

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya:

Nama : Marista Fadlul Laili

NIM : P27824221037

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

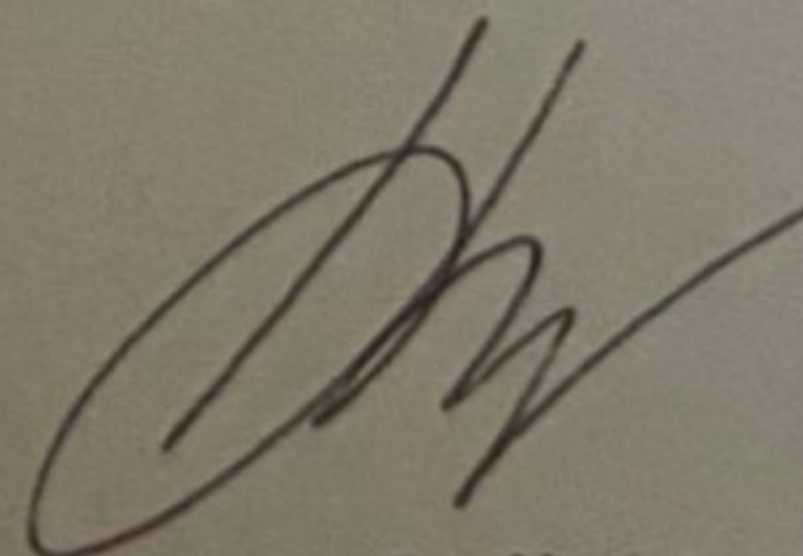
Angkatan : 2021

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Tugas Akhir saya yang berjudul :

**“Asuhan Kebidanan Pada Ny. “C” G1P00000 Masa Kehamilan Trimester III,
Bersalin, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana PMB Ny “H” Waru,
Magetan”**

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, Juni 2024
Yang Menyatakan



Marista Fadlul Laili
(P27824221037)

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : Marista Fadlul Laili
Tempat, Tanggal Lahir : Pacitan, 27 Maret 2002
Agama : Islam
Alamat : Griya Segaran Permai U/12 RT 43 RW 05
Purworjo Geger

Riwayat Pendidikan :

NO	NAMA SEKOLAH	TAHUN MASUK	TAHUN LULUS
1.	SDN 05 Madiun Lor	2009	2015
2.	SMP 2 Kota Madiun	2015	2018
3	SMA 4 Kota Madiun	2018	2021

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Marista Fadlul Laili

NIM : P27824221037

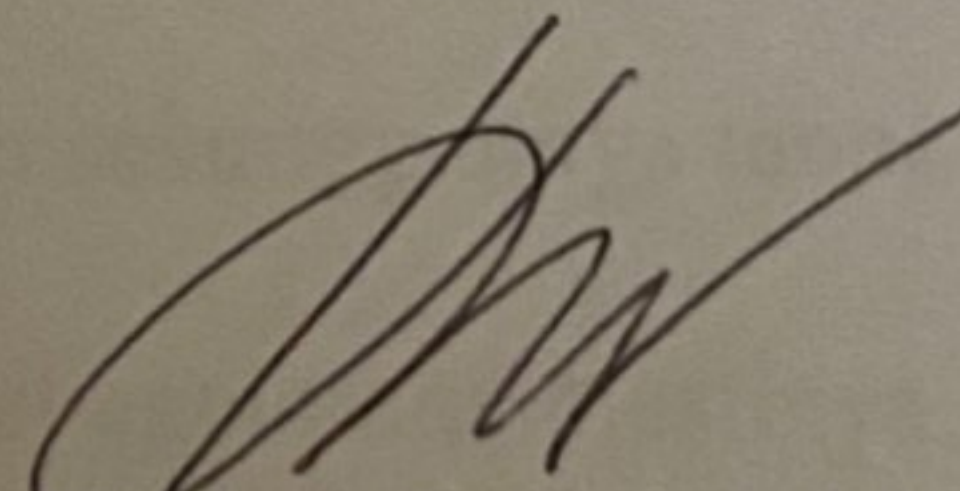
Status : Mahasiswa Prodi D-III Kebidanan Kampus Magetan Politeknik

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 ahli madya kebidanan.

