





*Lampiran 2 Pernyataan Kesiediaan Membimbing***PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING**

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini :

1. Nama dan gelar : Innas Tiara A, S.Keb.,Bd.,M.Kes
2. NIP : 93062252
3. Pangkat dan golongan :
4. Jabatan : Dosen
5. Asal Institusi : Poltekkes Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : Magister Kebidanan
7. Alamat dan Nomor yang bisa di hubungi:
  - a. Rumah : -
  - b. Telepon / HP : 085331099213
  - c. Alamat Kantor : Jl. Besar Ijen No.77C Malang
  - d. Telepon Kantor : 0341558793

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

Nama : Nur Cahyaningrum  
 NIM : P17310213040  
 Topik Studi Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan  
 Continuity Of Care (COC) pada Ny. S masa hamil sampai dengan masa interval di  
 PMB Caecilia Yunita Amd.Keb  
 \*) Coret yang tidak di pilih

Malang, Mei 2024

(Innas Tiara Ardhiani, S.Keb.Bd., M.Kes)  
 NIP 93062252

*Lampiran 3 Surat Pengantar Studi Penelitian*



**KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA**  
**DIREKTORAT JENDERAL TENAGA KESEHATAN**  
**POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES MALANG**  
 Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, 65112 Telp (0341) 566075, 571388 Fax (0341) 556746  
 Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : [direktorat@poltekkes-malang.ac.id](mailto:direktorat@poltekkes-malang.ac.id)



16 Januari 2024

Nomor : PP.03.04/F.XXI.16/74/2024  
 Hal : Permohonan Ijin Pelaksanaan Penelitian LTA an Nur Cahyaningrum

Ke p a d a, Yth  
 Pimpinan TPMB Caecilla Yunita Rahayu Amd.Keb  
 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 : Nur Cahyaningrum  
 N I M : P17310213040  
 Program Studi : DIII Kebidanan Malang  
 Semester : V (Lima)  
 Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan Continuity Of Care (COC) pada Ny. X di TPMB Caecilia Yunita Rahayu Amd.Keb, Kota Malang

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes Malang,



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

Tembusan:

1. Sdr. Nur Cahyaningrum
2. Pertiinggal

- 
1. Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang, Telp (0341) 566075, 571388
  2. Kampus I : Jl. Srikojo No. 106 Jember, Telp (0331) 486613
  3. Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lajang 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 4 lembar Informed consent***INFORMED CONCENT**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti tentang apa yang dilakukan oleh Najmaturohmah Mahasiswa Diploma III Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Kesehatan Kemenkes Malang yang akan memberikan Asuhan Kebidanan kepada ibu hamil, ibu bersalin, ibu nifas, neonatus, bayi baru lahir dan perencanaan Keluarga Berencana (*Continuity of Care*) dengan menggunakan pendekatan manajemen kebidanan.

Saya yakin bahwa studi kasus ini tidak menimbulkan kerugian pada saya dan keluarga. Dan saya telah mempertimbangkan serta keputusan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini.

Malang, Oktober 2023

Saksi



Yang Memberi Persetujuan



Malang, Oktober 2023

Mengetahui,

Dosen Pembimbing



Innas Tiara Ardhiani. S.Keb..Bd..M.Kes

NIP.93062252

Mahasiswa



Nur Cahyaningrum

NIM. P17310213040

*Lampiran 5 Lembar Konsultasi*

Nama Mahasiswa : Nur Cahyaningrum

NIM : P17310213040

Nama Pembimbing : Innas Tiara Ardhiani

Judul LTA : Studi Asuhan Kebidanan *Continuint Of Care* (COC)  
 Pada Ny S Masa Hamil Sampai dengan Masa Interval di  
 PMB Caecilia Yunita Rahayu Amd.Keb Kota Malang

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda Tangan Pembimbing
21 September 2023	1. Revisi bab I Latar Belakang (MSKS) lebih di persingkat.  2. Penambahan teori, Pemecah Masalah COC dan Alasan  3. Mencantumkan hasil temuan kasus di PMB / Malang Raya  4. Pada Tujuan Khusus di revisi disesuaikan dengan 7 langkah varney  5. Pada Manfaat Praktis bagian Institusi di revisi disesuaikan dengan telaah kasus	

