 Plaosan Patukjai
No. Hp : 0877 70343371

Menyatakan bersedia untuk berperan serta dalam asuhan kebidanan yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Studi D III Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang yang berjudul "Asuhan Kebidanan Continuity of Care (COC) pada Ny. X di TPMB Hj Soesi Herawati S.ST, Kabupaten Malang."

Malang.....³⁻²⁻²⁰²⁴

Mahasiswa,



Kasianah
NIM.P17310214078

Klien,



Ny Ambarwati

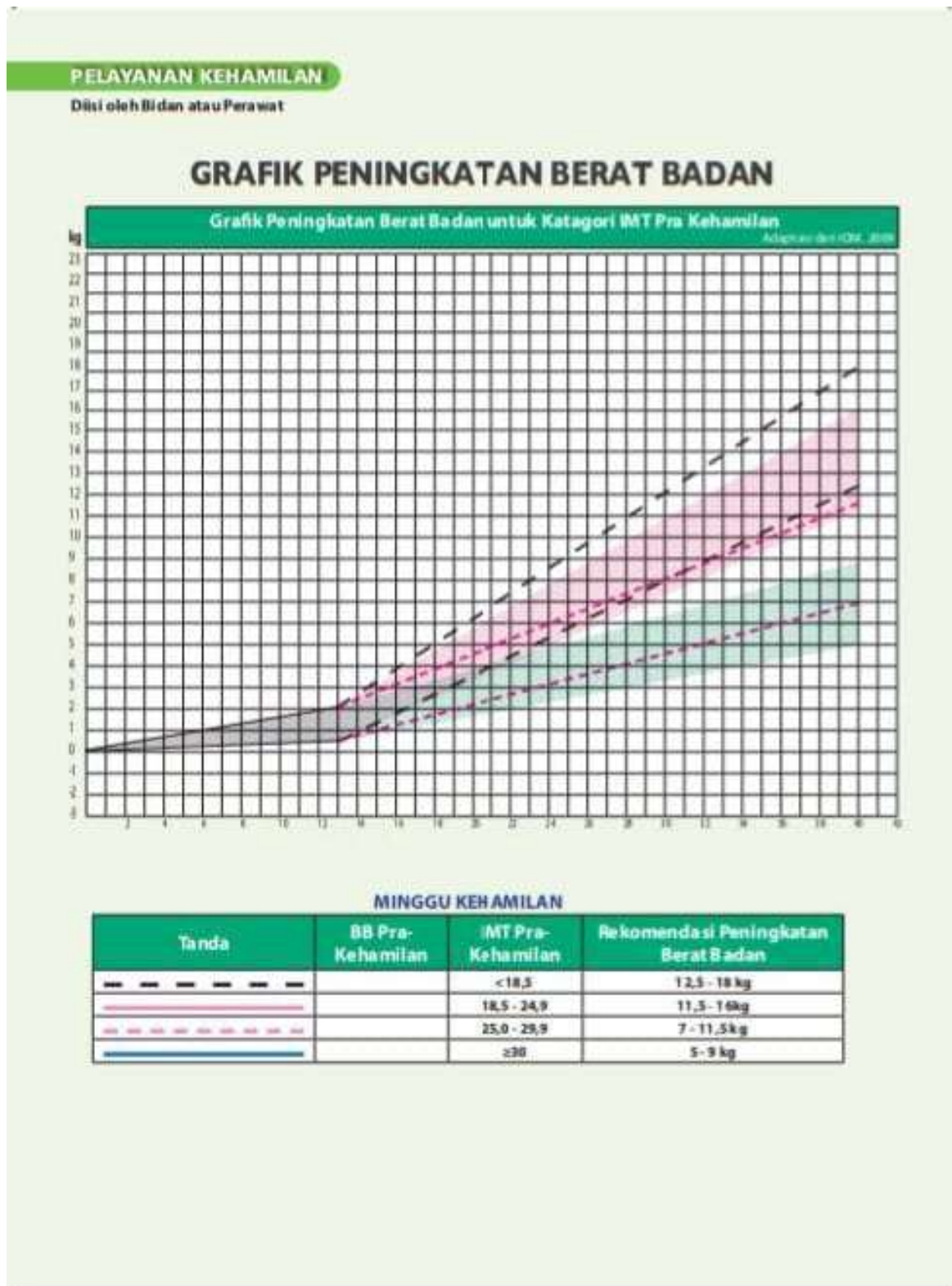
Saksi



Ny Fiti Murawarah.

Lampiran 10

BUKU KIA



Lampiran 11

KSPR

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : Alamat :

Umur ibu : Kec/Kab :

Pendidikan : Pekerjaan :

Hamil Ke Haid Terakhir tgl Perkiraan Persalinan tgl

Periksa I

Umur Kehamilan : bln Di:

KEL	NO.	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor awal ibu hamil	2				
I	1	Terlalu muda, hamil \leq 16 th	4				
	2	Terlalu tua, hamil \geq 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin \geq 4 th	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi (\geq 10 th)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ($<$ 2 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur \geq 35 th	4				
	7	Terlalu pendek \leq 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tarikan tang / vakum	4					
	b. Uri diroboh	4					
	c. Diberi infus / Transfusi	4					
	10. Pernah Operasi Sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil :					
		a. Kurang Darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/tungkai dan 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					
	17. Letak sungsang	8					
	18. Letak lintang	8					
	19. Perdarahan dalam kehamilan ini	8					
	20. Preeklampsia Berat / Kejang-2	8					
		JUMLAH SKOR					

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

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

Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Resiko I & II

1.
2.
3.
4.

Gawat Obstetrik : Kel. Faktor Resiko I & II

1. Perdarahan antepartum

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 Pervaginam
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....

