

Lampiran I Plan Of Action

Planing Of Action (POA)

No	Rencana Kunjungan	Sasaran	Rencana
1	Kunjungan I Trimester III	Ibu dengan kehamilan 32 – 34 minggu	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan pengkajian pada ibu (subjektif dan objektif) terutama pada keluhan atau masalah2. Berikan pelayanan 10 T3. Anamnesa keluhan yang dialami ibu4. Lakukan skrining dengan form pemeriksaan ibu hamil5. Berikan edukasi mengenai keluhan utama ibu dan memberikan edukasi sesuai rencana asuhan6. Berikan edukasi tentang tanda bahaya kehamilan trimester III7. Ajarkan senam hamil8. Menjelaskan tentang Perencanaan Persalinan dan Pencegahan Komplikasi9. Jadwalkan kunjungan ulang.
2	2 minggu setelah pertemuan pertama	Ibu dengan kehamilan 34 – 36 minggu	<ol style="list-style-type: none">1. Lakukan pengkajian pada ibu (Anamnesa) terutama pada keluhan atau masalah2. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya3. Melakukan pemeriksaan:<ul style="list-style-type: none">• Umum (BB, Keadaan umum, TD, Suhu, Nadi, RR)

			<ol style="list-style-type: none"> 4. Menjelaskan persiapan persalinan 5. Menjelaskan tanda – tanda persalinan 6. Jadwalkan kunjungan ulang
3	2 minggu setelah pertemuan Kedua	Ibu dengan kehamilan 36 – 38 minggu	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pengkajian pada ibu (Anamnesa) terutama pada keluhan atau masalah 2. Mengevaluasi keberhasilan asuhan yang telah diberikan pada kunjungan sebelumnya 3. Melakukan pemeriksaan: <ul style="list-style-type: none"> • Umum (BB, Keadaan umum, TD, Suhu, Nadi, RR) • Fisik (palpasi Leopold I – IV, memantau tumbuh kembang janin dengan mengukur TFU, melakukan auskultasi DJJ) 4. Berikan dukungan keluarga untuk persiapan persalinan 5. Berikan dukungan kepada ibu untuk persiapan persalinan
4	Persalinan dan BBL	Ibu dengan usia kehamilan aterm	<p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemantauan kemajuan persalinan 2. 60 langkah APN 3. Observasi 2 jam postpartum

5	Kunjungan ibu nifas (KF 1)	Ibu nifas 6 – 48 jam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan umum dan fisik ibu nifas 2. Cegah perdarahan masa nifas dikarenakan atonia uteri dengan mengajarkan ibu dan keluarga melakukan masase uterus 3. Ajarkan cara mengurangi ketidaknyamanan 4. Edukasi tentang makanan tinggi protein 5. Edukasi tentang pemberian ASI eksklusif 6. Ajarkan mobilisasi dini 7. Jelaskan tanda bahaya masa nifas 8. Ajarkan cara menyusui yang benar menggunakan media leaflet tentang cara menyusui yang benar 9. Beritahu ibu jadwal kunjungan nifas selanjutnya
6	Kunjungan Neonatus (KN 1)	6-48 Jam	<ol style="list-style-type: none"> 1. Liat kondisi rumah ibu 2. Pastikan suhu bayi normal 3. Pastikan bayi sudah BAK dan BAB 4. Periksa adanya tanda infeksi pada tali pusat 5. Beri edukasi perawatan BBL 6. Periksa warna kulit bayi (tanda ikterus) 7. Lihat pola asuh di keluarga ibu Pastikan pemberian ASI sesuai kebutuhan bayi

