

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : ALIFAH WIMA SAFITRI

NIM : P27824221003

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2021

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan

Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

“Asuhan Kebidanan pada Ny. “N” usia kehamilan 40-41 minggu masa

**Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas dan menyusui, Neonatus,
dan Keluarga Berencana”**

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Magetan,
Yang Menyatakan

Alifah Wima Safitri
(P27824221003)

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : Alifah Wima Safitri
Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 05 Desember 2002
Agama : Islam
Alamat : Jalan Sendang Gang I RT 07 RW 03 Kel Kuncen
Kec Taman Kota Madiun

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 03 NAMBANGAN KIDUL (2009 – 2015)
2. MTsN KOTA MADIUN (2015 – 2018)
3. MAN 02 KOTA MADIUN (2018 – 2021)

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Alifah Wima Safitri

NIM : P27824221003

Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kampus

Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya

Memohon kesediaan ibu menjadi klien yang akan diberikan asuhan kebidanan *continuity of care* mulai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan pemilihan KB pascasalin untuk menyelesaikan pendidikan ahlimadya kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Magetan,
Yang menyatakan,

Alifah Wima Safitri
P27824221003

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN (*INFORMED CONSENT*)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Neneng Wulansari
Umur : 23 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga
Alamat : Karangrejo RT 1 RW 3 Kendal Magetan

Setelah mendapatkan penjelasan maksud dan tujuan serta memahami pelaksanaan studi kasus asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB oleh Mahasiswi Prodi DIII Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi klien dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuity of care* tersebut.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Magetan, 15 Maret 2023
Yang Menyetujui

Lampiran 5

KARTU SKOR POEDJI ROCHJATI

Nama : Neneng Wulansari Umur Ibu : 23 Th.
 Hamil ke 2 Haid terakhir tgl 18-06-2023 Perkiraan lahir: 25 -03- 2024
 Pendidikan ibu : SMA Suami : S1
 Pekerjaan ibu : Ibu Rumah Tangga Suami : Wirausaha

I KELF.R	II NO.	III		IV			
		Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2				
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4				
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4				
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4				
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4				
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4				
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4				
	8	Pernah gagal kehamilan	4				
	9	Pernah melahirkan dengan terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil	4				
		a. Kurang Darah					
		b. Malaria,					
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekan darah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8				
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR					
JML. SKOR	KEL. RESIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN	
1	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN		
6-10	KRT	BIDAN/ DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES, PKM, RS	BIDAN DOKTER		
≥ 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER		

Lampiran 6

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur \geq 35 tahun		
Nulipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya $>$ 10 tahun		
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan		
Obesitas sebelum hamil (IMT $>$ 30 kg/m ²)		
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		
Kehamilan multiple		
Diabetes dalam kehamilan		
Hipertensi kronik		
Penyakit ginjal		
Penyakit autoimun, SLE		
Anti phospholipid syndrome*		
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure $>$ 90 mmHg **		
Proteinuria (urin celup $>$ +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)		
<p>Keterangan Sistem Skoring:</p> <p>Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2 risiko sedang dan atau, • 1 risiko tinggi <p>* Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature</p> <p>** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC</p>		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan :

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Sumber: *Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2020, Halaman 9*

Lampiran 7

SKRINING PERDARAHAN

Nama/Suami :
 Umur :
 Alamat :
 Status Gravida :
 Umur Kehamilan :
 Tanggal Skrining :

	FAKTOR RISIKO ANTENATAL	Ya	Tidak	FAKTOR RISIKO PERSALINAN	Ya	Tidak
1	Usia >35 tahun			Induksi persalinan		
2	BMI >30			Partus lama		
3	Grandemulti			- Kala I		
4	Postdate			- Kala II		
5	Makrosomia			- Kala III		
6	Gemeli			Epidural Analgesia		
7	Myoma			Vakum/forcep		
8	APB			Episiotomy		
9	Riwayat HPP			Korionnitis		
10	Riwayat SC			Riwayat SC		
	Hasil Akhir Skrining					

Waspada Perdarahan

Tindak lanjut

INTERPRETASI :

Jika ada 1 “YA” = Waspada

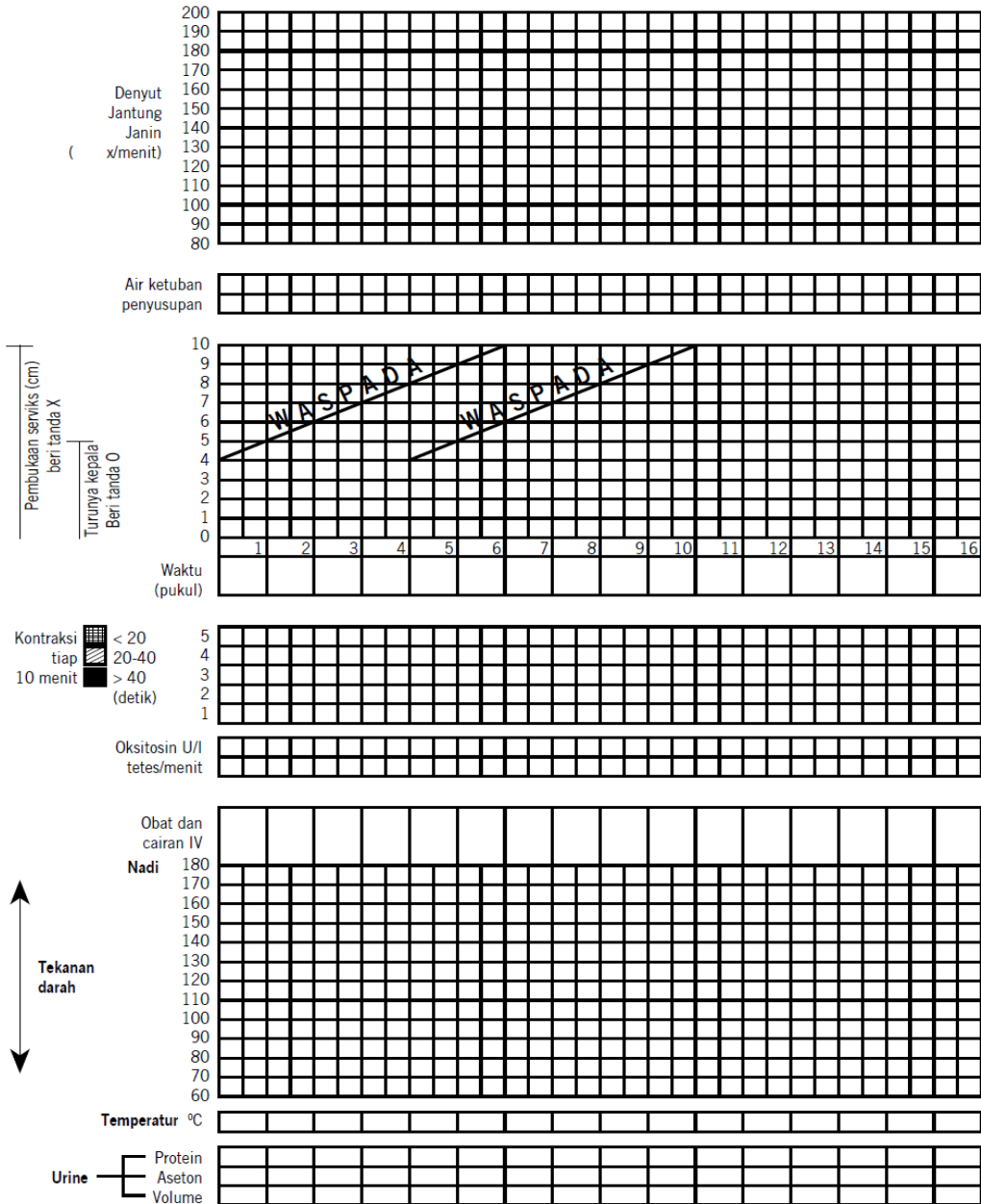
Perdarahan

Jika ada > 1 “YA” = Tindak lanjut

Lampiran 8

PARTOGRAF

No. Register Nama Ibu : Umur : G P..... A Hamil minggu
 RS/Puskesmas/RB Masuk Tanggal : Pukul :
 Ketuban Pecah sejak pukul : Mules sejak pukul : Alamat sejak pukul :



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
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
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 :

