

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Kesiediaan Membimbing

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Endang Surani, S.SiT., M.Kes
NIDN : 0604017601
Pangkat/Golongan : **II b**
Pekerjaan : **pasien**

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Laporan Tugas Akhir atas nama mahasiswa Prodi D3 Kebidanan FK Unissula, sebagai berikut:

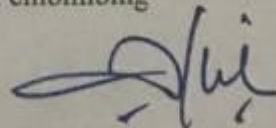
Nama : Nida Syafara
NIM : 4993313010
Judul Skripsi :

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE)
PADA NY. W DI PUSKESMAS CEPIRING KABUPATEN KENDAL
TAHUN 2018**

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, **23** November 2018

Pembimbing



Endang Surani, S.SiT., M.Kes
NIDN. 0604017601

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Isna Hudaya, S.SiT., M.Biomed
NIDN : 0615058703
Pangkat/Golongan :
Pekerjaan : Dosen

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Laporan Tugas Akhir atas nama mahasiswa Prodi D3 Kebidanan FK Unissula, sebagai berikut:

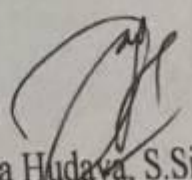
Nama : Nida Syafara
NIM : 4993313010
Judul Skripsi :

**ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE)
PADA NY. W DI PUSKESMAS CEPIRING KABUPATEN KENDAL
TAHUN 2018**

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 24 November 2018

Pembimbing


Isna Hudaya, S.SiT., M.Biomed
NIDN. 0615058703

Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Isna Hudaya, S.SiT., M.Biomed
NIDN : 0615058703
Pangkat/Golongan :
Pekerjaan : Dosen

Adalah pembimbing LTA dari mahasiswa Prodi D3 Kebidanan FK Unissula, sebagai berikut:


Nama : Nida Syafara
NIM : 4993313010
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care)
Pada Ny. W Di Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing pada Hari Rabu Tanggal 21 Bulan November Tahun 2018 bertempat di Prodi D3 Kebidanan FK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 21 November 2018

Pembimbing



Isna Hudaya, S.SiT., M. Biomed
NIDN. 0615058703

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Endang Surani, S.SiT., M.Kes
NIDN : 0604017601
Pangkat/Golongan : ~~III~~ b
Pekerjaan : Dosen

Adalah pembimbing LTA dari mahasiswa Prodi D3 Kebidanan FK Unissula, sebagai berikut:

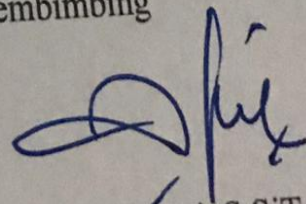
Nama : Nida Syafara
NIM : 4993313010
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care)
Pada Ny. W Di Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing pada Hari...Jum'at... Tanggal...23...
Bulan...November... Tahun...2018... bertempat di Prodi D3 Kebidanan FK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya

Semarang, 23 November 2018

Pembimbing



Endang Surani, S.SiT., M.Kes
NIDN. 0604017601

Lampiran 3. Surat Pernyataan Persetujuan

**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN
UNTUK IKUT SERTA DALAM PENELITIAN
(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Wakhidatul Inayah
Usia : 33 tahun
Alamat : Korowelang anyar 2/4.
Pekerjaan : Wirasasta.
No.KTP/ Lainnya : 082870272839.

Dengan sesungguhnya menyatakan bahwa :

Setelah memperoleh penjelasan sepenuhnya menyadari, mengerti, dan memahami tentang tujuan, manfaat dan resiko yang mungkin timbul dalam penelitian serta sewaktu – waktu dapat mengundurkan diri dan membatalkan dari keikutsertaannya, maka saya setuju/tidak-setuju diikutsertakan dan bersedia berperan serta dalam penelitian yang berjudul :

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ibu M. W di Puskesmas Ceremang, Kab. Kendal tahun 2018”

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.

