

**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 : Pegawai Negeri

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 4433

Nama Anak :         
 Tanggal/Tgl. Lahir :        dan        L/P  
 Anak ke :        dan        anak  
 No. Akte Kelahiran :       

**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: B  
 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/L) | 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                   | 4 cm               | Bail (+)               | 140/m                        |
| 24/10/20 | T.a.a  | 110                  | 57 kg            | 18-19 minggu            | 11 cm              | Bail (+)               | 140/m                        |
| 12/12/20 | t.a.a  | 120/70               | 54               | 20-21                   | 51 cm              | Bail (+)               | 152/m                        |
| 23/12/20 | kepanasan, tak tenang, sering ke toilet, sering muntah, sering sakit kepala, sering muntah | 105/60               | 57,5             | 26-34 minggu            | 20 cm              | Bail (+)               | 132/m                        |
| 1/1/21   | kepanasan, sering ke toilet, sering muntah, sering sakit kepala, sering muntah             | 110/70               | 62               | 34-32                   | 21 cm              | Bail (+)               | 142/m                        |
| 10/1/21  | Takut, sering muntah, sering sakit kepala, sering muntah                                   | 110/70               | 63,7             | 34 minggu               | 26 cm              | Bail (+)               | 142/m                        |

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**  
 Diisi oleh petugas kesehatan

Hamil ke 1 Jumlah persalinan        Jumlah keguguran        G.A.        P.        A.         
 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 |
|-------------|---|--|--------------------------|---|---------------------|
| (-)+        |   | -AVOLAS  | -HITAMAT -KUNYIT         | PMB Smp/Par   | 15/1/20             |
| (-)+        |   | Asidosis   | Hubun                    | Ena KEM   |                     |
| (-)+        |   | Terapi Gigit   | 13/1/20                  | PMB Smp/Par   | 23/1/20             |
| (-)+        | HB = 11,0<br>Gada = 0<br>Hemok = 34,4<br>PTE = 100<br>HIV = N/A | 10/1/20<br>Silantukan                                    | ARUKIN/ATKIN             | PKM Tumpang   | 1/2/2021            |
| -/+         |   |  |                          |   |                     |
| -/+         |   |  |                          |   |                     |
| (-)+        |   | Asidosis   | Hubun                    | KEM KEM   |                     |
| -/+         |   |  |                          |   |                     |
| (-)+        |   | Asidosis   | Hubun                    | Wita Husada   | 1/2/2021            |
| -/+         |   |  |                          |   |                     |
| -/+         |   |  |                          |   |                     |

**Lampiran 5 : Skrining Score Poedji Rochjati**



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

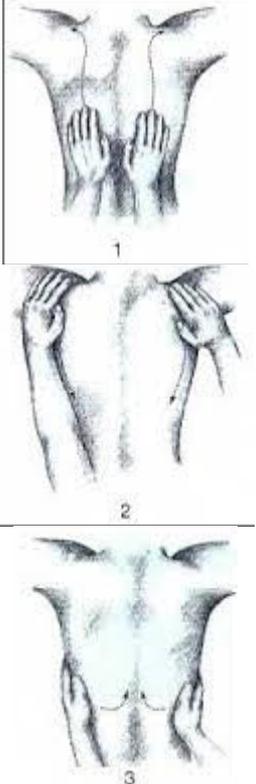
**KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI**

| I<br>KEL<br>F.R | II<br>NO | II<br>Masalah / faktor masalah                         | skor | IV<br>TRIWULAN      |    |       |       |
|-----------------|----------|--|------|---------------------|----|-------|-------|
|                 |          |  |      | I                   | II | III.1 | III.2 |
|                 |          |  |      | Skor Awal Ibu Hamil |    |       |       |
|                 |          |  | 2    |                     |    |       | 2     |
| I               | 1        | Terlalu muda hamil $\leq 16$ tahun                     | 4    |                     |    |       |       |
|                 | 2        | Terlalu tua hamil $\geq 35$ tahun                      | 4    |                     |    |       |       |
|                 | 3        | Terlalu lambat hamil I kawin $\geq 4$ tahun            | 4    |                     |    |       |       |
|                 | 4        | Terlalu lama hamil lagi $\geq 10$ tahun                | 4    |                     |    |       |       |
|                 | 5        | Terlalu cepat hamil lagi $\leq 2$ tahun                | 4    |                     |    |       |       |
|                 | 6        | Terlalu banyak anak, 4 atau lebih                      | 4    |                     |    |       |       |
|                 | 7        | Terlalu tua umur $\geq 35$ tahun                       | 4    |                     |    |       |       |
|                 | 8        | Terlalu pendek $\leq 145$ 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<br>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   | <b>Pengertian</b>               | Melakukan tindakan pijat punggung secara usapan perlahan selama 10-15 menit   |
| 2   | <b>Tujuan</b>                   | Untuk meningkatkan kualitas tidur pada ibu hamil trimester III yang mengalami gangguan tidur  |
| 3   | <b>Persiapan Responden</b>      | 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   | <b>Persiapan alat dan bahan</b> | Minyak zaitun<br>Minyak zaitun dapat meningkatkan efek relaksasi dikarenakan aroma dari minyak zaitun yang menenangkan  |
| 5   | <b>Cara Kerja</b>               |  <p>a. Aplikasikan minyak zaitun pada telapak tangan<br/>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> |
| <b>6</b> | <b>Dokumentasi</b> | 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**

| <b>PEMBERIAN TEH DAUN KELOR UNTUK MENINGKATKAN PRODUKSI ASI</b> |   |
|---|---|
| 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<br>2. Panci<br>3. Teh daun kelor   |
| Prosedur Pelaksanaan  | <b>Perkenalan</b><br><br>1. Memberikan salam kepada pasien<br>2. Memperkenalkan diri pada pasien.<br>3. Menjelaskan tujuan dan prosedur pelaksanaan<br>4. Menanyakan persetujuan/ kesiapan pasien.<br>5. Menjaga privasi klien.<br><br><b>Pelaksanaan.</b><br><br>1. Menyiapkan daun kelor 5 sendok makan yang sudah kering dan bersih<br>2. Menyiapkan air mentah sebanyak 4 gelas untuk merebus teh daun kelor<br>3. Direbus sampai air yang tersisa sebanyak 1 gelas<br>4. Meminum teh daun kelor setelah dingin<br>5. Dan diminum selama 5 hari |

## Laporan 8 Dokumentasi Asuhan Kebidanan

| No | Kunjungan Asuhan           | Dokumentasi   |
|----|----------------------------|---|
| 1  | ANC<br>(Antenatal<br>Care) | <br> |

2

INC



3

PNC



|   |     |  |
|---|-----|--|
| 4 | BBL |   |
| 5 | KB  |  |



