

Lampiran 1 : POA Laporan COC (Continuity of Care)



INSTITUT TEKNOLOGI SAINS & KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN
PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN

POA LAPORAN TUGAS AKHIR

KEGIATAN	MARET 2021				APRIL 2021				MEI 2021				JUNI 2021				JULI 2021			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Pengarahan penyusunan proposal	■																			
Proses bimbingan dan penyusunan proposal COC	■	■																		
Pelaksanaan ujian proposal COC		■	■																	
Pelaksanaan asuhan kebidanan secara Continuity of Care			■	■	■	■	■	■	■											
Pendokumentasian menggunakan manajemen varney									■	■	■									
Proses bimbingan dan penyusunan hasil COC										■	■	■	■	■						
Pelaksanaan Ujian hasil COC													■	■	■	■				
Revisi dan pengesahan COC																	■	■	■	■

Lampiran 2 : Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian



INSTITUT TEKNOLOGI SAINS & KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN
PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN

Lampiran 2 : Lembar Permohonan Menjadi Responden Penelitian



INSTITUT TEKNOLOGI SAINS & KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN
PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN

SURAT PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Kepada :
Yth.
Di Tempat

Dengan hormat,

Sebagai persyaratan tugas akhir Pendidikan Profesi Bidan di ITSK RS dr. Soepraoen Malang, saya :

Nama : Nurus Sa'adah
NIM : 207019

Akan mengadakan studi kasus dengan judul "**Continuity Of Care Pada Ny. "M" dengan Kehamilan Trimester III Hingga Penggunaan Alat Kotrasepsi di Wilayah Kerja Puskesmas Tumpang Kabupaten Malang**". Dimana hal ini merupakan tugas akhir sebagai syarat kelulusan Pendidikan Profesi Kebidanan.

Berkaitan dengan hal tersebut diatas, mohon bantuan ibu untuk bersedia menjadi responden penelitian saya dengan cara wawancara dan observasi dan semua jawaban dan hasil yang akan dijamin kerahasiannya.

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Malang, 10 Maret 2021

Nurus Sa'adah
NIM 207019

Lampiran 3 : Inform Consent



INSTITUT TEKNOLOGI SAINS & KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN
PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN

Lampiran 3 : Inform Consent



INSTITUT TEKNOLOGI SAINS & KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN
PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : M
Umur : 25 tahun
Jenis kelamin : Perempuan
Alamat : Tumpang
Pendidikan : D3
Pekerjaan : Perawatan Kesehatan

Setelah mendapatkan informasi tentang manfaat studi kasus, saya (bersedia/tidak bersedia*) berpartisipasi dan menjadi responden studi kasus yang berjudul " **Continuity Of Care Pada Ny. "M" dengan Kehamilan Trimester III Hingga Penggunaan Alat Kotrasepsi di Wilayah Kerja Puskesmas Tumpang Kabupaten Malang**" Secara sukarela tanpa adanya tekanan dan juga paksaan dari pihak lain.

Malang, 10 Maret 2021
Responden

Peneliti

Nurus Sa'adah
NIM. 207019

(.....Py.N.....)
Tanda tangan dan inisial

Saksi

(.....T.M.....)
Tanda tangan

(*) Coret yang tidak perlu

Lampiran 4 : Buku KIA



INSTITUT TEKNOLOGI SAINS & KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN

Nomor Registrasi Ibu :
 Nomor Urut di Kohort Ibu :
 Tanggal menerima buku KIA :
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan :

IDENTITAS KELUARGA
 Nama ibu : Ms. Maslahah
 Tempat/Tgl. Lahir : 20-12-1995 (25)
 Kehamilan ke : 1 Anak terakhir umur : tahun
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi
 Golongan Darah :
 Pekerjaan : Homemaker (Rm di RKT)
 No. JKN :

Nama Suami : Dr. Vicky Teguh P
 Tempat/Tgl. Lahir : 27/11/19-2-1993
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah/SD/SMP/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi
 Golongan Darah : B
 Pekerjaan : TKA

Alamat Rumah : Jl. Raya Karang Jambu
 Kecamatan : Tumpang
 Kabupaten/Kota :
 No. Telp. yang bisa dihubungi : 081 232 62 443