TEMPAT KEMATIAN IBU

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 : APGAR 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

JML SKOR	KEHAMILAN		KEHAMILAN DENGAN RISIKO			
	JML SKOR	PERAWA TAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN
						RDB RDR RTW
2	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	TIDAK DIRUJUK	BIDAN	
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES PKM / RS	BIDAN DOKTER	
\geq 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER	

CATATAN PERSALINAN

- Tanggal: 29-02-2024
- Nama bidan: Bidan CH
- Tempat Persalinan:
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya: BPM
- Alamat tempat persalinan: Kab. Malang
- 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 / T
- Masalah lain, sebutkan: _____
- Penatalaksanaan masalah Tsb: _____
- 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: 07 menit
- Pemberian Oksitosin 10 U im?
 - Ya, waktu: _____ menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan: _____
- Pemberian ulang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan: _____
 - Tidak
- Pepegangan 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	01:00	120/70	83/mnt	36,5°C	1 jari dibawah	baik	kosong	1/4 pembalut
	01:15	120/60	82/mnt		1 1/2 jari dibawah	baik	kosong	1/4 pembalut
	01:30	110/70	80/mnt		2 jari dibawah	baik	kosong	1/2 pembalut
	01:45	110/60	81/mnt		2 1/2 jari dibawah	baik	kosong	1/2 pembalut
2	02:15	100/70	82/mnt	36,7°C	1 1/2 jari dibawah	baik	kosong	3/4 pembalut
	02:45	110/70	83/mnt		2 1/2 jari dibawah	baik	kosong	1 pembalut

- Masalah kala IV: _____
 Penatalaksanaan masalah tersebut: _____
 Hasilnya: _____

- Masase fundus uteri?
 - Ya
 - Tidak, alasan: _____
- Plasenta lahir lengkap (intact) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:
 - _____
 - _____
- Plasenta tidak lahir > 30 menit: Ya / Tidak
 Ya, tindakan: _____
 Tidak, alasan: _____
- Laserasi:
 - Ya, dimana: Perineum
 - Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat 1 / 2 / 3 / 4
 Tindakan:
 - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan: hanya lecet
- Atoni uteri:
 - Ya, tindakan: _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - Tidak
- Jumlah perdarahan: + 200 ml
- Masalah lain, sebutkan: _____
- Penatalaksanaan masalah tersebut: _____
- Hasilnya: _____

BAYI BARU LAHIR :

- Berat badan: 2900 gram
- Panjang: 47 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
 - Aspiksia 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: 10 menit setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan: _____
- Masalah lain, sebutkan: _____
 Hasilnya: _____

Ingat-ingat Posisi Tubuh

1. Posisi Tidur Bahu
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.

2. Posisi Tidur Samping
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.

3. Posisi Tidur Punggung
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.

1. Posisi Tidur Bahu
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.

2. Posisi Tidur Samping
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.

3. Posisi Tidur Punggung
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.

PERSALINAN

Mempersiapkan proses persalinan dapat membantu dalam mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kenyamanan saat melahirkan.

- 1. Posisi Tidur Bahu**
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.
- 2. Posisi Tidur Samping**
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.
- 3. Posisi Tidur Punggung**
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.
- 4. Posisi Tidur Bahu**
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.

MEMBUAT RENCANA PERSALINAN

Membuat rencana persalinan dapat membantu dalam mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kenyamanan saat melahirkan.

- 1. Posisi Tidur Bahu**
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.
- 2. Posisi Tidur Samping**
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.
- 3. Posisi Tidur Punggung**
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.
- 4. Posisi Tidur Bahu**
Tidur dengan kaki ditekukkan kearah kanan kiri per lutut ke arah bahu dan kedua tangan menyilang kearah atas sebanyak 10 kali.

IMUNISASI DASAR LENGKAP

Agar anak immunisasi lebat
Agar manfaatnya
Kondisi yang tidak diperbolehkan anak diimunisasi

1. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

2. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

3. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

4. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

5. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

6. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

7. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

8. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

9. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

10. Tidak dapat menerima vaksin karena kondisi medis tertentu

KB KELUARGA BERENCANA

PENGERTIAN
KB adalah upaya untuk mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak-anak.

TUJUAN
Membantu keluarga dalam mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak-anak.

MANFAAT KB
Membantu keluarga dalam mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak-anak.

KB HORMONAL
Pil KB, Suntik KB, Implan KB, IUD.

KB NON HORMONAL
Kondom, Diafragma, IUD non hormonal, Vasektomi.

Jadwal Imunisasi Anak

Umur 1 bulan	Hepatitis B (HB-0)
Umur 1 bulan	Polio tetus 1 (OPV), BCG
Umur 2 bulan	DTP-HB-Hi 1, Polio tetus 2 (OPV 2), PCV 1, RV 1
Umur 3 bulan	DTP-HB-Hi 2, Polio tetus 3 (OPV 3), PCV 2, RV 2
Umur 4 bulan	DTP-HB-Hi 3, Polio tetus 4 (OPV 4), Polio tetus 5 (OPV 5), PCV 3
Umur 9 bulan	Campak Rubella 1, polio tetus 2 (OPV 2)
Umur 18 bulan	#
Umur 24 bulan	PCV 4
Umur 36 bulan	DTP-HB-Hi 4, Campak Rubella 2

INGIN KELUARGA SELAJHTER? IKUTI KB SOLUSINYA!

KB NON HORMONAL
Membantu keluarga dalam mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak-anak.

KB HORMONAL
Membantu keluarga dalam mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak-anak.

Kapan harus ber-KB?
Membantu keluarga dalam mengatur jumlah dan jarak kelahiran anak-anak.