	<p>6. Revisi Bab II, dibagian dokumentasi diberi kutipan dan setiap langkah varney serta SOAP diberi yang sering dialami ibu hamil serta penanganannya</p> <p>7. Revisi Bab II urutkan pendokumentasian SOAP diurutkan dari Kehamilan, Persalinan, BBL, Nifas, Neonatus dan Calon Akseptor KB</p> <p>8. Revisi Bab III Kerangka Kerja Kegiatan Asuhan Kebidanan disesuaikan dengan buku pedoman dan pada Etika dan Prosedur Pelaksana</p>	
17 Oktober 2023	<p>1. Kelengkapan Lampiran seperti Pertograf, Observasi, Lembar Pengkajian, Persetujuan, Informed Consent, Lembar Konsultasi, Tabel jadwal, Format dokumentasi</p> <p>2. Merapikan Spasi, besar huruf sesuai dengan di buku pedoman.</p>	

	<p>3. Pada BAB II bagian Pedokumentasi SOAP Nifas di tambah Tabel REEDA.</p>	
19 Oktober 2023	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan Konsultasi Makalah Proposal</li> <li>2. Revisi Kelengkapan yang kurang</li> </ol>	
27 Maret 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisi asuhan kebidanan pada kehamilan</li> <li>2. Penambahan KIE pada ibu hamil di sesuaikan dengan kasus</li> <li>3. Penambahan Askeb BBL setelah Askep Persalinan</li> <li>4. Penatalaksanaan setian kunjungan Nifas di sesuaikan dengan buku Asuhan Kebidanan Bersalin dan Nifas</li> </ol>	
15 April 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Revisi Partograf di isi di depan jam pada kolom</li> </ol>	

	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Revisi Askeb BBL pada pemeriksaan fisik tidak sama dengan Asuhan Neonatus 1</li> <li>3. Menambahkan di penatalaksanaan pada kunjungan nifas ke 4 indikasi penggunaan KB suntik</li> <li>4. Revisi pada askeb nifas untuk menambahkan pola kebutuhan sehari hari</li> </ol>	
10 Mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan revisi pada pembahasan tentang kesenjangan teori</li> <li>2. Menambahkan teori dan kesenjangan mengenai pemberian HB 0 3 jam setelah persalinan</li> <li>3. Melakukan revisi mengenai assesment pada Neonatus</li> </ol>	
19 Mei 2024	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kelengkapan lampiran seperti partograf, buku KIA, lembar KSPR, bukti foto, lembar konsultasi, lembar informed consent</li> <li>2. ACC dari pembimbing</li> </ol>	

## Lampiran 7 Implementasi Asuhan

## Planing Of Action (POA)

No	Rencana Kunjungan	Sasaran	Rencana
1	Kunjungan I Trimester III	Ibu dengan kehamilan 35 – 36 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian pada ibu (subjektif dan objektif) terutama pada keluhan atau masalah</li> <li>2. Berikan pelayanan 10 T               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Timbang berat badan dan ukur tinggi badan</li> <li>b. Pemeriksaan tekanan darah</li> <li>c. Pemeriksaan TFU</li> <li>d. Skrining status TT</li> <li>e. Pemberian Tablet Fe</li> <li>f. Tetapkan status gizi</li> <li>g. Tes Laboratorium</li> <li>h. Tentukan presentasi janin dan DJJ</li> <li>i. Tata laksana khusus</li> <li>j. Temu wicara</li> </ol> </li> <li>3. Anamnesa keluhan yang dialami ibu</li> <li>4. Lakukan skrining dengan form pemeriksaan ibu hamil</li> <li>5. Berikan edukasi mengenai keluhan utama ibu dan memberikan edukasi sesuai rencana asuhan</li> <li>6. Berikan edukasi tentang tanda bahaya kehamilan trimester III</li> <li>7. Ajarkan senam hamil</li> <li>8. Menjelaskan tentang Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi (P4K)</li> <li>9. Jadwalkan kunjungan ulang.</li> </ol>
2	2 minggu setelah pertemuan pertama	Ibu dengan kehamilan 36 – 37 minggu	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian pada ibu (Anamnesa) terutama pada keluhan atau masalah</li> <li>2. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya</li> </ol>