Nama Anak :
 Tempat/Tgl. Lahir :
 Anak ke :
 No. Akte Kelahiran : dan anak

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL
 Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT), tanggal: 17-7-2020
 Hari Taksiran Persalinan (HTP), tanggal: 21-1-2021
 Lingkar Lengan Atas: 36 cm, KEK () Non KEK () Tinggi Badan: 158 cm
 Golongan 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
18/10/20	Mual	115/75	53 Kg	8-11 minggu	23 cm	6 cm	142/m
20/10/20	Takut	109/62	53	18-19	14 cm	Ball (+)	140/m
24/10/20	T.a.a	110	57 kg	18-19 minggu	11 cm	Ball (+)	140/m
12/12/20	t.a.a	120/70	54	20-21	51 cm	Ball (+)	152/m
23/12/20	kepanasan, tak tenang, sering ke toilet, sering muntah, sering sakit kepala, sering mual	105/60	57,5	26-34 minggu	20 cm	Ball (+)	132/m
1/1/21	kepanasan, sering ke toilet, sering muntah, sering sakit kepala, sering mual	110/70	62	34-32	21 cm	Ball (+)	140/m
10/1/21	Takut sering mual	100/70	63,7	34 minggu	26 cm	Ball (+)	140/m

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL
 Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke: 1 Jumlah persalinan: Jumlah keguguran: G.A.: P.000 A.000
 Jumlah anak hidup: Jumlah lahir mati:
 Jumlah anak lahir kurang bulan: anak
 Jarak kehamilan ini dengan persalinan terakhir:
 Status imunisasi TT terakhir: 10/10/20 (bulan/tahun)
 Penolong persalinan terakhir:
 Cara persalinan terakhir: Spontan/Normal Tindakan

Kali Bersik	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi rujukan, umpan balik)	Nasihat yang disampaikan	Keterangan (Tempat Pelayanan, Nama Pemeriksa (Para))	Kapan Harus Kembali
(-)+		-ANCLAS	-HITAMAT -KUNYIT	PMB Smp/Par	15/1/20
(-)+		ASL (D) ke tulle	Hubun	Kes. KEM	
(-)+		terapi gigit	-SPTIKUM -MORISI	PMB Smp/Par	23/1/20
(-)+	HB = 11,0 Gada = 0 Hemok = 34,4 PTE = 100 HIV = N/A	kec. mela silantukan	ARUKIN/ATKRA	PKM Tumpang	1/2/2021
-/+					
-/+					
(-)+		Anul Guglek	Nudin	Kes. KEM	
-/+					
(-)+		kepanan CP		Wita Husada	1/2021
-/+		OBMT			
-/+					

Lampiran 5 : Skrining Score Poedji Rochjati



INSTITUT TEKNOLOGI SAINS & KESEHATAN RS dr. SOEPRAOEN
PROGRAM STUDI PROFESI KEBIDANAN

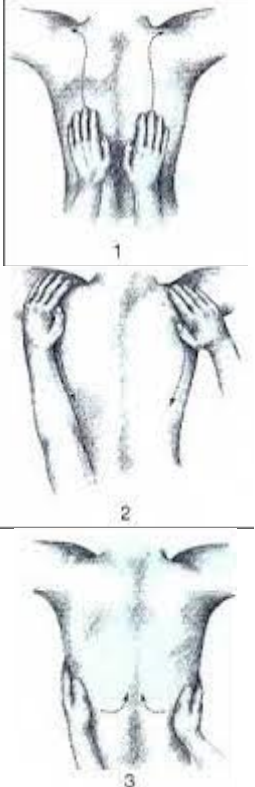
KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

I KEL F.R	II NO	II Masalah / faktor masalah	skor	IV TRIWULAN			
				I	II	III.1	III.2
				Skor Awal Ibu Hamil			
			2				2
I	1	Terlalu muda hamil ≤ 16 tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil ≥ 35 tahun	4				
	3	Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 tahun	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 tahun	4				
	5	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 tahun	4				
	6	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	7	Terlalu tua umur ≥ 35 tahun	4				
	8	Terlalu pendek ≤ 145 cm	4				
	9	Pernah gagal kehamilan	4				
	10	Pernah melahirkan dengan	4				
		a. Tarikan tang/ vakum					
		b. Uri dirogoh	4				
		c. Diberi infuse/transfuse	4				
	11	Pernah operasi sesar	8				
II	12	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang darah b. Malaria					
		c. TBC paru d. payah jantung	4				
		Kencing manis(Diabetes)	4				
		Penyakit menular seksual	4				
	13	Bengkak pada muka/ tungkai Dan tekanan darah tinggi	4				
	14	Hamil kobar	4				
	15	Hydramnion	4				
	16	Bayi mati dalam kandungan	4				
	17	Kehamilan lebih bulan	4				
	18	Letak sungsang	8				
	19	Letak lintang	8				
	20	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				

	21	Preeklamsisia/ kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					2

Lampiran 6 : SOP BACK MASSAGE

**STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR (SOP)
PEMBERIAN BACK MASSAGE**

No.	KEGIATAN	URAIAN
1	Pengertian	Melakukan tindakan pijat punggung secara usapan perlahan selama 10-15 menit
2	Tujuan	Untuk meningkatkan kualitas tidur pada ibu hamil trimester III yang mengalami gangguan tidur
3	Persiapan Responden	Melakukan <i>Informed Consent</i> dengan ibu tentang pelaksanaan tindakan back massage. Penutup tubuh bagian depan. Posisi ibu dengan duduk bersandar ke depan atau dengan posisi miring.
4	Persiapan alat dan bahan	Minyak zaitun Minyak zaitun dapat meningkatkan efek relaksasi dikarenakan aroma dari minyak zaitun yang menenangkan
5	Cara Kerja	 <p>a. Aplikasikan minyak zaitun pada telapak tangan</p> <p>b. Meletakkan kedua tangan pada sisi kanan dan kiri tulang belakang pasien. Memulai massage dengan</p>



		<p>gerakan <i>effleurage</i>, yaitu massage dengan gerakan sirkuler dan lembut secara perlahan ke atas menuju bahu dan kembali ke bawah hingga ke bokong. Menjaga tangan tetap menyentuh kulit. Effleurage diberikan awal, diselah pergantian antara gerakan dan diakhiri sesi massase punggung</p> <p>c. Kemudian meremas kulit dengan mengangkat jaringan di antara ibu jari dan jari tangan. Meremas ke atas sepanjang di kedua sisi tulang belakang dari bokong ke bahu dan sekitar leher bagian bawah dan usap ke bawah arah sakrum</p> <p>d. Akhiri gerakan dengan massase memanjang ke bawah</p>
6	Dokumentasi	Mendokumentasikan setiap tahap kegiatan dari awal sampai akhir.

Lampiran 7 : SOP Teh daun Kelor

**STANDAR OPERASI PROSEDUR (SOP) PEMBUATAN TEH DAUN KELOR
UNTUK MENINGKATKAN PRODUKSI ASI**

PEMBERIAN TEH DAUN KELOR UNTUK MENINGKATKAN PRODUKSI ASI	
Pengertian	Pemberian teh daun kelor sebanyak 250ml selama 5 hari guna meningkatkan produksi ASI.
Tujuan	1. Meningkatkan produksi ASI pada ibu nifas
Peralatan	1. Gelas 2. Panci 3. Teh daun kelor
Prosedur Pelaksanaan	Perkenalan 1. Memberikan salam kepada pasien 2. Memperkenalkan diri pada pasien. 3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan 4. Menanyakan persetujuan/ kesiapan pasien. 5. Menjaga privasi klien. Pelaksanaan. 1. Menyiapkan daun kelor 5 sendok makan yang sudah kering dan bersih 2. Menyiapkan air mentah sebanyak 4 gelas untuk merebus teh daun kelor 3. Direbus sampai air yang tersisa sebanyak 1 gelas 4. Meminum teh daun kelor setelah dingin 5. Dan diminum selama 5 hari

Laporan 8 Dokumentasi Asuhan Kebidanan

No	Kunjungan Asuhan	Dokumentasi
1	ANC (Antenatal Care)	 

2

INC



3

PNC



4	BBL	
5	KB	