7	Kunjungan ibu nifas (KF 2) dan Kunjungan neonatus (KN 2)	Ibu dengan 3 – 7 hari masa nifas dan bayi dengan usia 3 – 7 hari	<p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan nifas pertama 2. Pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik, memastikan involusi uterus berjalan normal 3. Pastikan ibu mendapatkan istirahat yang cukup 4. Pastikan ibu mendapat nutrisi yang bergizi dan cukup 5. Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tanpa adanya penyulit 6. Nilai adanya tanda-tanda infeksi dan perdarahan 7. Senam nifas <p>Bayi</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lakukan pemeriksaan pada bayi 2. Periksa tanda-tanda bahaya yang mungkin bisa terjadi seperti ikterus 3. Pastikan bayi mendapatkan ASI eksklusif dengan baik.
8	Kunjungan ibu nifas (KF 3) dan kunjungan	Ibu dengan 8 – 28 hari masa nifas dan bayi	<p>Ibu</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evaluasi kunjungan nifas Kedua

	neonatus (KN 3)	dengan usia 8 – 28 hari	<ol style="list-style-type: none"> 2. Pemeriksaan TTV dan pemeriksaan fisik, memastikan involusi uterus berjalan dengan normal 3. Pastikan ibu mendapatkan istirahat cukup 4. Pastikan ibu mendapat nutrisi yang bergizi dan cukup 5. Pastikan ibu dapat menyusui dengan baik dan tanpa adanya penyulit 6. Jelaskan kepada ibu tentang KB Bayi <ol style="list-style-type: none"> 1. Pemeriksaan fisik (BB, PB, suhu) 2. Pastikan bayi mendapatkan ASI eksklusif dengan cukup 3. Periksa tanda-tanda infeksi 4. Imunisasi DPT-1 dan polio 2 5. Konseling tentang imunisasi wajibdasar
9	Masa Interval	Ibu dengan 29 – 42 hari masa nifas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas 2. Tanyakan pada ibu hasil diskusitentang keputusan ibu berKB

Lampiran 3 pengantar 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) 566746
Website : <http://www.poltekkes-malang.ac.id> E-mail : direktorat@poltekkes-malang.ac.id



1 Desember 2023

Nomor : PP.03.04/F.XXI.16/387/2023
Hal : Permohonan Ijin Studi Pendahuluan LTA an Adellia Andri Cahyani

K e p a d a, Yth
Pimpinan TPMB Yeni Sustrawati S.Tr 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 Studi Pendahuluan mahasiswa kami :

N a m a : Adellia Andri Cahyani
N I M : P17310211001
Program Studi : DIII Kebidanan Malang
Semester : V (Lima)
Judul : Asuhan Kebidanan (Continuity of care) Pada Ny. X Masa Hamil Trimester III Sampai Dengan Masa Antara Di PMB Yeni Sustrawati S.Tr Keb

Atas perhatian dan kerjasamanya diucapkan terima kasih.

Ketua Jurusan Kebidanan Poltekkes Kemenkes
Malang,



RITA YULIFAH, S.Kp, M.Kes

Tembusan:

1. Sdr. Adellia Andri Cahyani
2. Peringgal

1. Kampus Utama : Jl. Besar Ijen No. 77 C. Malang, Telp. (0341) 566075, 571388
2. Kampus I : Jl. Srikojo No. 106 Jember, Telp. (0331) 485613
3. Kampus II : Jl. A. Yani Sumberporong Lawang Telp. (0341) 427847
4. Kampus III : Jl. Dr. Soetomo No. 46 Blitar Telp. (0342) 803043
5. Kampus IV : Jl. KH Wahid Hasyim No. 648 Kediri Telp. (0354) 773095
6. Kampus V : Jl. Dr. Soetomo No. 5 Tunggalek, 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 PSP

PENJELASAN SEBELUM PERSETUJUAN (PSP)

Dengan hormat,

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ADELIA ANDRI CAHYANI
NIM : P17310211001
Status : Mahasiswa Program Studi Diploma III Kebidanan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang
Judul : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Contiunity Of Care*
Pada Ny X. di TPMB Yenis Sustrawati S. Tr., Keb. Kota
Malang.

Bermaksud akan melakukan studi kasus pada ibu hamil dari trimester III kehamilan tepatnya pada usia kehamilan 32 – 34 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 masanifas 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.

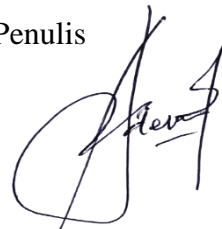
Sehubungan dengan hal tersebut penulis mengharapkan atas kesediaan ibu untuk menjadi subjek studi kasus dan berkenan memberikan jawaban atas pernyataan yang diberikan serta mengikuti pemeriksaan yang akan dilakukan. Informasi yang subjek berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan 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 085695939732

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

Malang, 12 Mei 2024

Penulis



ADELLIA ANDRI CAHYANI

NIM. P17310211001

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama bidan :
3. Tempat Persalinan :
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah Sakit
 Klinik Swasta Lainnya :
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 :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							
2							

Masalah kala IV :
 Penatalaksanaan masalah tersebut :
 Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
 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 : ml
31. Masalah lain, sebutkan
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badangram
35. Panjang 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
- Cacat bawaan, sebutkan :
- Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
 Hasilnya :

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal:
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal:
 Lingkar Lengan Atas: cm; KEK (), Non KEK () Tinggi Badan: cm
 Colongan Darah:
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini:
 Riwayat Penyakit yang diderita Ibu:
 Riwayat Alergi:

Tgl	Keluhan Sekarang	Tekanan Darah (mmHg)	Berat Badan (Kg)	Umur Kehamilan (Minggu)	Tinggi Fundus (Cm)	Letak Janin Kep/Su/Li	Denyut Jantung Janin / Menit

Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke Jumlah persalinan Jumlah keguguran G P A
 Jumlah anak hidup Jumlah lahir mati
 Jumlah anak lahir kurang bulan anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir
 Status imunisasi Imunisasi TT terakhir [bulan/tahun]
 Penolong persalinan terakhir
 Cara persalinan terakhir* : [] Spontan/Normal [] Tindakan

* Beri tanda (-) pada kolom yang sesuai

Kaki Bengkak	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan - Nama Pemeriksa (Paraf)	Kapan Harus Kembali
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					
-/+					

Lampiran 7 Riwayat ANC

Lampiran 8 Lembar penapisan

LEMBAR PENAPISAN

NO.	KETERANGAN	YA	TIDAK
1.	Riwayat Bedah Sesar		
2.	Perdarahan Pervaginam		
3.	Persalinan kurang bulan (<37 mgg)		
4.	Ketuban pecah dengan meconium kental		
5.	Ketuban pecah lama (lebih 24 jam)		
6.	Ketuban pecah pada persalinan kurang bulan (<27 mgg)		
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		

Lampiran 9 SKOR POEDJI ROCHJATI

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI

Nama : Alamat :

Umur ibu : Kec/Kab :

Pendidikan : Pekerjaan :

Hamil Ke : Hald Terakhir : Paksaan Persalinan tgl :

Pariksa I

Umur Kehamilan : bln Di :

KEL. NO. FR.	Masalah Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
			I	II	III.1	III.2
	Skor awal ibu hamil	2				
I	1 Terlalu muda, hamil < 18 th	4				
	2 Terlalu tua, hamil > 35 th	4				
	Tertalu lambat hamil I, kawin > 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 Terlalu tua, umur > 35 th	4				
	7 Terlalu pendek < 145 cm	4				
	8 Pernah gagal kehamilan	4				
	9 Pernah melahirkan dengan :					
a. Tarikan tang / vakum	4					
b. Uri diogoh	4					
c. Dibesi intus / 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/lunglai dan lekukan 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 III	8					
20 Pre eklampsia Berat / Njing-2	8					
JUMLAH SKOR						

KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI' PERENCANAAN PERSALINAN AMAN

Persalinan Masihkan tanggal :

RUJUKAN :	1. Sendi 2. Dukun 3. Bidan 4. Puskesmas	RUJUKKE :	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

Komplikasi Obstetrik

3. Perdarahan postpartum
4. Uti terditinggal
5. Persalinan Lama

TEMPAT :	PENOLONG :	MACAM PERSALINAN :
1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polides 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjanjian	1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lainnya	1. Normal 2. Tinjauan Persegitam 3. Operasi Sesar

PASCA PERSALINAN :

IBU :

1. Hidup
2. Mati, dengan penyebab

a. Perdarahan b. Pre eklampsia/Eklampsia
c. Partus Lama d. Infeksi e. Lain-2...

TEMPAT KEMATIAN IBU :

1. Rumah Ibu
2. Rumah Bidan
3. Polides
4. Puskesmas
5. Rumah Sakit
6. Perjanjian

BAYI :

1. Berat lahir : gram, Laki-2/ Perempuan
2. Lahir hidup : APGAR Skor
3. Lahir mati, penyebab
4. Mati kemudian, umur hr, penyebab
5. Kelahiran bawean : tidak ada / ada

KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)

1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab

Keluarga Berencana 1. Ya /Gatisasi

Kategori Keluarga Miskin 1. Ya 2. Tidak

PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA

JML SKOR	JML PERAWA TAN	KEHAMILAN		KEHAMILAN DENGAN RISIKO				
		RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN			
					RDB	RDR	RTW	
3	KRT	BIDAN	DIKUR	DIKUR	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN DOKTER	BIDAN PNM	POUNDES PNM/RS	BIDAN DOKTER			
>12	KRT	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Kematian Ibu dalam Kehamilan : 1. Abortus 2. Lainnya

Lampiran 10 Ppernyataan kesediaan membimbing

PERNYATAAN KESEDIAAN PEMBIMBING

Saya, yang bertanda tangan di bawah ini:

1. Nama dan gelar : Afnani Toyibah A. Per., Pen., M. Kes
2. NIP : 197011181994032001
3. Pangkat dan Golongan : -
4. Jabatan : Wakil Direktur II
5. Asal institusi : Politeknik Kesehatan Kemenkes
Malang
6. Pendidikan Terakhir : S2 Kebidanan
7. Alamat dan Nomor yang bisa dihubungi
 - a. Rumah : -
 - b. Telepon/HP : +6285819831239**
 - c. Alamat kantor : Jl. Besar Ijen No. 77 C Malang
 - d. Telepon kantor : -

Dengan menyatakan (~~bersedia/tidak bersedia~~*) menjadi pembimbing utama
bagimahasiswa:

Nama : Adellia Andri Cahyani
NIM : P17310211001
Topik studi kasus : Studi Kasus Asuhan Kebidanan *Contiunity Of Care*
Pada Ny. X di PMB Yeni Sustrawati S. Tr., Keb.
Kab. Malang.

*) Coret yang tidak dipilih.

Malang, 12 November 2023



Afnani Toyibah A. Per., Pen., M. Kes.

NIP. 197011181994032001

Lampiran 11 Penapisan Calon Akseptor KB


Penapisan Calon Akseptor 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 paska persalinan		
Apakah mengalami pendarahan atau pendarahan bercak antara haid setelah penggama		
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan fisual		
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		
Apakah pernah tekanan darah di atas 160mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		
Apakah ada masa atau benjolan pada payudara		
Apakah anda sedang minum obat-obatan Anti Kejang (epilepsi)		

Lampiran 12 Form Kunjungan 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: gr PB: cm LK: cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input type="checkbox"/> Vit K1 <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: gr PB: cm LK: cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th : Jam : Nomor Batch : Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/>  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah:	Masalah:	Masalah:	Masalah:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:

* Catatan penting:

.....

Nama tenaga kesehatan:

.....

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

Lampiran 13 form Kunjungan Ibu Nifas

RINGKASAN PELAYANAN NIFAS

Pelayanan Kesehatan Ibu Nifas (KF)	RESUME
Kunjungan Nifas 1 (KF1) (6–48 jam) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:
Kunjungan Nifas 2 (KF2) (3–7 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:
Kunjungan Nifas 3 (KF3) (8–28 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:
Kunjungan Nifas 4 (KF4) (29–42 hari) Tgl: Faskes:	Masalah: Tindakan:

Kesimpulan Akhir Nifas

Keadaan Ibu**:

- Sehat
- Sakit
- Meninggal

Komplikasi Nifas:**

- Perdarahan
- Infeksi
- Hipertensi
- Lain-lain: Sebutkan

Keadaan Bayi:**

- Sehat
- Sakit
- Kelainan Bawaan:
- Meninggal

** Beri tanda [√] pada kolom yang sesuai

Pastikan bayi mendapat pelayanan kesehatan neonatal (KN) dan catat hasil pemeriksaan pada lembar anak

Kesimpulan:

Lampiran 14 form Ringkasan persalinan

RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : Pukul :
Umur kehamilan : Minggu
Penolong persalinan : SpOG/ Dokter umum/ Bidan
Cara persalinan : Normal/Tindakan
Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
Lokhia berbau/lain-lain)/
Meninggal*
KB Pasca persalinan :
Keterangan tambahan :

* Lingkari yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke :
Berat Lahir : gram
Panjang Badan : cm
Lingkar Kepala : 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

Jika berat lahir < 2500 gram, atau Panjang lahir < 45 cm atau usia kehamilan ≤ 37 minggu bayi menggunakan Buku KIA Khusus Bayi Kecil



Lampiran 15 form Imunisasi dasar

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN																	23-59
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18	23	23-59		
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas																	
Hepatitis B (<24 Jam) No Batch:																		
BCG No Batch:																		
Polio tetes 1 No Batch:																		
DPT-HB-Hib 1 No Batch:																		
Polio Tetes 2 No Batch:																		
Rota Virus (RV)1* No Batch:																		
PCV 1 No Batch:																		
DPT-HB-Hib 2 No Batch:																		
Polio Tetes 3 No Batch:																		
Rota Virus (RV)2 * No Batch:																		
PCV2 No Batch:																		
DPT-HB-Hib 3 No Batch:																		
Polio Tetes 4 No Batch:																		
Polio Suntik (IPV) 1 No Batch:																		
Rota Virus (RV) 3* No Batch:																		
Campak -Rubella (MR) No Batch:																		
Polio Suntik (IPV) 2* No Batch:																		
*Japanese Encephalitis (JE) No Batch:																		
PCV3 No Batch:																		
DPT-HB-Hib Lanjutan. No Batch:																		
Campak -Rubella (MR) Lanjutan No Batch:																		

*imunisasi JE baru diberikan di beberapa provinsi dan kabupaten/kota percontohan

Keterangan:

- Usia Tepat Pemberian Imunisasi
- Usia yang masih diperbolehkan untuk melengkapi Imunisasi Bayi dan Baduta (Bawah Dua Tahun)
- Usia Pemberian Imunisasi bayi dan baduta yang belum lengkap (Imunisasi Kejar)
- Usia yang tidak diperbolehkan untuk pemberian Imunisasi

Lampiran 16

LOGBOOK PENDAMPINGAN

No	Hari/ Tanggal	Kegiatan	Bidan	Pasien

Lampiran 17 Inform Consent


Inform Consent

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa saya telah mendapatkan penjelasan secara rinci dan telah mengerti tentang apa yang akan dilakukan oleh Adellia Andri Cahyani Mahasiswi DIII Kebidanan Malang Jurusan Kebidanan Politeknik Kesehatan Kemenkes Malang yang memberikan asuhan kebidanan pada ibu hamil, ibu bersalin, Nifas, Bayi baru lahir dan perencanaan pemilihan Kontrasepsi dengan pendekatan manajemen kebidanan

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

Malang, 5 April 2024

Saksi



(.....
MUR Imamah.....)

Yang Memberi Persetujuan

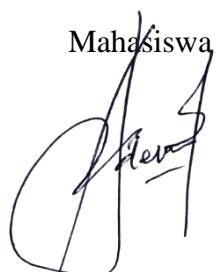

(.....
Sati Fikriah.....)

Mengetahui,

Dosen


Afanani Teyibah A. Per., Pen. M. Pd
NIP. 197011181994032001

Mahasiswa


Adellia Andri Cahyani
NIM : P17310211001

Lampiran 18 Dokumentasi Kegiatan