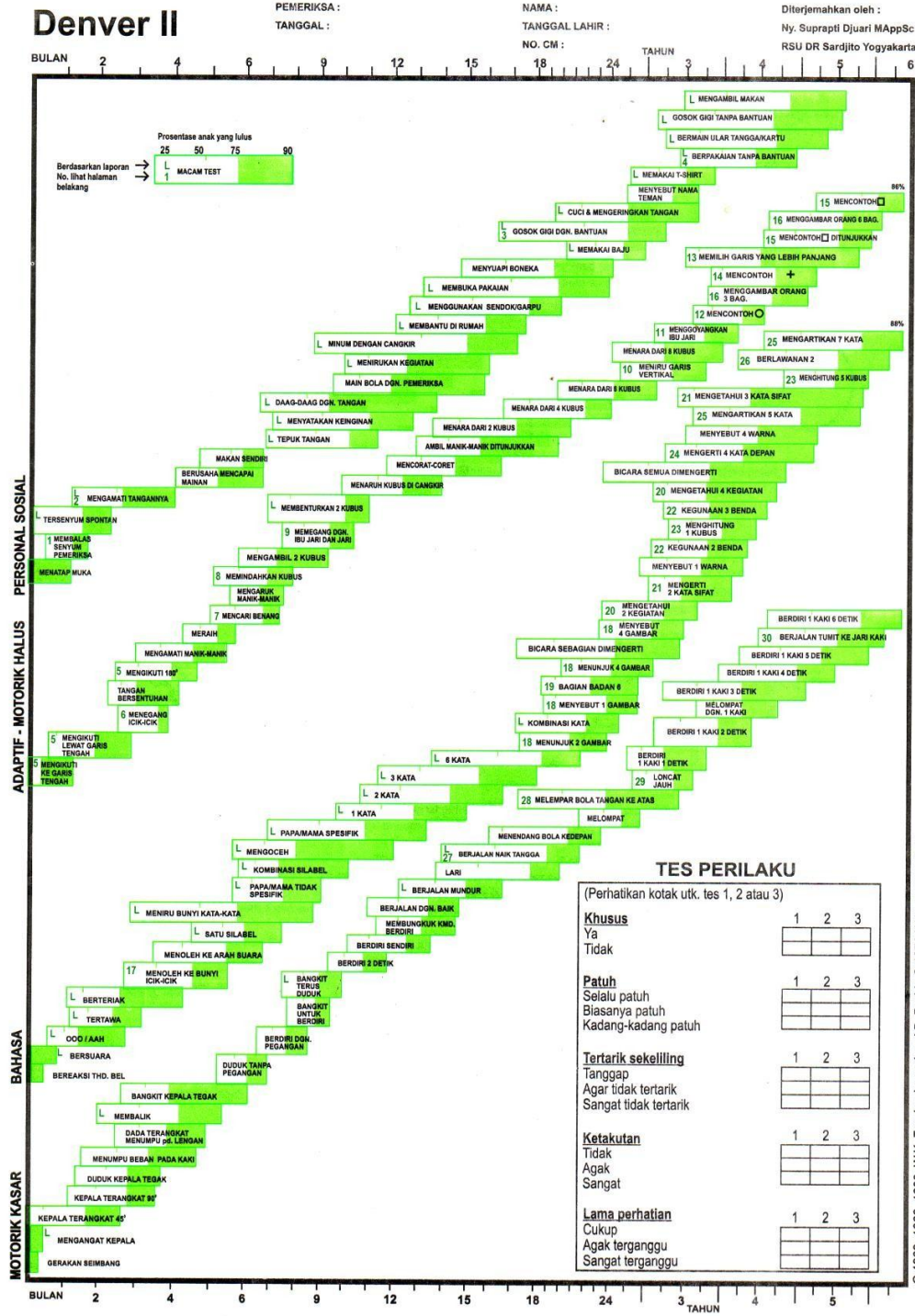
24. Masase fundus uteri ?
 Ya.
 Tidak, alasan
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 a.
 b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 Ya, tindakan :
 a.
 b.
 c.
27. Laserasi :
 Ya, dimana
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 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
39. Cacat bawaan, sebutkan :
 Hipotermi, tindakan :
 a.
 b.
 c.
39. Pemberian ASI
 Ya, waktu :jam setelah bayi lahir
 Tidak, alasan
40. Masalah lain,sebutkan :
- Hasilnya :

Lampiran 9

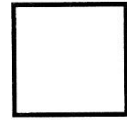
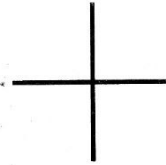
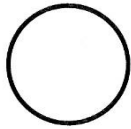
DENVER