			<p>3. Melakukan pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umum (BB, Keadaan umum, TD, Suhu, Nadi, RR) Fisik (palpasi Leopold I – IV, memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur TFU, melakukan auskultasi DJJ)</li> <li>• Fisik (palpasi Leopold I – IV, memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur TFU, melakukan auskultasi DJJ)</li> </ul> <p>4. Menjelaskan persiapan persalinan</p> <p>5. Menjelaskan tanda – tanda persalinan</p> <p>6. Jadwalkan kunjungan ulang</p>
3.	2 minggu setelah pertemuan kedua	Ibu dengan kehamilan 37-38 minggu	<p>1. Lakukan pengkajian pada ibu (Anamnesa) terutama pada keluhan atau masalah</p> <p>2. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya</p> <p>3. Melakukan pemeriksaan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Umum (BB, Keadaan umum, TD, Suhu, Nadi, RR)</li> <li>• Fisik (palpasi Leopold I – IV, memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur TFU, melakukan auskultasi DJJ)</li> </ul> <p>4. Berikan dukungan keluarga untuk persiapan persalinan</p> <p>Berikan dukungan kepada ibu untuk persiapan persalinan</p>
4.	Persalinan dan BBL	Ibu dengan usia kehamilan aterm	<p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemantauan kemajuan persalinan</li> <li>2. 60 langkah APN Observasi 2 jam postpartum</li> </ol>

5.	Kunjungan ibu nifas (KF 1)	Ibu nifas 6 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pemeriksaan umum dan fisik ibu nifas</li> <li>2. Cegah perdarahan masa nifas dikarenakan atonia uteri dengan mengajarkan ibu dan keluarga melakukan masase uterus</li> <li>3. Ajarkan cara mengurangi ketidaknyamanan</li> <li>4. Edukasi tentang makanan tinggi protein</li> <li>5. Edukasi tentang pemberian ASI eksklusif</li> <li>6. Ajarkan mobilisasi dini</li> <li>7. Jelaskan tanda bahaya masa nifas</li> <li>8. Ajarkan cara menyusui yang benar menggunakan media leaflet tentang cara menyusui yang benar</li> <li>9. Beritahu ibu jadwal kunjungan nifas selanjutnya.</li> </ol>
6.	Kunjungan Neonatus (KN 1)	Neonatus usia 6 jam	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Liat kondisi rumah ibu</li> <li>2. Pastikan suhu bayi normal</li> <li>3. Pastikan bayi sudah BAK dan BAB</li> <li>4. Periksa adanya tanda infeksi pada tali pusat</li> <li>5. Beri edukasi perawatan BBL</li> <li>6. Periksa warna kulit bayi (tanda ikterus)</li> <li>7. Lihat pola asuh di keluarga ibu</li> <li>8. Pastikan pemberian ASI sesuai kebutuhan bayi</li> </ol>
7.	Kunjungan ibu nifas (KF 2) dan Kunjungan neonatus (KN 2)	Ibu dengan 6 hari masa nifas dan bayi dengan usia 6 hari	<p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kunjungan nifas pertama</li> <li>2. Pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik, memastikan involusi uterus berjalan normal</li> <li>3. Pastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup</li> <li>4. Pastikan ibu mendapat nutrisi yang bergizi dan cukup</li> </ol>

			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tanpa adanya penyulit</li> <li>6. Nilai adanya tanda-tanda infeksi dan perdarahan</li> <li>7. Senam nifas</li> </ol> <p>Bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pemeriksaan pada bayi</li> <li>2. Periksa tanda-tanda bahaya yang mungkin bisa terjadi seperti ikterus</li> <li>3. Pastikan bayi mendapatkan ASI eksklusif dengan baik.</li> </ol>
8.	Kunjungan ibu nifas (KF 3) dan kunjungan neonatus (KN 3)	Ibu dengan 15 hari masa nifas dan bayi dengan usia 15 hari	<p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Evaluasi kunjungan nifas kedua</li> <li>2. Pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik, memastikan involusi uterus berjalan dengan normal</li> <li>3. Pastikan ibu mendapatkan istirahat cukup</li> <li>4. Pastikan ibu mendapat nutrisi yang bergizi dan cukup</li> <li>5. Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tanpa adanya penyulit</li> <li>6. Jelaskan kepada ibu tentang KB</li> </ol> <p>Bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Pemeriksaan fisik (BB, PB, suhu)</li> <li>2. Pastikan bayi mendapatkan ASI eksklusif dengan cukup</li> <li>3. Periksa tanda-tanda infeksi</li> <li>4. Imunisasi DPT-1 dan polio 2</li> <li>5. Konseling tentang imunisasi wajibdasar</li> </ol>
9.	Masa Interval	Ibu dengan 32 hari masa nifas	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas</li> <li>2. Tanyakan pada ibu hasil diskusitentang keputusan ibu berKB</li> </ol>

Nomor Registrasi Ibu : .....  
 Nomor Urut di Kohort Ibu : 12 - 10 - 2013  
 Tanggal menerima buku KIA : SITI MURCAH-ANOSIAOSIH  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: .....

**IDENTITAS KELUARGA**

Nama Ibu : SITI SAFIATUL MILAH  
 Tempat/Tgl. Lahir : MALANG 01-12-1984 (29 t)  
 Kehamilan ke : II Anak terakhir umur: 7 tahun  
 Agama : ISLAM  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Colongan Darah : SALON  
 Pekerjaan : .....  
 No. JKN : 3573034112040001  
 NIK : .....

Nama Suami : MULTONO  
 Tempat/Tgl. Lahir : 04 TAHUN  
 Agama : ISLAM  
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi\*  
 Colongan Darah : SUKATA  
 Pekerjaan : .....

Alamat Rumah : Jl. IKAN DURIAMI No. 25 04/06  
 Kecamatan : LOWOKWARU  
 Kabupaten/Kota : MALANG  
 No. Telp. yang bisa dihubungi : 0881024142891

Nama Anak : ..... L/P\*  
 Tempat/Tgl. Lahir : .....  
 Anak Ke : ..... dari ..... anak  
 No. Akte Kelahiran: .....

\* Lingkari yang sesuai

## Lampiran 9 Lembar ANC

Ibu menuliskan tanggal, tempat pelayanan, dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

Ibu Hamil HPHT: 02-05-2024			Trimester I		Trimester II		Trimester III	
			Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa
BB: 42	TB: 155	IMT:	1/7 23		12-10-2023 21-22 Mg	23-12-2023 32-33 Mg	8-1-24 33-34	
Timbang			42		40	49	50	
Ukur Lingkar Lengan Atas			23		23	24	24	
Tekanan Darah			110/60		100/60	100/60	110/60	
Periksa Tinggi Rahim			Blm tcd		19	25 cm	27 cm	
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin			-		Letak DJJ = 150	Letak DJJ = 140	Letak DJJ = 148	
Status dan Imunisasi Tetanus			TS		TS	TS	TS	
Konseling			nutrisi		- Nutrisi - Istirahat - Cek lab	- pro USG - pro Lab	- Senam Hamil	
Skrining Dokter			-		-	-	-	
Tablet Tambah Darah			✓		✓	✓	✓	
Test Lab Hemoglobin (Hb)			-		-	-	12.9	
Test Golongan Darah			-		-	-	O+	
Test Lab Protein Urine			-		-	-	-	
Test Lab Gula Darah			-		-	-	-	
PPIA							NR NR NR	
Tata Laksana Kasus								
Ibu Bersalin TP: 09-02-2024			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)	KN2 (3-7 hari)	KN3 (8-28 hari)			
			Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak					

Lampiran 10 Lembar KSPR

### SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : Nis S Alamat : Lewokwatu  
 Umur Ibu : 36 Kec Kab :  
 Pendidikan : SP Pekerjaan : SWASTA  
 Hamil Ke : 2 / 5 Had Terakhir tgl : 2/5 23 Perkiraan Persalinan tgl : 9/2 24

**Periksa I**  
 Umur Kehamilan : ..... bin Di .....

KEL	NO	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor awal ibu hamil	2	✓	✓	✓	✓
I	1	Terlalu muda, hamil < 16 th	4				
	2	Terlalu tua, hamil > 35 th	4				
		Terlalu lambat hamil I, kawin > 4 th	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 th	4				
	7	Terlalu pendek < 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan :					
	a. Tindakan tang / vakum	4					
	b. Un dirogon	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		2	2	2	2	

**PENYULUHAN KEHAMILAN PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA**

KEHAMILAN			KEHAMILAN DENGAN RISIKO				
JML SKOR	JML PERAWA TAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
					RDB	RDR	RTW
2	KRT	BIDAN	RUJUK DOKTER	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PKM	POUNDES PKM / RS	BIDAN DOKTER		
>12	RAS	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER		

### 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)

<b>Gawat Obstetrik :</b> Kel. Faktor Resiko I & II	<b>Gawat Obstetrik :</b> Kel. Faktor Resiko I & II
1. ....	1. Perdarahan antepartum
2. ....	
3. ....	
4. ....	<b>Komplikasi Obstetrik</b>
5. ....	3. Perdarahan postpartum
6. ....	4. Uri tertinggal
	5. Persalinan Lama

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

**PASCA PERSALINAN :**

<b>IBU :</b>	<b>TEMPAT KEMATIAN IBU</b>
1. Hidup	1. Rumah Ibu
2. Mati, dengan penyebab	2. Rumah Bidan
a. Perdarahan b. Preeklampsia Eklampsia	3. Polindes
c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain-2...	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