Mengetahui
Penanggung Jawab
(Nida Syafara)

Kendal,
Yang Menyatakan
Responden,
(Wakhidatul Inayah)

Lampiran 4. Bukti Kunjungan Pasien LTA

RENCANA KEGIATAN (PoA) KUNJUNGAN COC

Nama Pasien : Wakhidatul Inayah.
 Umur : 33 tahun
 Umur Kehamilan : 37 minggu 5 hari
 Tafsir Kelahiran : 12 Oktober 2018
 Alamat : Karawadang anjar 7/4.

No	Hari/Tanggal	Kunjungan	Rencana Kegiatan	Kegiatan	Tanda Tangan		
					Pasien	Pembimbing Klinik	Pembimbing Lahan
1.	27-09-18 Kamis.	ANC	Kunjungan 1	- Anamnesa & Pk - Pemeriksaan - Pendugaan nyeri - Penyuluhan tanda & - Persiapan persalinan - Tanda bahaya dan - Kunyaman selama	Wakhidatul Inayah	TITI LESTARI	Isna Huda
2.	4-10-18 KAMIS	ANC	Kunjungan 2	- Anamnesa & Pk - Uti pada ischial - Cara menyuntik - Diet tinggi & rendah	Wakhidatul Inayah	TITI LESTARI	Isna Huda
3.	11-10-18 KAMIS.	ANC	Kunjungan 3	- Anamnesa & Pk - Pendugaan cara lahir - Inspeksi tanda bahaya - Partus atau partus terganggu	Wakhidatul Inayah	TITI LESTARI	Isna Huda
2.	13-10-18 Sabtu.	INC		- Pergeseran 10 - Periksa dalam - Kala II - Kala III - Kala IV	Wakhidatul Inayah	TITI LESTARI	Isna Huda
3.	14-10-18 Minggu	PNC & BBL	KF & KN 1	- Anamnesa & Pk - Perawatan ASI - Inspeksi & kultur - Perawatan bayi.	Wakhidatul Inayah	TITI LESTARI	Isna Huda
4.	20-10-18 Sabtu.		KF & KN 2	- Anamnesa & Pk - Masa menyusui - Tanda bahaya - Tanda keberhasilan	Wakhidatul Inayah	TITI LESTARI	Isna Huda
5.	20-10-18 (17) 10-11-18 (17)		KF & KN 3	- Anamnesa & Pk - As. Susu, KB - Anam & Pk - Perawatan BBL Susu	Wakhidatul Inayah	TITI LESTARI	Isna Huda
6.	17-11-18 Sabtu.		KF & KN 4	- Anamnesa & Pk - Masalah bayi - As. Susu - KB	Wakhidatul Inayah	TITI LESTARI	Isna Huda

Lampiran 5. Dokumentasi Proses Asuhan



Lampiran 6. Bukti Buku KIA Pasien

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Dokter ahli peragaan kesehatan

18-10-2018

No	Ukuran Kehamilan	Tinggi Badan (cm)	Berat Badan (kg)	TDK (tekanan darah)	TDK (tekanan darah)	Glukosa (g/dl)	Glukosa (g/dl)
1	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
2	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
3	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
4	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
5	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
6	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
7	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
8	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
9	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
10	36w	150	65	120/80	120/80	100	100

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Dokter ahli peragaan kesehatan

18-10-2018

No	Ukuran Kehamilan	Tinggi Badan (cm)	Berat Badan (kg)	TDK (tekanan darah)	TDK (tekanan darah)	Glukosa (g/dl)	Glukosa (g/dl)
1	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
2	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
3	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
4	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
5	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
6	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
7	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
8	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
9	36w	150	65	120/80	120/80	100	100
10	36w	150	65	120/80	120/80	100	100

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Dokter ahli Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

18-10-2018

11/10/18 CD Leuc Caty Dasu, Rm @ P...
 9. Glukosa di post sid 500
 in cutiblan ndy
 Hal. 1-10-2018

18-10-2018, p... 71 -...
 78 1425g 871 E...
 lain...
 Dr. Nuranto D.H. Mawan SpOS

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Dokter ahli Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

18-10-2018

11/10/18
 78 1425g 871 E...
 lain...
 Dr. Nuranto D.H. Mawan SpOS

CATATAN IMUNISASI ANAK

Umur (bulan)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+
Vaksin	Tanggal Pemberian (Imunisasi)												
HB-0 (0-7 hari)	✓												
BCG													
Polio 1													
DPT-HB-Hib 1													
Polio 2													
DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
DPT-HB-Hib 3													
Polio 4													
IPV													
Campak													

Umur (bulan)	18	24	30	36+
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi			
DPT-HB-Hib Lanjutan				
Campak Lanjutan				

* Jarak antara (interval) pemberian vaksin DPT-HB-Hib minimal 4 minggu (1 bulan)
 * Jarak antara pemberian vaksin Polio minimal 4 minggu (1 bulan)
 * Anak di atas Tahun (12 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap SAKI (sapi, anak, polio, difteri, demam tifoid) dan satu kali booster tetanus untuk imunisasi

* Pemberian imunisasi DPT-HB-Hib lanjutan diberikan minimal 12 bulan setelah pemberian imunisasi DPT-HB-Hib 3 dan dapat diberikan dalam rentang usia 18-36 bulan
 * Pemberian imunisasi campak lanjutan diberikan minimal 1 bulan setelah pemberian imunisasi campak terakhir dan dapat diberikan dalam rentang usia 24-36 bulan
 * Anak di atas 3 tahun (36 bulan) yang belum lengkap imunisasinya tetap harus diberikan imunisasi dasar lengkap

* Jarak tepat pemberian imunisasi dasar lengkap
 * Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
 * Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap
 * Waktu pemberian imunisasi bagi anak diatas 1 tahun yang belum lengkap

* Vaksin
 Tanggal Pemberian

* Tambahan Vaksin Lain
 Tanggal Pemberian

CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR

CATATAN HASIL PELAYANAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

JENIS PEMERIKSAAN	Kunjungan I (6-48 jam) Tgl: 14-12-18	Kunjungan II (hari 3-7) Tgl: 20-10-18	Kunjungan III (hari 8-28) Tgl: 01-11-18
Berat badan(kg) Panjang badan (cm) Suhu (°C) Tanyakan ibu, bayi sakit apa?	Bb: 3500gr Pb: 49cm Suhu: 36,5°C	Bb: - Pb: - Suhu: 36,7°C	Bb: - Pb: - Suhu: 36,5°C Tidak ada.
Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri • Frekuensi napas (kali/menit) • Frekuensi denyut jantung (kali/menit)	Pernapasan: 45x/menit M: 120x/menit	P: 46x/menit M: 150x/menit	P: 46x/menit M: 132x/menit
Memeriksa adanya diare	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Memeriksa ikterus	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan/atau masalah pemberian ASI	Tidak Ada	Tidak Ada	Tidak Ada
Memeriksa status pemberian vitamin K1	+ (sudah)	-	-
Memeriksa status imunisasi HB-O	+ (sudah)	-	-
Bagi daerah yang sudah melaksanakan SHK - Skining Hipotroid Kongenital - Hasil test Skining Hipotroid Kongenital (SHK) +/- - Konfirmasi hasil SHK	-	-	-
Memeriksa keluhan lain:	Tidak ada keluhan.	Tidak ada keluhan.	Tidak ada keluhan.
Memeriksa masalah/keluhan ibu Tindakan (terapi/njukan/ umpan balik)	-	-	-
Nama pemeriksa	Nida Syafa	Nida Syafa	Nida Syafa

Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

CATATAN KESEHATAN IBU NIFAS

CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS
(Diisi oleh dokter/bidan)

JENIS PELAYANAN	KUNJUNGAN I (1-3 hari) Tgl: 14-10-18	KUNJUNGAN II (4-28 hari) Tgl: 20-10-18	KUNJUNGAN III (29-42 hari) Tgl: 27-11-18
Kondisi ibu nifas secara umum	Baik	Baik	Baik
kelelahan darah, suhu tubuh, tekanan dan nadi	110/80/70/100	110/80/70/100	110/80/70/100
perawatan payudara: kondisi payudara, lendir areola, kondisi puting, daya hisap setelah dan memepulas payudara	Baik	Baik	Baik
kefala dan perdarahan	kefala, 20 cc	kefala, 20 cc	-
Pemeriksaan jalan lahir	Baik	Baik	Baik
Pemeriksaan payudara dan asupan pemberian ASI eksklusif	Menyusui 4x/24 jam Asupan 100 ml	Menyusui 4x/24 jam Asupan 100 ml	Menyusui 4x/24 jam Asupan 100 ml
Pemberian Kapsul Vit. A	2 kapsul	-	-
Pelaksanaan kontrasepsi pasangan	-	-	-
Petanganan stelo tinggi dan komplikasi pada nifas	-	-	-
Memberi resep obat	-	-	-
Makan makanan yang berenergi cukup yang mengandung karbohidrat, protein hewani, protein nabati, sayur, dan buah-buahan	Ya	Ya	Ya
Kebiasaan air minum pada ibu menyusui pada 8 bulan pertama setelah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari	Ya	Ya	Ya
Menjaga kebersihan diri, termasuk kebersihan daerah kemaluan, ganti pembalut sesering mungkin	Ya	Ya	Ya
Isirahat cukup, saat bayi tidur ibu istirahat	-	Ya	Ya
Bagi ibu yang melahirkan dengan cara operasi caesar maka harus menjaga kebersihan luka bekas operasi	-	-	-
Danu menyusui yang benar dan hanya memberi ASI saja selama 6 bulan	Ya	Ya	Ya
Rawat bayi yang benar	Ya	-	-
Bagan memberikan bayi menyanggah teratai ania, karena akan membuat bayi stress	-	-	-
akan komunikasi komunikasi dengan bayi akan mungkin bersantai sendiri dan ketenangan	Ya	-	-
Riak, beres-beres kepada keluarga kesehatan dan pelayanan KB setelah persalinan	-	-	Ya

26

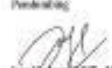
Lampiran 7. Lembar Konsultasi

PRODI DI KEBIDANAN FK UNISSILA SEMARANG
Jl. RAYA Kaligawe KM 4 PO Box 1854 Semarang Telp. (024) 682584

Nama Mahasiswa : Nita Syafira
 NIM : 499313111
 Judul LTA : Analisis Kelahiran Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny. W
 Di Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal

Pembimbing : Irena Hafiza, S.ST., M. Biomed

No	Tgl/Tanggal	Pokok Bahasan	Siapa	Pasal
1	14/02/2018	Bab I	Revisi	Pembimbing
1	20/02/2018	Bab I	Revisi	Pembimbing
3	04/03/2018	Bab I & II	Revisi	Pembimbing
4	11/03/2018	Bab I, II, III	Revisi	Pembimbing
5	19/03/2018	Bab I, II, III, IV	Revisi	Pembimbing
6	26/03/2018	Bab I - V	Revisi	Pembimbing
7	02/04/2018	Bab I, II, III, IV	Acc	Pembimbing

Semarang, 14 Oktober 2018
 Pembimbing

 Irena Hafiza, S.ST., M. Biomed
 NIDN. 061501820

PRODI DI KEBIDANAN FK UNISSILA SEMARANG
Jl. RAYA Kaligawe KM 4 PO Box 1854 Semarang Telp. (024) 682584

Nama Mahasiswa : Nita Syafira
 NIM : 499313111
 Judul LTA : Analisis Kelahiran Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny. W
 Di Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal

Pembimbing : Irena Hafiza, S.ST., M. Biomed

No	Tgl/Tanggal	Pokok Bahasan	Siapa	Pasal
1	04/02/18 6 Feb 18	Bab I	Revisi	Pembimbing
2	20/02/18 19 Feb 18	Bab I Bab II	Revisi	Pembimbing
3	04/03/18 20 Feb	Bab I Bab II	Revisi	Pembimbing

Semarang, 14 Januari 2018
 Pembimbing


 Irena Hafiza, S.ST., M. Biomed
 NIDN. 061501820

PRODI DI KEBIDANAN FK UNISSILA SEMARANG
Jl. RAYA Kaligawe KM 4 PO Box 1854 Semarang Telp. (024) 682584

Nama Mahasiswa : Nita Syafira
 NIM : 499313111
 Judul LTA : Analisis Kelahiran Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny. W
 Di Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal

Pembimbing : Endang Susanto, S.ST., M. Biomed

No	Tgl/Tanggal	Pokok Bahasan	Siapa	Pasal
1	04/02/18 7 Feb 18	Bab I & II	Revisi	Pembimbing
2	20/02/18 20 Feb 18	Bab I, II, III	Revisi	Pembimbing
3	04/03/18 6 Feb 18	Bab I	Revisi	Pembimbing
4	11/03/18 18 Feb 18	Bab I & II	Revisi	Pembimbing
5	19/03/18 17 Feb 18	Bab I - III	Acc	Pembimbing



Semarang, 25 November 2018
 Pembimbing

 Endang Susanto, S.ST., M. Biomed
 NIDN. 060407605

Lampiran 8. Bukti Berita Acara

BERITA ACARA

UJIAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Nida Syafara
 NIM : 4993313010
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity of Care) pada Ny. W di
 Puskesmas Cepiring Kabupaten Kendal
 Tanggal : 22 Februari 2019
 Penguji I : Friska Realita, S.ST., M.HKes
 Penguji II : Rr. Catur Leny Wulandari, S SiT., M.Keb,

No	Nama Penguji	Saran	Tanda Tangan
1.	Friska Realita, S.ST., M.Hkes	1. Nama penguji I belum diubah pada halaman pengesahan dan kata pengantar 2. Lengkapi halaman 3. Ganti alur studi kasus sampai proses seminar LTA 4. Perbaiki Diagnosis Kebidanan 5. Ganti planning untuk mengatasi kecemasan dan dengan bahasa sendiri 6. Ganti planning untuk mengatasi susah tidur dan dengan bahasa sendiri 7. Cara penulisan kurang tepat 8. Penulisan planning kurang tepat 9. Lengkapi subjektif pada asuhan 10. Lengkapi Pembahasan 11. Perbaiki partograf 12. Perbaiki saran pada pasien	
2.	Rr. Catur Leny Wulandari, S SiT., M.Keb,	1. Nama penguji I belum di ubah pada kata pengantar 2. Ganti alur studi kasus sampai proses seminar LTA 3. Perbaiki penulisan pada keluhan utama ANC I 4. Perbaiki Diagnosis Kebidanan 5. Cara penulisan kurang tepat 6. Penulisan planning kurang tepat 7. Lengkapi Subjektif 8. Prioritas utama pada planning 9. Lengkapi asuhan pada pembahasan 10. Perbaiki penulisan divergen dan diagnosis kebidanan	

Semarang, 29 Juli 2019

Pembimbing I



Isna Hudaya, S.SiT., M.Biomed
 NIDN. 0615058703

Pembimbing II

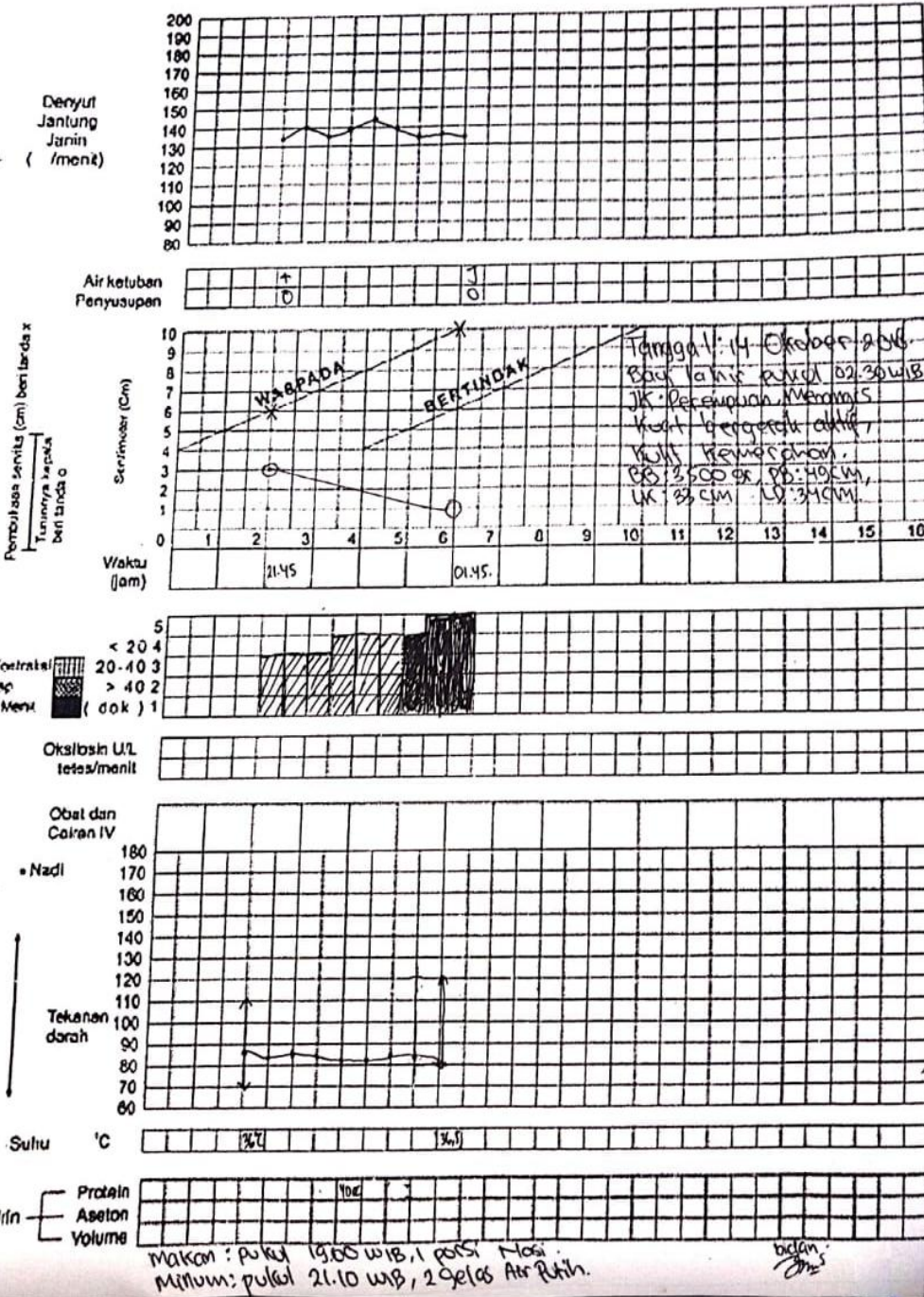


Endang Surani, S.SiT., M.Kes
 NIDN. 0604017601

Lampiran 9. Lembar Partograf

PARTOGRAF

No. Register 5087 Nama Ibu : Ny. W Umur : 33 G. 2 P. A0
 No. Puskesmas Tanggal : 15-10-18 Jam : 21.45 Alamat : Kendoreg
 Ketuban pecah Sejak Jam mules sejak jam 10.00 WIB Amor.



CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: 23 Oktober 2008
2. Nama bidan: _____
3. Tempat persalinan:
 - Rumah Ibu _____
 - Pondok _____
 - Klinik Swasta _____
 - Puskesmas _____
 - Rumah Sakit _____
 - Lainnya: _____
4. Alamat tempat persalinan: Jl. Selendang Halda
5. Catatan rujuk kala I / II / III / IV _____
6. Alasan merujuk: _____
7. Tempat rujukan: _____
8. Pendamping pada saat merujuk:
 - bidan _____
 - suami _____
 - keluarga _____
 - teman _____
 - dukun _____
 - tidak ada _____

KALA I

9. Partograf melewati garis waspada Y / I _____
10. Masalah lain, sebutkan: _____
11. Penatalaksanaan masalah tsb: _____
12. Hasilnya: _____

KALA II

13. Episiotomi:
 - Ya, indikasi _____
 - Tidak _____
14. Pendamping pada saat persalinan:
 - bidan _____
 - suami _____
 - teman _____
 - dukun _____
 - tidak ada _____
15. Gawat janin:
 - Ya, tindakan yang dilakukan: _____
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - Tidak _____
16. Distosis 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 utang Oksitosin (2x)?
 - Ya, alasan: _____
 - Tidak _____
23. Peregangan tali pusat terkendal?
 - Ya _____
 - Tidak, alasan: _____

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Isi	Tempo- ratur	Tinggi fundus uteri	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Perdarahan
	15.20 WIB	110/70	82x/m	36,5°C	2 jari dibawah pusat	keras	kosong	40 cc
	15.35 WIB	110/80	84x/m		2 jari dibawah pusat	keras	kosong	30 cc
	15.50 WIB	110/70	85x/m		2 jari dibawah pusat	keras	kosong	25 cc
	16.05 WIB	110/70	82x/m		2 jari dibawah pusat	keras	kosong	20 cc
	16.35 WIB	110/70	85x/m	36,5°C	2 jari dibawah pusat	keras	kosong	20 cc
	16.05 WIB	110/70	85x/m		2 jari dibawah pusat	keras	kosong	20 cc

Masalah Kala IV:
Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut:
Bagaimana hasilnya? _____

24. Rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri?
 - Ya _____
 - Tidak, alasan: _____
25. Pasien lahir lengkap (intak) Ya / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan: _____
 - a. _____
 - b. _____
26. Pasien tidak lahir > 30 menit Ya / Tidak
 - Ya, tindakan: _____
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
27. Lakserasi:
 - Ya, di mana: _____
 - Tidak _____
28. Jika lakserasi perineum, derajat 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan: _____
 - Perawatan, dengan / tanpa anestesi: _____
 - Tidak dijahit, alasan: _____
29. Atonia uteri:
 - Ya, tindakan: _____
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
 - Tidak _____
30. Jumlah perdarahan: 300 ml
31. Masalah lain, sebutkan: _____
32. Penatalaksanaan masalah tersebut: _____
33. Hasilnya: _____

BAYI BARU LAHIR:

34. Berat badan: 3.800 gram
35. Panjang: 41 cm
36. Jenis kelamin: L/P
37. Pernyataan bayi baru lahir (baik) ada penyuiat _____
38. Bayi lahir:
 - Ya, tindakan:
 - Normal, tindakan:
 - menghangatkan _____
 - mengeringkan _____
 - rangsangan taktil _____
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu _____
 - hindarkan pencegahan infeksi mata _____
 - Asksia ringan/pucat/biru/terang, tindakan:
 - menghangatkan _____
 - bersihkan plan rupa _____
 - mengeringkan _____
 - rangsangan taktil _____
 - lain-lain, sebutkan: _____
 - bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu _____
 - Cacat bawaan, sebutkan: _____
 - Hipotermia, tindakan:
 - a. _____
 - b. _____
 - c. _____
39. Pemberian ASI:
 - Ya, waktu: Sejera jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan: _____
40. Masalah lain, sebutkan: _____
- Hasilnya: _____