© 1969, 1989, 1990, W.K. Frankenburg dan J.B. Dadds © 1978 W.K. Frankenburg

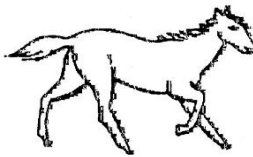
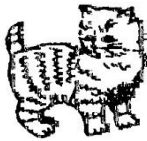
PETUNJUK PELAKSANAAN


1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalikan sepatu, memasang benik/ruitsliting di belakang.
5. Gerakan benang dengan perlahan-lahan dalam suatu busur dari satu sisi ke sisi lain ± 20 cm di atas muka anak.
6. Lulus bila anak memegang icik-icik waktu disentuhkannya pada punggung atau ujung jari-jari.
7. Lulus bila anak mencoba melihat kemana benang pergi. Benang dijatuhkan secepatnya dari pandangan tanpa tangan pemeriksa bergerak.
8. Anak harus memindahkan kubus dari satu tangan ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tubuh, mulut atau meja.
9. Lulus bila anak mengambil manik-manik dengan ibu jari dan jari.
10. Garis dapat bervariasi, hanya 30° atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Genggamkan tangan dengan ibu jari menghadap ke atas dan goyangkan ibu jari. Lulus bila anak menirukan dan tidak menggerakkan jari selain ibu jari.



12. Lulus bila ujung saling bertemu, gagal bila gerakan terus melingkar.
13. Garis mana yang lebih panjang? Putar kertas sampai terbalik (Lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)
14. Lulus asal garis menyilang
15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasikan

- Waktu memberikan tugas 12, 14, dan 15 jangan menyebut bentuknya. Jangan mendemonstrasikan 12 dan 14.
16. Waktu memberikan skor, sepasang (2 tangan, 2 kaki dll) dihitung sebagai satu bagian.
 17. Taruh satu kubus di cangkir, kocok perlahan-lahan dekat telinga anak. Ulangi untuk telinga lainnya.
 18. Tunjuk masing-masing gambar dan minta anak menyebutkan nama gambar tersebut (Gagal bila hanya suara). Bila 4 nama yang betul, minta anak menunjuk gambar dari nama yang disebut oleh pemeriksa.



19. Gunakan boneka, katakan pada anak : Tunjukkan hidung, mata telinga, mulut, tangan, kaki, perut rambut. Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan kepada anak : mana yang terbang?, meong ? bicara ? menggonggong ? meringik ? . Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak : Apa yang kau lakukan bila dingin ? capal ? lapar ? . Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanya kepada anak : Apa gunanya cangkir ? Apa gunanya kursi ? Apa gunanya pensil ? Jawaban harus termasuk kata-kata gerakan.
23. Lulus bila anak menaruh dan mengatakan berapa kubus yang ada di atas kertas dengan benar. (1, 5).
24. Katakan kepada anak : Taruh kubus di atas meja, di bawah meja, di depan saya, di belakang saya. Lulus bila 4 dari 4 (jangan membantu anak dengan menunjuk, menggerakkan kepala atau mata).
25. Tanya kepada anak: Bola itu apa? danau ? meja ? rumah ? pisang ? korden ? pagar ? atap ? Lulus bila disebutkan kegunaannya, bentuk, dibuat dari apa, atau kategori umum (seperti pisang adalah buah, bukan haya kuning). Lulus 5 dari 8, 7 dari 8.
26. Tanya kepada anak : Jika kuda itu besar, tikus adalah? Jika api panas, es? Jika matahari bersinar siang hari, bulan bersinar? Lulus 2 dari 3
27. Anak hanya boleh menggunakan dinding atau besi pegangan, tidak orang, tidak boleh merangkak.
28. Anak harus melempar bola di atas bahu ± 1 m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir ± 22 cm ($8\frac{1}{2}$).
30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumor berjarak $\pm 2\frac{1}{2}$ cm dari ibu jari kaki. Pemeriksa dapat mendemonstrasikan. Anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.
31. Pada usia tahun kedua, separo anak normal tidak patuh.

Lampiran 10

LEMBAR RINGKASAN PELAYANAN 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 menyusu 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*



Lampiran 11

PELAYANAN IMUNISASI

PELAYANAN IMUNISASI																	
UMUR	BULAN																
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	24	30	36	2+	
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:																	
DPT-HB-Hib 2 No Batch:																	
Polio tetes 3 No Batch:																	
DPT-HB-Hib 3 No Batch:																	
Polio tetes 4 No Batch:																	
Polio suntik (IPV) No Batch:																	
Campak – Rubella (MR) No Batch:																	
DPT-Hib-HB lanjutan No Batch:																	
Campak – Rubella (MR) lanjutan No Batch:																	

Keterangan:

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

8

Lampiran 12

KARTU MENUJU SEHAT

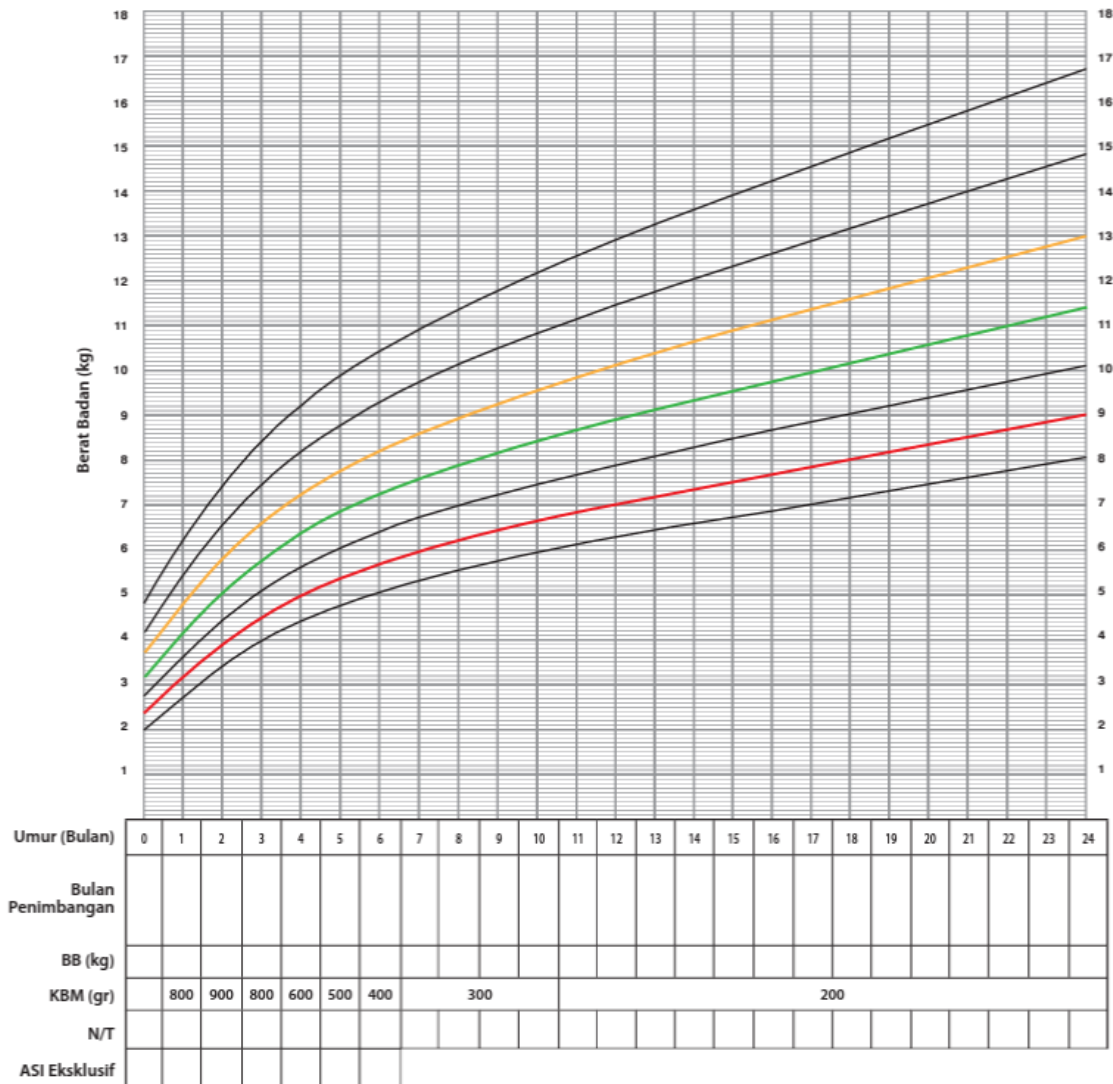


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

Nama Anak : _____

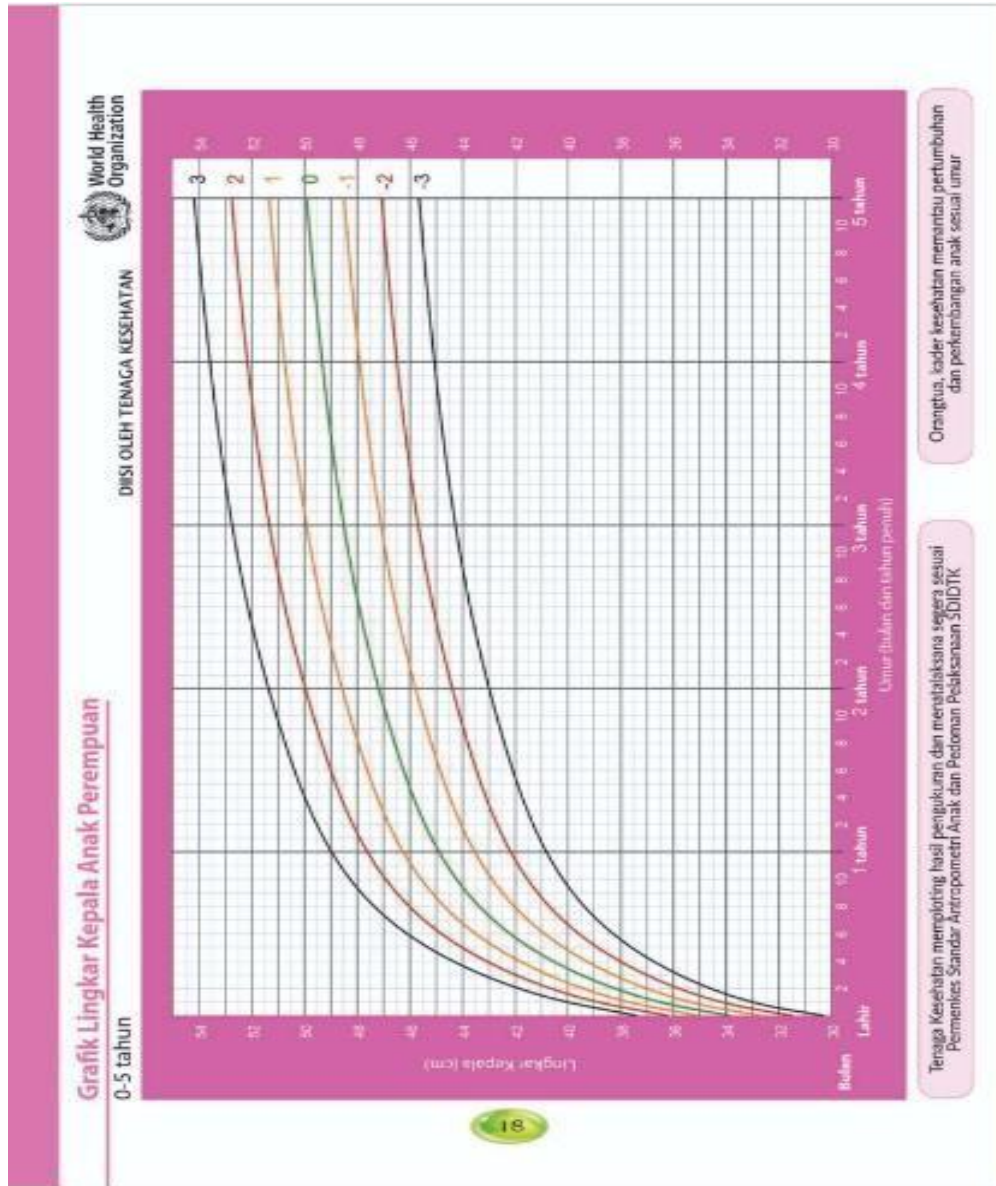
Nama Posyandu : _____

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur Tambah Berat, Tambah Pandai



Lampiran 13

GRAFIK LINGKAR KEPALA ANAK PEREMPUAN



Lampiran 14

GRAFIK PANJANG BADAN MENURUT UMUR PEREMPUAN