*Lampiran 11 Lembar Penapisan Ibu Bersalin***LEMBAR PENAPISAN**

Apabila Didapati Salah Satu Atau Lebih Penyulit Seperti Berikut

Dibawah Ini Pasien Harus Dirujuk

Hari/Tanggal : 22 Januari 2024

Nama : Ny. S

Umur : 30 tahun

Alamat : Lowokwaru

No	KETERANGAN	YA	TIDAK
1.	Riwayat Bedah Sesar		✓
2.	Perdarahan		✓
3.	Persalinan kurang bulan (<37 minggu)		✓
4.	Ketuban pecah dengan meconium kental		✓
5.	Ketuban pecah lama (lebih 24 jam )		✓
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<27 minggu)		✓
7.	Ikterus		✓
8.	Anemia berat		✓
9.	Tanda/gejala infeksi		✓
10.	Pre Eklamsia/ hipertensi dalam kehamilan		✓
11.	TFU 40 cm atau lebih		✓
12.	Gawat janin		✓
13.	Primipara fase aktif dengan palpasi kepala janin masih 5/5		✓
14.	Presentasi bukan belakang kepala		✓
15.	Presentasi ganda		✓
16.	Kehamilan GEMIELI		✓
17.	Tali pusat menumbung		✓
18.	Syok		✓



**CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal : 22 Januari 2024
2. Nama bidan : Cecilia Yunka
3. Tempat Persalinan :
  - Ruman Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya : PMS
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
  - Bidan  Teman
  - Suami  Dukun
  - Keluarga  Tidak ada

**KALA I**

9. Partogram melewati garis waspada : Y / (T)
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

**KALA II**

13. Episiotomi :
  - Ya, Indikasi
  - Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
  - Suami  Teman  Tidak ada
  - Keluarga  Dukun
15. Gawat Janin :
  - Ya, tindakan yang dilakukan
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Tidak
16. Distosia bahu :
  - Ya, tindakan yang dilakukan
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

**KALA III**

20. Lama kala III : 5 ..... menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
  - Ya, waktu : ..... menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan .....
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan .....
  - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya,
  - Tidak, alasan .....

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	09.10	110/70	81	36,5	11R ↓ pst	Keras	Kosong	20
	09.25	110/60	83		11R ↓ pst	Keras	Kosong	15
	09.40	100/70	81		11R ↓ pst	Keras	Kosong	15
	09.55	110/70	82		11R ↓ pst	Keras	Kosong	20
2	10.25	110/70	82	36,5	11R ↓ pst	Keras	Kosong	20
	10.55	100/90	82		11R ↓ pst	Keras	Kosong	15

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

24. Masase fundus uteri ?
  - Ya,
  - Tidak, alasan .....
25. Plasenta lahir lengkap (intact)  Tidak
  - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
    - a. ....
    - b. ....
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya /  Tidak
  - Ya, tindakan :
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
27. Laserasi :
  - Ya, dimana .....
  - Tidak.
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
  - Tindakan :
    - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - Tidak dijahit, alasan .....
29. Atoni uteri :
  - Ya, tindakan
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  - Tidak
30. Jumlah perdarahan : 100 ..... ml
31. Masalah lain, sebutkan .....
32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
33. Hasilnya : .....

**BAYI BARU LAHIR :**

34. Berat badan : 2.800 ..... gram
35. Panjang : 40 ..... cm
36. Jenis kelamin : L  P
37. 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/temas/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 : .....

## Lampiran 13 Lembar Ringkasan Persalinan

## RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

## Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 22 Januari 2024 Pukul : 08:50  
 Umur kehamilan : 37-38 Minggu  
 Penolong persalinan : SpOg/ Dokter umum/ Bidan  
 Cara persalinan : Normal Tindakan  
 Keadaan ibu : Sehat Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/  
 Lochia berbau/lain-lain)/  
 Meninggal\*  
 KB Pasca persalinan : Suntik 3 Bulan  
 Keterangan tambahan :

\* Lingkari yang sesuai

## Bayi Saat Lahir

Anak ke : 2  
 Berat Lahir : 2.800 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 HB0

Keterangan tambahan:

\* Lingkari yang sesuai

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

## Lembar 14 Penapisan KB

**DAFTAR TILIK PENAPISAN KLIEN KB  
METODE NONOPERATIF**

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih	✓	
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan	✓	
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama		✓
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		✓
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		✓
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		✓
Apakah pernah tekanan darah >160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		✓
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		✓
Apakah anda sedang meminum obat-obatan anti kejang (epilepsi) <sup>3</sup>		✓
<b>AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)</b>		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (>1-2 pembalut/4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (>8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenorhea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital		

1. Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan, maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir
2. Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN) atau susuk
3. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN)