

Lampiran 2 Relasasi POA

POA (PLANNING OF ACTION)

No	Rencana Kunjungan	Rencana	Tujuan	Alat dan Media	Tempat
KEHAMILAN					
1	Kunjungan 1 (Ibu hamil TM III UK 36 – 37 minggu) 27/3/2024	<ol style="list-style-type: none"> Lakukan perkenalan dengan klien dan keluarga klien Bina hubungan saling percaya Berikan penjelasan sebelum persetujuan ibu Lakukan <i>informed consent</i> Lakukan kontrak waktu untuk melakukan pengkajian Jadwalkan kunjungan ulang 	<ol style="list-style-type: none"> Untuk proses perkenalan antara peneliti dan subjek penelitian (klien) Untuk mendapatkan kepercayaan klien agar bersedia menjadi subjek penelitian Untuk memberikan pemahaman kepada klien sebelum ibu bersedia menjadi subjek penelitian Untuk mendapatkan persetujuan menjadi subjek penelitian Untuk mempermudah dalam pelaksanaan pemberian asuhan Untuk mengetahui keadaan ibu lebih lanjut 	<ol style="list-style-type: none"> Lembar <i>informed consent</i> Catatan kecil Buku KIA 	Rumah Klien

2	Kunjungan 2 (Ibu hamil TM III UK 36 – 37 minggu) 29/3/2024	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian data (Anamnesa data Subyektif dan Obyektif) pada klien 2. Menanyakan keluhan yang dialami oleh ibu 3. Lakukan pemeriksaan: <ol style="list-style-type: none"> a. Umum Keadaan umum, kesadaran, antropometri, TTV b. Berikan pelayanan 10T <ol style="list-style-type: none"> 1) Timbang berat badan dan ukur tinggi badan 2) Pemeriksaan TD 3) Pemeriksaan TFU 4) Skrining status TT dan pemberian imunisasi TT 5) Pemberian Tablet Fe 6) Tetapkan status gizi 7) Tentukan presentasi janin dan Denyut Jantung Janin (DJJ) 8) Tes Laboratorium 9) Temu wicara 	<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 memberikan pengetahuan dan pemahaman serta cara mengatasi ketidaknyamanan kehamilan trimester III Untuk memberikan pengetahuan dan pemahaman serta pencegahan tanda III 8. Untuk persiapan persalinan dan pencegahan terjadinya 	<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 	TPMB Siti Nur A, S.Tr.Keb.,Bd.
---	---	--	---	---	-----------------------------------

		<p>(konseling)</p> <p>10) Tata laksana rujukan</p> <p>4. Berikan KIE mengenai keluhan utama ibu dan memberikan KIE sesuai rencana asuhan</p> <p>5. Berikan KIE mengenai ketidaknyamanan kehamilan trimester III</p> <p>6. Berikan KIE mengenai tanda bahaya kehamilan trimester III</p> <p>7. Jelaskan mengenai P4K (perencanaan dan pencegahan komplikasi)</p> <p>8. Ajarkan ibu senam hamil Jadwalkan kunjungan ulang</p>	<p>komplikasi</p> <p>9. Untuk melemaskan otot-otot dinding perut ibu</p> <p>7. Untuk mengetahui perkembangan ibu lebih lanjut bahaya kehamilan trimester</p>		
--	--	---	--	--	--

PERSALINAN DAN BAYI BARU LAHIR (BBL)

<p>3</p>	<p>Kunjungan 1 (Ibu dengan usia kehamilan aterm) 5/4/2024</p>	<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 8. Lakukan pemeriksaan asuhan BBL 	<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, 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"> 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 Perawatan BBL (lampu sorot, handuk, pakaian bayi, minyak telon, metlin, timbangan, thermometer, penlight, vit K1, salep mata, Hb0) 	<p>TPMB Siti Nur A, S.Tr.Keb.,Bd.</p>
-----------------	--	--	--	---	---

NIFAS DAN NEONATUS

4	<p>KF 1 (6 jam – 3 hari PP)</p> <p>6/4/2024</p>	<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 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"> 1. Untuk mengetahui cara mengatasi ketidaknyamanan yang dialami oleh ibu 2. Agar ibu memahami kebutuhan dasar ibu nifas seperti kebutuhan nutrisi untuk mengembalikan tenaga ibu setelah persalinan 3. Agar ibu mengetahui dan memahami pentingnya pemberian ASI Eksklusif 4. Untuk mempercepat pemulihan masa nifas 5. Untuk mengetahui dan memahami tanda dan bahaya ibu nifas dan dapat segera dilakukan tindakan apabila ibu mengalami tanda bahaya ibu nifas 6. Agar ibu dapat menyusui dengan benar sehingga nutrisi bayi dapat terpenuhi dengan baik 7. Untuk memulihkan otot-otot dan mengembalikan uterus seperti semula 8. untuk mendeteksi dini kelainan pada masa nifas dengan pemantauan rutin 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Stetokop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA 	<p>TPMB Siti Nur A, S.Tr.Keb.,Bd.</p>
----------	---	--	--	---	---

	KN 1 (6 – 48 jam) 6/4/2024	NEONATUS 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, 8. imunisasi Hepatitis B0 pemberian tidak lebih dari 7 hari 9. Berikan KIE kepada ibu mengenai tanda bahaya neonatus 10. Berikan KIE mengenai cara perawatan neonatus di rumah dan cara menyusui yang benar 11. Kontrak waktu untuk kunjungan berikutnya	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 pemenuhan nutrisi bayi	1. Stetoskop 2. Termometer 3. Form MTBM 4. Form pengkajian 5. Perawatan tali pusat 6. Jam tangan buku KIA	TPMB Siti Nur A, S.Tr.Keb.,Bd.
--	---	--	--	--	-----------------------------------

5	KF 2 (3 – 7 hari PP) 8/4/2024	NIFAS <ol style="list-style-type: none"> 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 	<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. Agar ibu mengetahui cara perawatan payudara untuk mencegah terjadinya bendungan ASI 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. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam nifas 6. Buku KIA 	TPMB Siti Nur A, S.Tr.Keb.,Bd.
---	--	--	---	--	-----------------------------------

	KN 2 (3 – 7 hari) 8/4/2024	NEONATUS 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	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	1. Stetoskop 2. Termometer 3. Jam tangan 4. Buku KIA 5. Leaflet ASI Eksklusif	
6	KF 3 (8 – 14 hari PP) 18/4/2024	NIFAS 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	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	1. Stetoskop 2. Tensimeter 3. Termometer 4. Jam tangan 5. Leaflet senam	Rumah Klien

	<p>KN 3 (8 – 14 hari)</p> <p>18/4/2024</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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. <p>NEONATUS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan 2 2. Berikan pujian karena ibu 3. sudah memberikan asuhan yang benar 4. Melakukan pemeriksaan umum (keadaan umum, suhu, nadi, pernafasan) dan pemeriksaan fisik head to toe 5. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya posyandu 6. Berikan KIE pada ibu mengenai pentingnya imunisasi dasar lengkap 7. Kontrak waktu untuk kunjungan selanjutnya 	<p>uterus berjalan dengan baik</p> <ol style="list-style-type: none"> 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. 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 	<p>nifas</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Buku KIA 7. Lembar ABPK <ol style="list-style-type: none"> 1. Stetoskop 2. Termometer 3. Jam tangan 4. Buku KIA 	
--	--	---	--	---	--

Lampiran 3 Pernyataan Kesiediaan Membimbing

PERNYATAAN KESEDIAAN MEMBIMBING

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

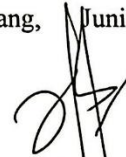
1. Nama dan gelar : Naimah, S.KM., M. Kes
2. NIP : 196612311986032005
3. Pangkat dan Golongan: Penata III/d
4. Jabatan : Lektor
5. Asal Institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
6. Pendidikan Terakhir : Magister Kesehatan Masyarakat
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
 - a. Rumah : 0341-723894
 - b. Telepon/HP : 081333117870
 - c. Alamat Kantor : Jl. Besar Ijen No.77 C Malang
 - d. Telepon Kantor : (0341)566075

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

Nama : Ajeng Ayu Nur Fadila
NIM : P17310213033
Topik Studi Kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Contiunity Of Care* Pada Ny.C Usia 21 Tahun G₁P₀₀₀₀Ab₀₀₀ di TPMB Siti Nur Ainiah, S.Tr.Keb.,Bdn. Pakisaji, Kabupaten Malang

*) Coret yang tidak di pilih

Malang, Juni 2024








Naimah S.KM., M.Kes
NIP.196612311986032005

Lampiran 4








LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ajeng Ayu Nur Fadila
 NIM : P17310213033
 Nama Pembimbing : Naimah, SKM.,M.Kes
 Judul LTA : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity of Care* (COC)
 Pada Ny. X di TPMB Sri Sulami,S.Tr.Keb.,Bd, Kota
 Malang

TGL	MATERI KONSULTASI	TANDA TANGAN
11/1/2024	1) Konsultasi BAB 1-3 2) Perbaiki margin, spasi, numbering 3) Perbaiki latar belakang sesuai MSKS 4) Tata penulisan disesuaikan dengan pedoman	
26/1/2024	1) Perbaiki tabel dan gambar 2) Perbaiki BAB 3 tentukan bentuk asuhan 3) Perbaiki kata yang tidak perlu kapital 4) Perbaiki spasi dan numbering	
1/2/2024	1) Penambahan materi pada BAB 2 2) Perbaiki kata, spasi, dan outine 3) Responsi materi fisiologi kehamilan hingga KB.	
6/2/2024	1) Perbaiki spasi dan margin 2) perbaiki kata yang tidak perlu MSKS 3) Responsi materi fisiologi dan tanda pasti Inpartu.	
7/2/2024	ACC Ujian Proposal Laporan Tugas Akhir	

LEMBAR KONSULTASI

Nama Mahasiswa : Ageng Ayu Nur Fadila
 NIM : 17310213073
 Nama Pembimbing : Nur Anisah, S.Tr., M. Kes
 Judul Proposal : Asuhan Kebidanan Continuity of Care pada Ny. C Usia 2 Tahun
 Gawat Abad di TPMB Siti Nur Anisah, S.Tr. Keb Pakisari
 Kabupaten Malang.

Tanggal	Materi Konsultasi	Tanda Tangan Pembimbing
1/3/2024	Revisi pasca seminar proposal dan ACC	
5/6/2024	1) Perbaiki margin, spasi, numbering 2) Perbaiki judul gambar 3) Konsultasi BAB IV	
12/6/2024	1) Perbaiki margin, spasi, numbering 2) konsultasi BAB IV 3) Responsi mengenai kondisi pasien	
22/6/2024	1) konsultasi BAB V dan VI 2) Perbaiki lampiran	
28/6/2024	Konsultasi dan responsi materi asuhan kebidanan persalinan kata I, II, III, IV.	
24/7/2024	ACC Ujian Seminar Hasil LIA	
10/7/2024	Revisi pasca seminar hasil dan ACC	

Lampiran 5 Penjelasan Sebelum Persetujuan (PSP)

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ajeng Ayu Nur Fadila

NIM : P17310213033

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

Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Continuity Of Care* (COC) pada Ny. X masa hamil sampai dengan masa interval di TPMB Siti Nur Ainiah,S.Tr.Keb.,Bd.

Bermaksud akan melakukan studi kasus pada ibu hamil dari trimester III kehamilan tepatnya pada usia kehamilan 36 – 37 minggu hingga masa interval sebagai salah satu syarat menyelesaikan Pendidikan Ahli Madya Kebidanan pada Program Studi Diploma III Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang. Studi kasus ini bertujuan untuk memberikan asuhan kebidanan secara komprehensif pada ibu yakni kunjungan masa kehamilan sebanyak 3 kali dan masa nifas sebanyak 3 kali dengan:

1. Melakukan wawancara meliputi biodata, keluhan ibu, riwayat menstruasi, riwayat pernikahan, riwayat kesehatan ibu, riwayat kesehatan keluarga, riwayat kontrasepsi, riwayat obstetrik yang lalu dan sekarang, riwayat TT, pola pemenuhan kebutuhan sehari hari dan keadaan psikososial, spiritual dan budaya.
2. Melakukan pemeriksaan tekanan darah, nadi, suhu, pernapasan, pemeriksaan fisik mulai dari kepala hingga kaki pada setiap kunjungan.
3. Konseling seputar masalah, keluhan, dan pendidikan kesehatan setiap kunjungan.

Manfaat dilakukannya asuhan kebidanan ini, 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 masa kehamilan hingga masa interval.

Dengan asuhan kebidanan yang komprehensif diharapkan siklus kehidupan ibu berjalan dengan normal dan tidak mengalami tanda-tanda bahaya. Mengingat penelitian ini menyita waktu ibu maka akan diberikan kompensasi berupa perlengkapan bayi baru lahir.

Sehubungan dengan hal tersebut penulis mengharapkan atas kesediaan ibu untuk menjadi subjek studi kasus dan berkenan memberikan jawaban atas pernyataan yang diberikan serta mengikuti pemeriksaan yang akan dilakukan. Informasi yang subjek berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan penelitian ini. Apabila subjek merasa kurang berkenan dengan perlakuan yang saya berikan atau tidak sesuai dengan harapan, subjek dapat mengundurkan diri dari penelitian ini tanpa dikenakan sanksi apapun.

Ibu dapat menghubungi peneliti apabila terdapat hal-hal yang kurang jelas atau membutuhkan bantuan terkait dengan penelitian dan kondisi ibu melalui nomor hp 08980501179.

Demikian permohonan ini,atas perhatian dan kesediaan ibu saya ucapkan terimakasih.

Malang, Maret 2024

Penulis

Lampiran 6 Surat Pernyataan Menjadi Klien

SURAT PERNYATAAN MENJADI KLIEN

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : CITA-SUCI PUTRI AGATA

Umur : 21 thn

Alamat : Jl. Panlaman Badguri, Pakesaji

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 Siti Nur Ainiah ,S.Tr.Keb.,Bd. yang dilakukan oleh Mahasiswa Semester VI DIII 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, 27 Maret 2024
Yang membuat persetujuan



CITA-SUCI PUTRI AGATA

Lampiran 7 Informed Consent

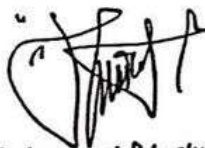
INFORMED CONSENT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti tentang apa yang dilakukan oleh Ajeng Ayu Nur Fadila 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, 27 Maret 2024

Saksi Keluarga Klien



(Mochammad Mas'udi)

Yang Membuat Persetujuan



(Dita Suci Putri Agata)

Mengetahui,
Dosen Pembimbing



NAIMAH, SKM, M.Kes
NIP. 196612311986032005

Mahasiswa



Ajeng Ayu Nur Fadila
NIM. P17310213033

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:			Trimester I		Trimester II	Trimester III		
			Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa	Periksa
BB:	TB:	IMT:				27/3 2024	29/3 2024	
Timbang						74 kg	74,6 kg	
Ukur Lingkar Lengan Atas								
Tekanan Darah						110/80	108/89	
Periksa Tinggi Rahim						28 cm	28 cm	
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin						letkep / 148x/mnt	144x/mnt	
Status dan Imunisasi Tetanus								
Konseling						tanda bahaya. P4K		
Skrining Dokter						tanda = persalinan		
Tablet Tambah Darah								
Test Lab Hemoglobin (Hb)						119g/dl		
Test Golongan Darah								
Test Lab Protein Urine								
Test Lab Gula Darah								
PPIA								
Tata Laksana Kasus								
Ibu Bersalin TP: 28/4 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)	KN 2 (3-7 hari)	KN 3 (8-28 hari)			
			Pastikan pelayanan kesehatan neonatus dicatatkan di bagian anak					

Lampiran 9. KSPR

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : Ny. C Alamat : _____
 Umur ibu : 24 th Kec/Kab : _____
 Pendidikan : _____ Pekerjaan : _____
 Hamil Ke : _____ Haid Terakhir tgl : _____ Perkiraan Persalinan tgl : _____
 Periksa I
 Umur Kehamilan : _____ bh Di : _____

KEL. FR	NO	Masalah/Faktor Risiko	SKOR	Tribun			
				I	II	III.1	III.2
		Skor awal ibu hamil	2			2	
I	1	Tertalu muda, hamil ≤ 16 th	4				
	2	Tertalu tua, hamil ≥ 35 th	4				
		Tertalu lambat hamil I, kembar ≥ 4 th	4				
	3	Tertalu lama hamil lagi (≥ 10 th)	4				
	4	Tertalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	5	Tertalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Tertalu tua, umur ≥ 35 th	4				
	7	Tertalu pendek, ≤ 145 cm	4				
	8	Pemah gagal kehamilan	4				
	9	Pemah melahirkan dengan:					
	a. Tarikan tang / vakum	4					
	b. Uti drogoh	4					
	c. Diberi infus / Transfusi	4					
	10 Pemah Operasi Sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil:					
		a. Kurang Darah b. Melana	4				
		c. TBCCParu d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka/lingkai 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 Prekampsia Berat / Kejang-2	8					
JUMLAH SKOR						2	

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN - RUJUKAN TERENCANA

KEHAMILAN				KEHAMILAN DENGAN RISIKO				
JML SKOR	JML SKOR	PERAWA TAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
7	KRT	BIDAN	TEPAK	TEPAK	BIDAN			
			ORLUM	ORLUM				
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PAM	POUNDES	BIDAN DOKTER			
			PAM	PAM/RS				
≥12	KRT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

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

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Persalinan Melahirkan tanggal : _____

RUJUK DAR : 1. Sendi 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas
 RUJUK KE : 1. Bidan 2. Puskesmas 3. RS

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

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1. _____
 2. _____
 3. _____
 4. _____
 5. _____
 6. _____

Gawat Obstetrik :
 Kel. Faktor Risiko I & II
 1. Perdarahan antepartum
 3. Perdarahan postpartum
 4. Uti teringgit
 5. Persalinan Lama

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

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

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 Safit)
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab _____

Keluarga Berencana 1. Ya _____ 2. Tidak _____
 Kategori Keluarga Miskin 1. Ya _____ 2. Tidak _____

Lampiran 10. Lembar Penapisan

PENAPISAN IBU BERSALIN

HARI/TANGGAL : 5 April 2024
NAMA : Ny. Cita S
UMUR : 21 thn
ALAMAT : Jl. Pantawan Badjuri

NO	RUJUK IBU BILA	YA	TIDAK
1.	Riwayat Bedah Sesar		✓
2.	Perdarahan Pervaginam		✓
3.	Kehamilan Kurang Bulan		✓
4.	Ketuban Pecah Dengan Meconium Kental		✓
5.	Ketuban Pecah (24 Jam)		✓
6.	Ketuban Pecah Pada Kehamilan Kurang Bulan		✓
7.	Icterus		✓
8.	Anemia Berat		✓
9.	Tinggi Fundus Uteri >40 Cm (Mikrosomi Kehamilan Kembar)		✓
10.	Preeklamsia Berat		✓
11.	Demam (>38°c)		✓
12.	Gawat Janin		✓
13.	Presentasi Bukan Belakang Kepala		✓
14.	Tali Pusat Menumbang		✓
15.	Primi Para Fase Aktif Persalinan Dengan Kepala 5/5		✓
16.	Presentasi Ganda		✓
17.	Gemeli		✓
18.	Syok		✓
19.	Penyakit Yang Menyertai		✓
20.	Anak Mahal		✓

Lampiran 11. Lembar Observasi

LEMBAR OBSERVASI

i. MASUK KAMAR BERSALIN

Tgl : 05-01-2024 Jam : 08.00
 His mulai tgl : 05-01-2024 Jam : 03.00
 Darah : (+)
 Lendir : (+)
 Ketuban : pecah / belum Jam :
 Keluhan lain :

ii. KEADAAN UMUM

Tensi : 110/80
 Suhu/ Nadi : 36,5 / 86
 Oedema : (-)
 Lain-lain :

iii. PEMERIKSAAN OBSTETRI

a. Palpasi : letkep, pita,
 b. DJJ : 146x/menit
 c. HIS 10" : 2 x, 10 Lama : 40 detik
 d. VT tgl : 05-01-2024 Jam : 08.00
 e. Hasil : bloodclym (+), Ø 2 cm, off 75%, Fet (+), H1, Molae 0, uk jan 12
 f. Pemeriksa :

OBSERVASI KALA 1 (Fase Laten Ø < 4 cm)

Tanggal	Jam	His dlm 10 "		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Keterangan
		Berapa kali	Lamanya						
05-01-2024	08.30	2	35	141					
	09.00	2	35	146	120/80		89		
	09.30	2	35	146					
	10.00	2	35	148					
	10.30	2	35	145	110/70		86		
	11.00	2	40	146					
	11.30	2	40	146					
	12.00	2	40	148	100/70	36,5	85	1/2 bloodclym (+), Ø 2 cm, off 75%, Fet (+), Molae 0, uk jan 12	

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 05-09-2024
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya : TPMB
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
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 : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 Ya, alasan
23. Penengangan 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	21.35	100/80	76	36.6	setinggi pusat	keras	kosong	5
	21.50	100/90	78		setinggi pusat	keras	kosong	10
	22.05	110/90	82		2 JI ↓ pusat	keras	kosong	15
	22.20	100/80	84		2 JI ↓ pusat	keras	peruh	20
2	22.50	110/80	82	36.7	2 JI ↓ pusat	keras	kosong	10
	23.20	110/80	84		2 JI ↓ pusat	keras	kosong	10

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

24. Mpsase 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 perineum dan otot perineum
 Tidak
 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3/4
 Tindakan :
 Penjahitan dengan lamperanestesi
 Tidak dijahit, alasan
 29. Atoni uteri :
 Ya, tindakan
 a.
 b.
 c.
 Tidak
 30. Jumlah perdarahan : 30 ml
 31. Masalah lain, sebutkan :
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
 33. Hasilnya :
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan 3260 gram
 35. Panjang 48 cm
 36. Jenis kelamin : L (P)
 37. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyulit
 38. Bayi lahir :
 Normal, tindakan :
 mengeringkan
 menghangatkan
 rangsang taktil
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 mengeringkan bebaskan jalan napas
 rangsang taktil menghangatkan
 bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 lain - lain sebutkan
 39. Cacat bawaan, sebutkan :
 40. Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
 39. Pemberian ASI
 Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
 40. Masalah lain,sebutkan :
 - Hasilnya :

Lampiran 13. Ringkasan Pelayanan Persalinan

RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 05.04 - 2024 Pukul : 21.08 WIB
 Umur kehamilan : 38 Minggu 1 hari
 Penolong persalinan : SpOg/ Dokter umum/ Bidan Bid. Siti Nur Amiah, S.Teteb
 Cara persalinan : Normal/Tindakan
 Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
 Lochia berbau/lain-lain)/
 Meninggal*
 KB Pasca persalinan :
 Keterangan tambahan :

* Lingkari yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1
 Berat Lahir : 3260 gram
 Panjang Badan : 49 cm
 Lingkar Kepala : 34,5 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:

* Lingkari yang sesuai

** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

KETERANGAN LAHIR

No : 19/IV/BPM/2024

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:

Pada hari ini JUM'AT, tanggal 05-04-2024 Pukul 21.08 WIB telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya

Anak ke : I Usia gestasi: 38 minggu (han)

Berat lahir : 3260 gr, Panjang Badan : 49 cm, Lingkar Kepala: 34,5 cm

di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan di

BPM NINA RIZIN (Pd. SITI NUR AINIAH, S.Tr. Keb)

Alamat : Jl. BINANGUN RT 03 RW 08 BENENGAN
PAKISAJI

Diberi nama :

ARUMI ALIZA SYAKILA MASADAH

Dari Orang Tua:

Nama Ibu : CITA SUCI PUTRI AGATA Umur : 21 tahun

NIK : 3507195608020004

Nama Ayah : MOCHAMAD MAS'UDI

NIK : 3507192807960001

Pekerjaan : Karyawan swasta

Alamat : Jl. Pahlawan Badjuri Rt.2 RW.1 Ds. Pakisaji

Kecamatan : Pakisaji

Kab/Kota : Malang

MALANG, Tanggal, 05 April 2024

Saksi I

Saksi II

(.....) (.....)



Penolong persalinan

Pd. Siti Nur Ainiab, S.Tr.

Lampiran 14. Ringkasan Pelayanan Nifas

RINGKASAN PELAYANAN NIFAS

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)	RESUME
Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6-48 jam) Tgl: 6/4/2024 Faskes:	Masalah: TAA Tindakan: Menyarankan ibu untuk melakukan Masase uterus - ke istirahat, Mobilisasi
Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3-7 hari) Tgl: 8/4/2024 Faskes:	Masalah: TAA Tindakan: ke personal hygiene, ASI eksklusif, ke alat kontrasepsi, perawatan payudara.
Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8-28 hari) Tgl: 15/4/2024 Faskes:	Masalah: TAA Tindakan: ke nutrisi, memastikan keputusan KB ke imunisasi
Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29-42 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: TAA 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:

Lampiran 15. Pelayanan Neonatus

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: 3260gr PB: 49 cm LK: 34,5cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: 3260 gr PB: 49 cm LK: 34,5cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input checked="" type="checkbox"/>  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah: Tdk ada masalah	Masalah: Tdk ada masalah	Masalah: fks ns	Masalah: Tdk ada
Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -
Nama jelas petugas: Bidan Nina	Nama jelas petugas: Bidan Nina	Nama jelas petugas: Nina	Nama jelas petugas: Bidan Nina

* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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

Lampiran 16. Penapisan Kontrasepsi

**PENAPISAN CALON PEMAKAI KONTRASEPSI HORMONAL
(Pil dan Suntik Kombinasi, Pil dan Suntik Progestin, dan Susuk)**

DAFTAR PERTANYAAN	YA	TIDAK
Apakah haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih		✓
Apakah menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan		✓
Apakah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak diantara haid setelah senggama		✓
Apakah pernah mengalami ikterus pada kulit atau mata		✓
Apakah pernah nyeri hebat atau gangguan visual		✓
Apakah pernah nyeri hebat pada paha, betis, dada, atau tungkai Bengkak		✓
Apakah pernah tekanan darah diatas 160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		✓
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		✓
Apakah sedang minum obat-obatan anti kejang (epilepsi)		✓

PENAPISAN CALON AKSEPTOR KB IUD

DAFTAR PERTANYAAN	YA	TIDAK
Tanggal haid terakhir, lama haid dan pola perdarahan haid		✓
Riwayat kehamilan ektopik		✓
Nyeri hebat setiap haid		✓
Anemia yang berat (Hb < 9 gr% atau Hematokrit < 30)		✓
Riwayat infeksi Sistem Genital (ISG), Penyakit Hubungan Seksual (PMS) atau infeksi panggul		✓
Berganti-ganti pasangan (resiko ISG tinggi)		✓
Kanker serviks		✓

Lampiran 17. Dokumentasi Kunjungan