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

Magetan, Juni 2024
Yang menyatakan,



Marista Fadlul Laili
P278242201037

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Citra

Umur : 25 tahun

Pendidikan : S1

Pekerjaan : Swasta

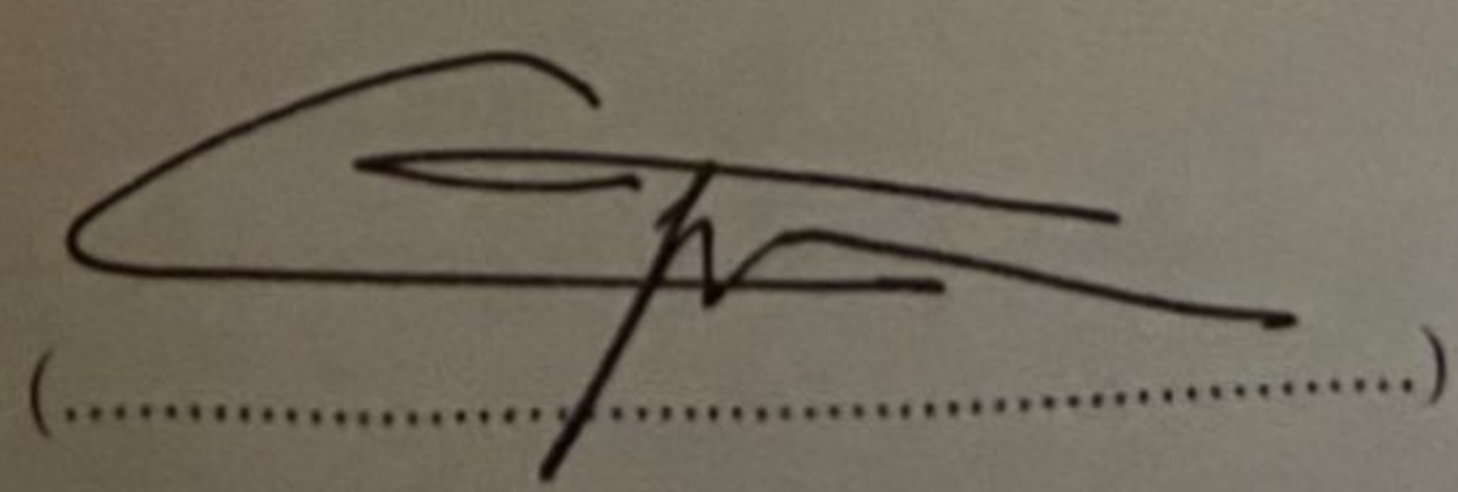
Alamat : Millangari Rt04 Rwo2 Panekan Magetan

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 pascasalin oleh Mahasiswi Prodi D III 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, Juni 2024

Yang Menyatakan



Lampiran 5

Kartu Skor
Poedji Rochjati

Nama : Ny C

Umur Ibu : 25 Th.

Hamil ke 1. Haid terakhir tgl: 01-08-2023 Perkiraan lahir: 08-05-2024

Pendidikan ibu : S1

Suami : SMK

Pekerjaan ibu : Swasta

Suami : Swasta

KE L F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	IV			
				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/transfusi	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				1	

Lampiran 6

TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA

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 : Ibu tidak ada risiko preeklampsia

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

Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum Saat Kehamilan dan Persalinan

Nama/Suami : Ny C / Tn. M
 Umur : 29 / 34 tahun
 Alamat : Milangasri Rt 04 Rwo² panekan Magelang
 Status Gravida : G1P0A0
 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 / forceps		✓
8	APB		✓	Episiotomi		✓
9	Riwayat HPP		✓	Koriamnintis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir skrining			Hasil Akhir skrining		

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

Lampiran 8

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAAN HANYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNT/ORI DIFTERI (E)			
NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DIIMUNISASI DPT/DPT-HB/DT/TT/Td?	KESIMPULAN STATUS TT?
1	2	3	4
A	RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-HB SAAT BAYI		
	BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990 STATUS-NYA DIHITUNG T-2	T2	T2
B	RIWAYAT BIAS		
	1 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1973 s/d 1976		
	a. Kelas 6		
	2 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 6		
	3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 5		
	c. Kelas 6		
	4 Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 4		
	c. Kelas 5		
	d. Kelas 6		
	5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 3		
	c. Kelas 4		
	d. Kelas 5		
	e. Kelas 6		
	6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
	d. Kelas 4		
	7 Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
	a. Kelas 1	Pernah	T3
	b. Kelas 2	pernah	T4
	c. Kelas 3	pernah	T5
C	SAAT CALON PENGANTIN		
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil 1		
	b. Hamil 2		
	c. Hamil 3		
	d. Hamil 4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2001		

STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)	T5
--	----

KETERANGAN :

1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977-sekarang
2. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 laki+ perempuan (DT 2 ds) & kelas 6 perempuan (TT 2 ds)
3. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998-2000 = kelas 1 (DT) s/d kelas 2-6 (TT)
4. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 2001- sekarang = kelas 1, 2 & 3
5. Vaksinansi CPW/ CATIN & BUMIL TT2 dosis dimulai 1984- 2000, TH 2001- SEKARANG HARUS DISKRINING LEBIH DULU
6. Interval minimal pemberian: TT1 ke TT2= 4 minggu, TT2 ke TT3= 6 bulan, TT3-TT4= 1 tahun, TT4-TT5= 1 tahun
7. Masa perlindungan terhadap Tetanus Toxoid= T1= 0 tahun, T2= 3 tahun, T3= 5 tahun, T4= 10 tahun, T5= 25 tahun

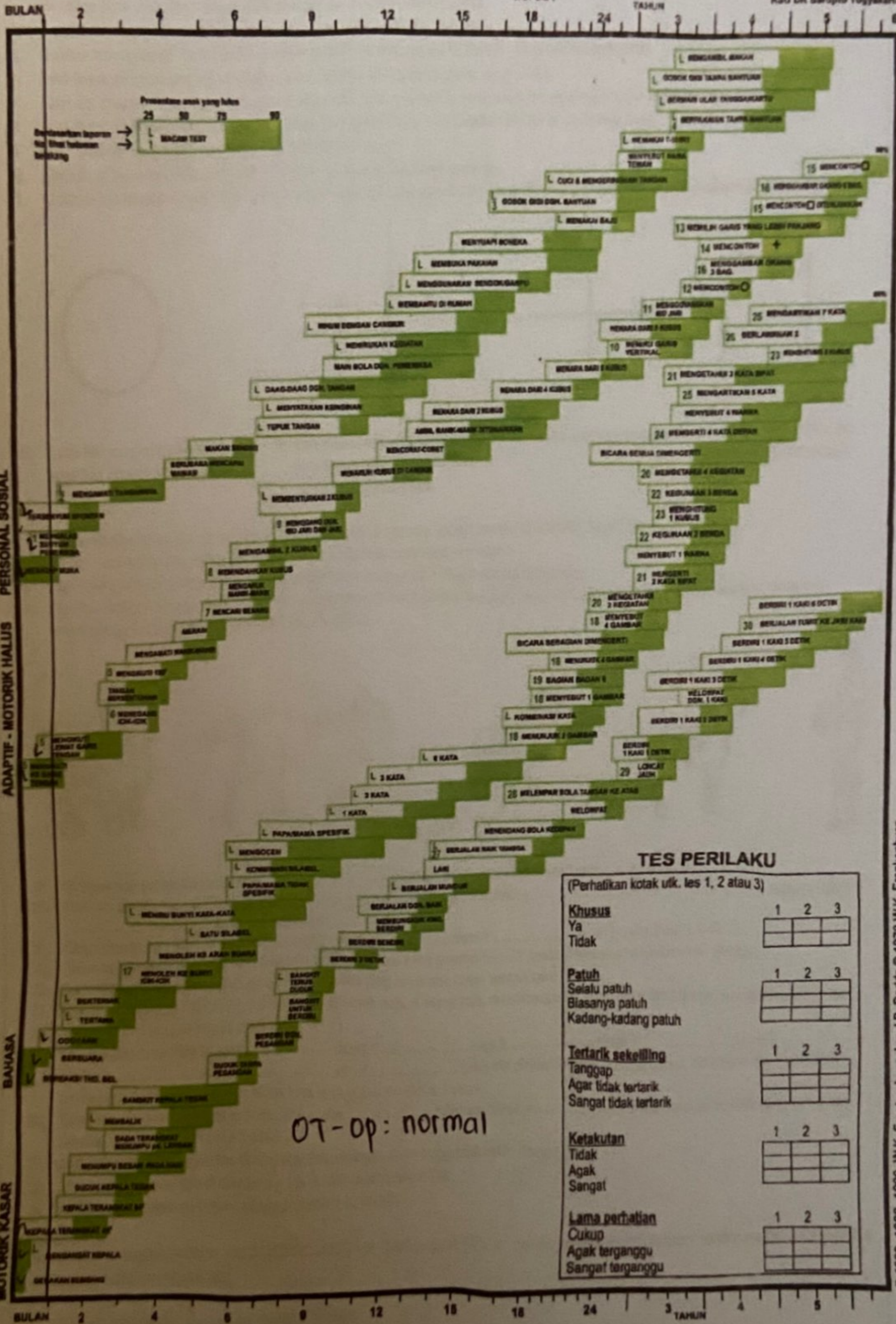
Lampiran 9

Denver II

PEMERIKSA :
TANGGAL :

NAMA :
TANGGAL LAHIR :
NO. CM :

Diterjemahkan oleh :
Ny. Supriati Djurani MAppSc
RSJ DR Sardjito Yogyakarta



TES PERILAKU

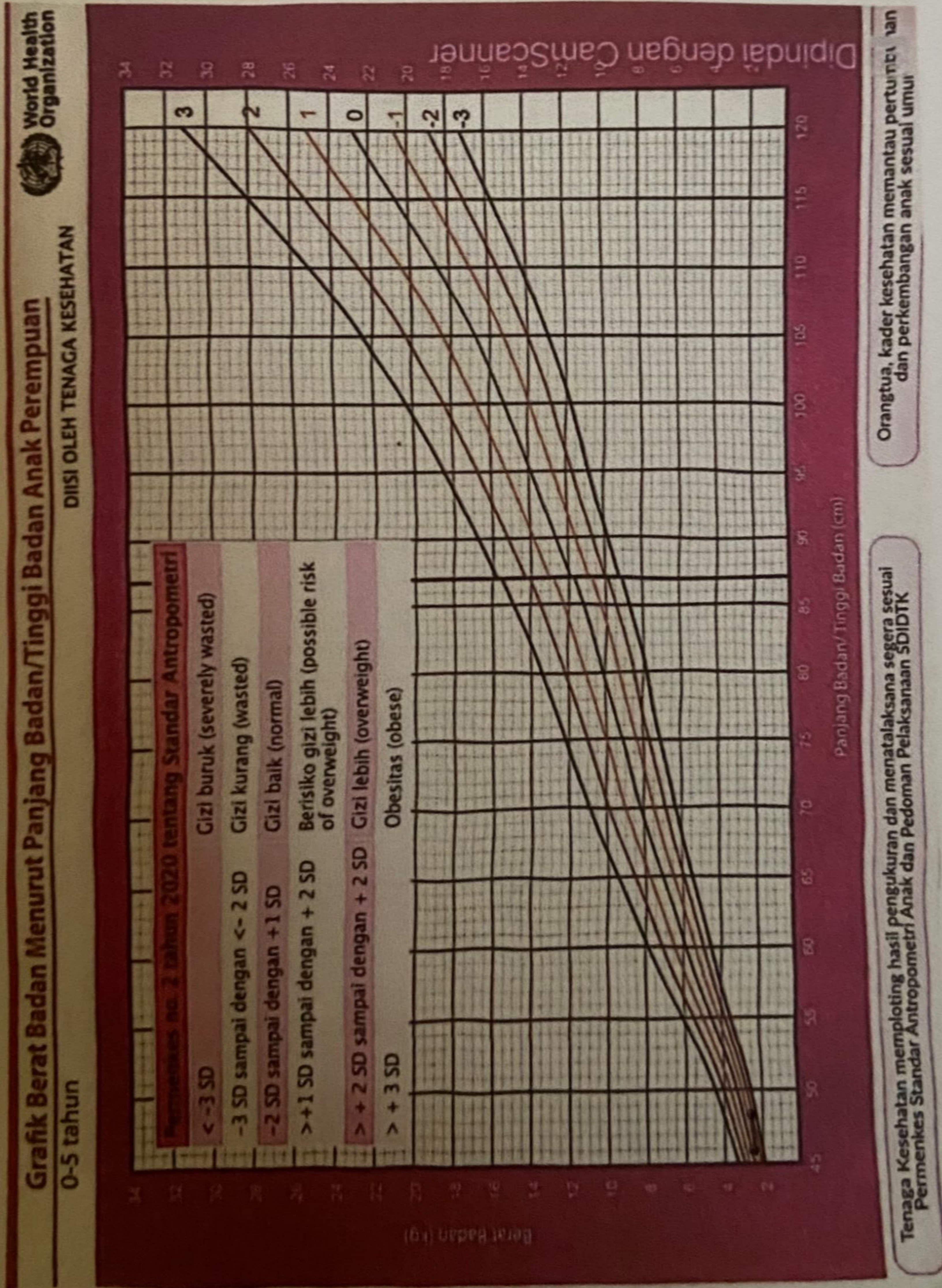
(Perhatikan kotak ukir les 1, 2 atau 3)

Khusus	1	2	3
Ya	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patuh	1	2	3
Selalu patuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Biasanya patuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kadang-kadang patuh	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tertarik sekeliling	1	2	3
Tanggap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agar tidak tertarik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangat tidak tertarik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ketakutan	1	2	3
Tidak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agak	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lama perhatian	1	2	3
Cukup	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agak terganggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sangat terganggu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

© 1968, 1989, 1990, W.K. Frankenburg dan J.B. Dodds © 1978 W.K. Frankenburg

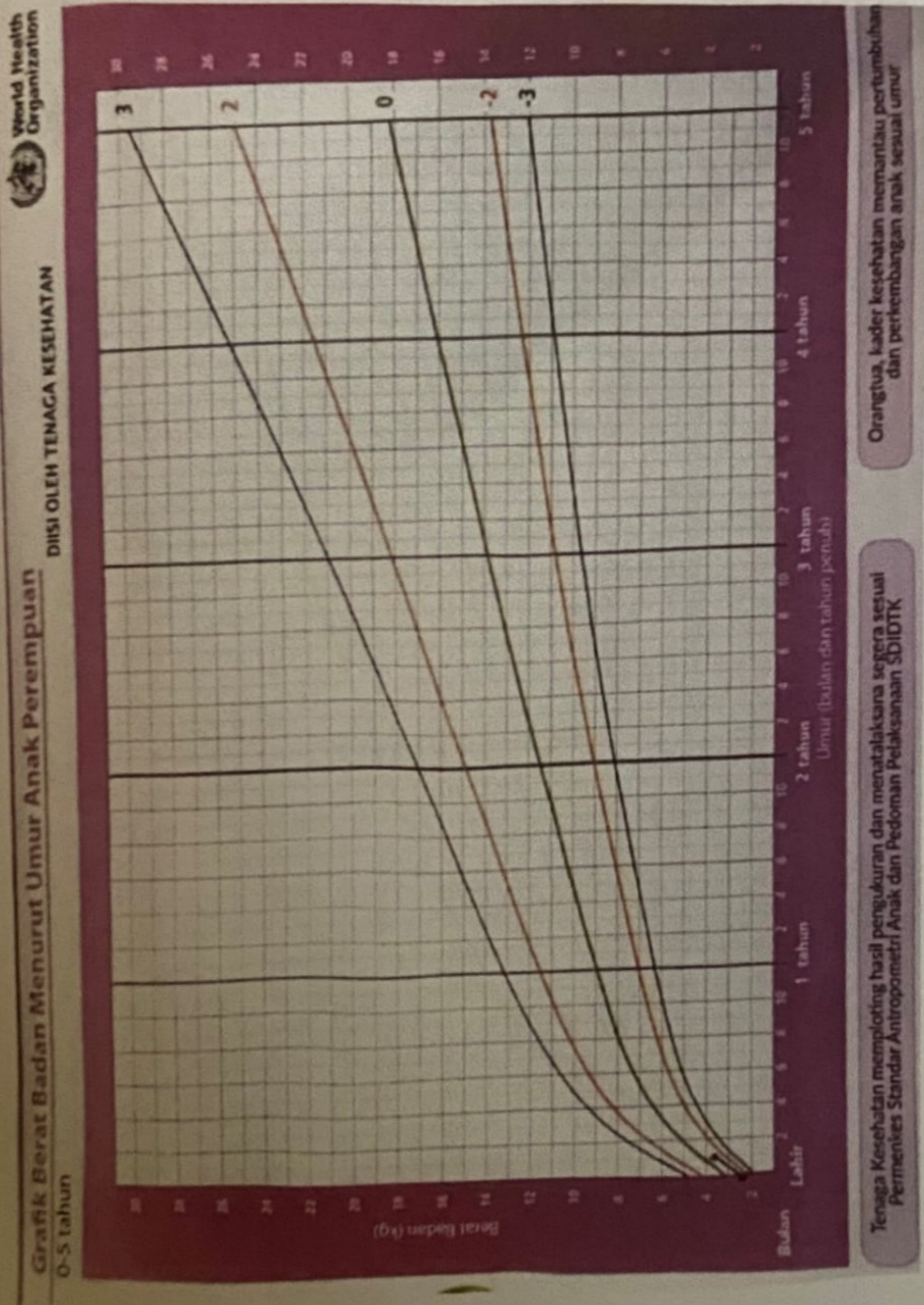
Lampiran 10

Grafik Berat Badan menurut Panjang Badan



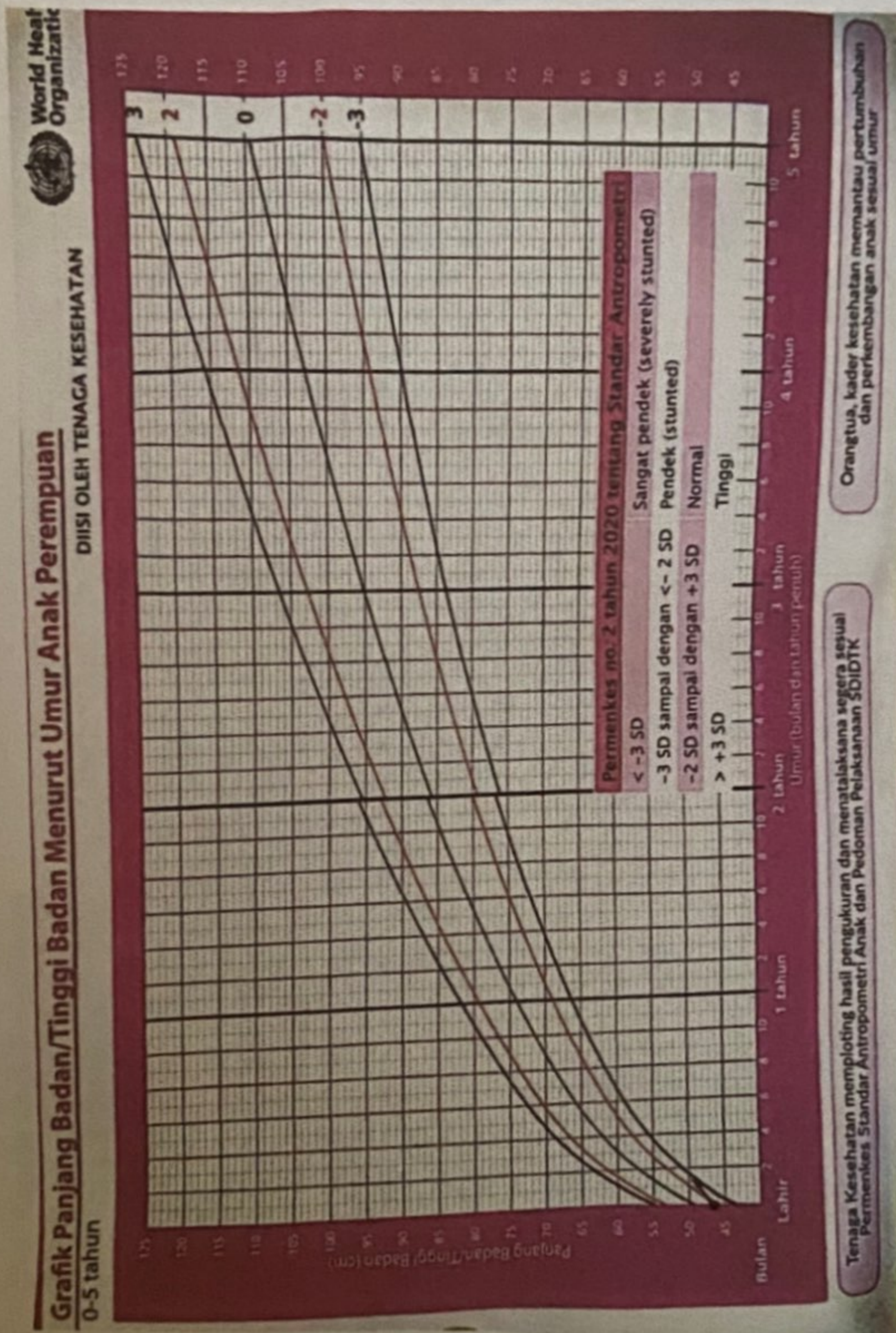
Lampiran 11

Grafik Berat Badan Menurut Umur

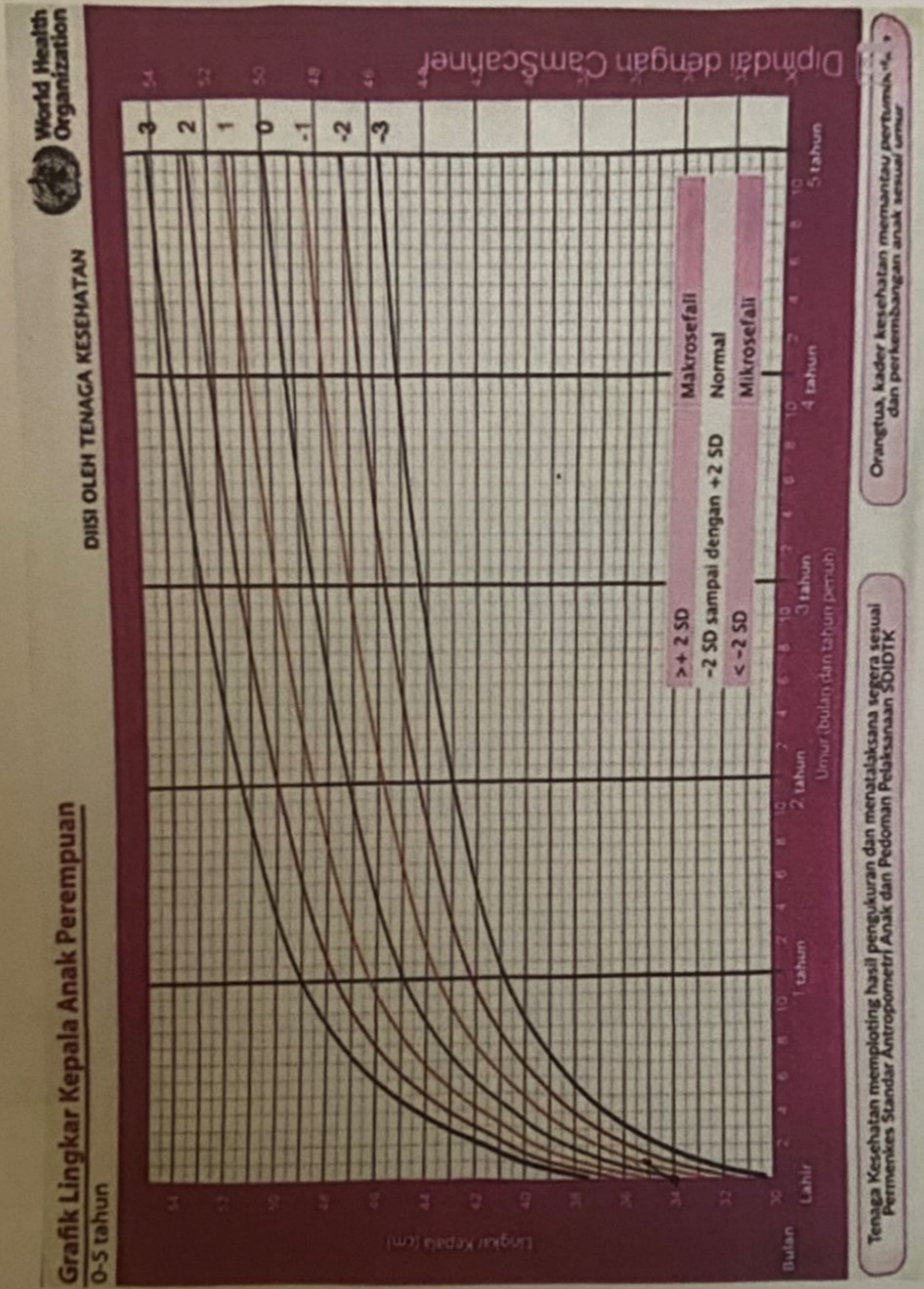


Lampiran 12


Grafik Panjang Badan Menurut Umur



Grafik Lingkar Kepala Anak



Lampiran 14

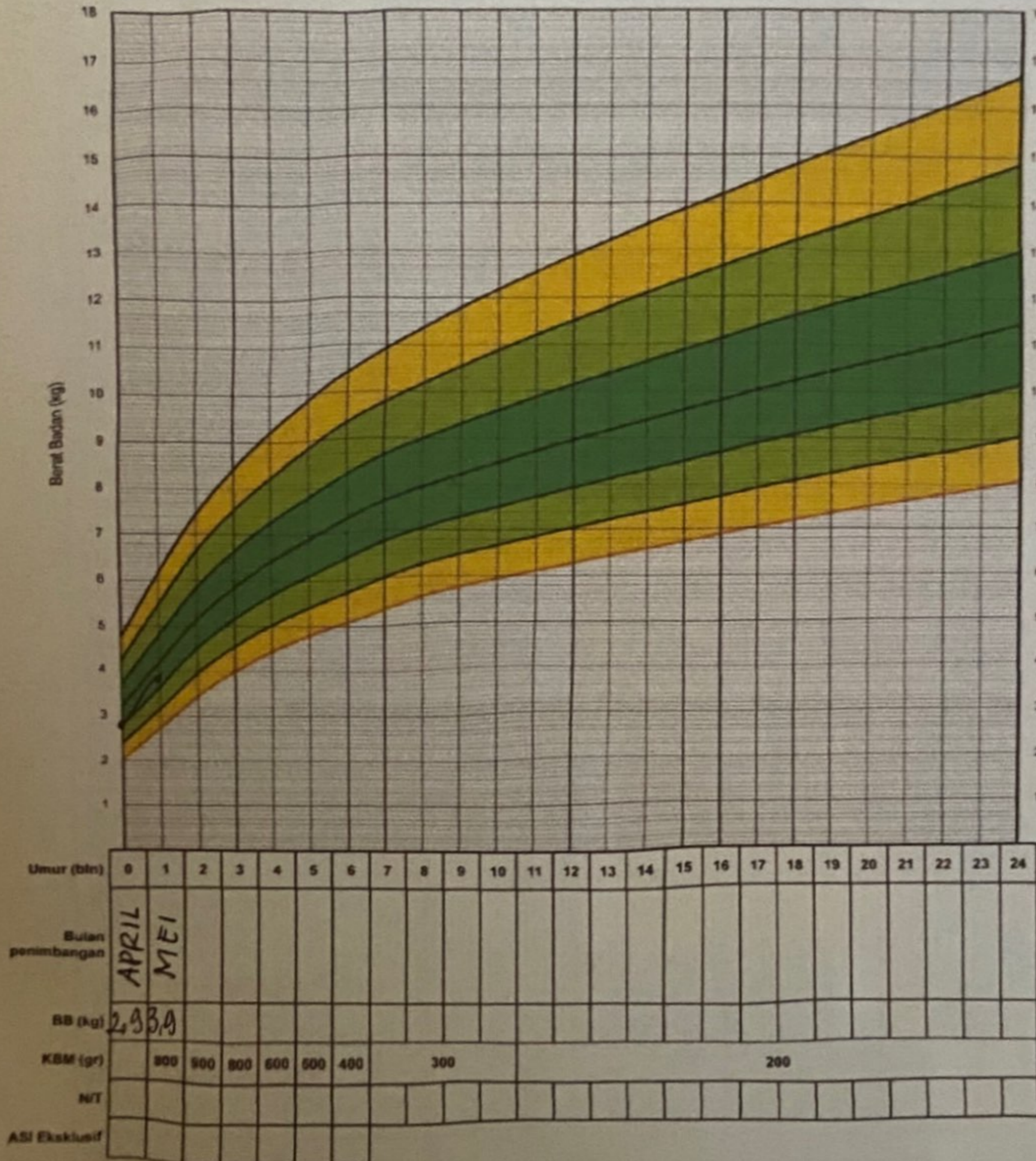


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Perempuan

Nama Anak: Citya Putri

Nama Penyandu: _____

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



NAIK
Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau
Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

TIDAK NAIK
Grafik BB mendatar atau menurun mencong garis pertumbuhan dibawahnya atau
Kenaikan BB kurang dari KBM




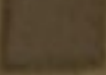
Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

- Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

PELAYANAN IMUNISASI


UMUR	BULAN												
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	2+
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas												
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	23/2A 05												
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

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)

Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur <2 bulan

0 - 6 jam 23/A ²⁴	6 - 48 jam (KN1) 23/4 ²⁴	3 - 7 hari (KN2) 03/5 ²⁴	8 - 28 hari (KN3) 20/5 ²⁰²⁴
Kondisi: BB: gr PB: cm LK: cm Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch:	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: Jam: Nomor Batch: BB: gr PB: cm LK: cm Skrining Hipotiroid Kongenital <input checked="" type="checkbox"/> *Bila belum diberikan 25-4-2024	Menyusu <input checked="" 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"/> *Bila belum diberikan	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> ..  ** Benarkan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah: tidak ada masalah	Masalah: tidak ada masalah	Masalah: tidak ada masalah	Masalah: tidak ada masalah
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas: Marista	Nama jelas petugas: Marista	Nama jelas petugas: Marista	Nama jelas petugas: Marista

* Catatan penting:

Nama tenaga kesehatan:

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

Lampiran 17

**DAFTAR TILIK PENAPISAN KLIEN 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 pascapersalinan ^{1,2}		✓
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama		✓
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		✓
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		✓
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		✓
Apakah pernah tekanan darah >160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		✓
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		✓
Apakah anda sedang meminum obat-obatan anti kejang (epilepsi) ³		✓
AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (>1-2 pembalut/4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (>8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenorhea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital		

1. Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan, maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir
2. Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN) atau susuk
3. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN)