

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan di bawah ini, saya:

Nama : Fenti Suwarno Putri

NIM : P27824219014

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2019

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

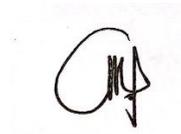
“Asuhan Kebidanan Pada Ny. "A" G2P10001 Usia Kehamilan 37 Minggu,
Persalinan, Nifas, Neonatus dan Keluarga Berencana di PMB Ny. "S" Selotinatah
Magetan”

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, Maret 2022

Penulis



Fenti Suwarno Putri
NIM. P27824219014

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : Fenti Suwarno Putri

Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 30 Mei 2001

Agama : Islam

Alamat : Ds. Cabean 21/7, Kecamatan Sawahan , Kabupaten
Madiun

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri I Cabean
2. SMP Negeri I Sawahan
3. SMA Negeri I Nglames

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Fenti Suwarno Putri

NIM : P27824219014

Status : Mahasiswa Program Studi DIII Kebidanan Kampus Magetan Politeknik Kesehatan Kementerian 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 untuk menyelesaikan pendidikan ahli madya kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas perhatian ibu saya ucapkan terima kasih.

Magetan, Februari 2022

Yang Memohon



Fenti Suwarno Putri
NIM. P27824219014

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Anis Fatonah
Umur : 30 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Selotinatah 9/2

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, Maret 2022

Yang Menyatakan


(Anis Fatonah)

Lampiran 5

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		
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	√	
	b. Kelas 2	√	
	c. Kelas 3	√	
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)			TT5

Lampiran 7

Tabel Skrining Preeklamsia

Nama/Suami : Ny. A / Tn. R
 Umur : 30 th / 32 th
 Alamat : Selotinatah 6/2
 Status Gravida : G2P10001
 Umur Kehamilan : 37 minggu
 Tanggal Skrining : 01-03-2022

I	Pemeriksaan Fisik dan Anamnesis		*	Ya	Tidak
1	Riwayat Keluarga Pre Eklampsia				√
2	Primigravida				√
3	Primitua Sekunder (Jarak Antar Kehamilan >10th)				√
4	Usia >35 tahun				√
5	Body Mass Index BB/TB2 >30/ OBESITAS				√
6	Mean Arterial Pressure (Sistolik+2 Diastolik/3) >90*	90			√
7	Roll Over Test (Perbandingan Diastolik Miring Kiri (Left Lateral Recumbent) dan Telentang (Supine) >15 mmHg*	10			√
Hasil > 2 (Positif)					
II	Riwayat Khusus				
1	Riwayat Hipertensi Dalam Kehamilan				√
2	Hipertensi Kronis				√
3	Kelainan Ginjal				√
4	Diabetes				√
5	Penyakit Autoimun				√
Hasil 1 Positif					
III	Doppler Velosimetri Arteri Uterinan ≥ 16 Minggu				
1	Peningkatan Resistensi Dan Atau				√
2	Notching (+)				√
Hasil 1 Positif					
Hasil Akhir Skrining					Negatif

Keterangan

* : Tulis hasil pemeriksaan

- Low dose Aspirin 1 x 80-150 mg/hari sampai dengan 7 hari sebelum persalinan



- kalsium 1 g/hari sampai dengan

Lampiran 8

**TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POST PARTUM SAAT
KEHAMILAN DAN PERSALINAN**

Nama/Suami : Ny. A / Tn. R
 Umur : 30 th / 32 th
 Alamat : Selotinatah 6/2
 Status Gravida : G2P10001
 Umur Kehamilan : 37 minggu
 Tanggal Skrining : 01-03-2022

	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		√	Koriomnitis		√
10	Riwayat SC		√	Riwayat SC		√
	Hasil Akhir Skrining	0	10		0	10

Waspada Perdarahan

Tindak lanjut

Ket:

1. Dalam ANC bila salah satu jawaban “Ya” waspada perdarahan
2. Tindak lanjut tergantung kasus

Lampiran 9

Nama / Suami : Ny. A / Tn. R
 Tanggal lahir / umur : 30 th / 32 th
 Alamat : Selotinatah 6/2
 Telepon :

FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)

Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai!

GEJALA

NO.	PERTANYAAN	YA	TIDAK
1.	Demam / riwayat demam < 2 minggu		✓
2.	Batuk / pilek / nyeri tenggorokan < 2 minggu		✓
3.	Sesak napas		✓

FAKTOR RISIKO

NO.	PERTANYAAN FAKTOR RISIKO	YA	TIDAK
1.	Riwayat perjalanan ke luar negeri atau kota-kota terjangkau di Indonesia dalam waktu 14 hari sebelum timbul gejala. Asal Kota : Kapan anda datang :		✓
2.	Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih : a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 b. Bekerja atau mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU; c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi) ATAU; d. Memiliki demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau ada riwayat demam, memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri atau kontak dengan orang yang memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri		✓ ✓ ✓ ✓
3.	Apakah ada keluarga yang baik atau mudik dari daerah terjangkau ? 1. Asal Kota : 2. Kapan anda datang :		✓
4.	Apakah Anda sedang hamil ?	✓	
5.	Apakah Anda mempunyai Riwayat Penyakit Lain ?		✓

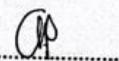
Menyatakan bahwa keterangan yang saya berikan diatas adalah **BENAR**. Surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat, sadar dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun jika dikemudian hari saya terbukti memberikan **KETERANGAN PALSU**, saya menyatakan sanggup dibawa ke **RANAH HUKUM**.

Magetan, 01 Maret 2022

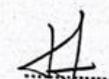
Petugas Skrining

Responden

Saksi






CARA PENILAIAN**Pasien Dalam Pengawasan (PDP)**

Gejala No.1 + No.2 + No.3 DAN Faktor Risiko No.1
 ATAU
 Gejala No.1 atau No.2 DAN salah satu atau lebih factor resiko No.2 dan No.3

Pemantauan (PDP)

Gejala No.1 atau No.2 DAN faktor No.1
 ATAU
 Riwayat kontak erat dengan kasus COVID-19 ATAU daerah dengan kasus konfirmasi COVID-19

Kesimpulan (lingkari salah satu)

- Pasien Dalam Pengawasan (PDP)
- Orang Dalam Pengawasan (ODP)
- Bukan Keduanya

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal: _____

2. Nama bidan: _____

3. Tempat persalinan: _____
 Rumah Ibu Puskesmas
 Polindes Rumah S...
 Klinik Swasta Lainnya: **PMB Ny.5**

4. Alamat tempat persalinan: _____

5. Catatan: Njuk, kala: I/II/III/IV

6. Alasan menjuk: _____

7. Tempat rujukan: _____

8. Pendamping pada saat menjuk: _____
 bidan teman suami dukun keluarga tidak ada

9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini: _____
 Gawatdarurat Perdarahan HDK Infeksi PMTCT

KALA I

10. Temuan pada fase laten: _____ Perlu Intervensi: Y/T

11. Grafik dilatasi melewati garis waspada: Y/T

12. Masalah pada fase aktif, sebutkan: _____

13. Penatalaksanaan masalah tersebut: _____

14. Hasilnya: _____

KALA II

15. Epsions: _____
 Ya, indikasi _____
 Tidak

16. Pendamping pada saat persalinan: _____
 suami teman tidak ada
 keluarga dukun

17. Gawat janin: _____
 Ya, tindakan yang dilakukan: _____
 a. _____
 b. _____
 Tidak

18. Distosis bahu: _____
 Ya, tindakan yang dilakukan: _____
 Tidak

19. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya: _____

KALA III

20. Inisiasi Menyusui Dini: _____
 Ya
 Tidak, alasannya: _____

21. Lama kala III: 15 menit

22. Pemberian Oksitosin 10 U/lm? _____
 Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan
 Tidak, alasan: _____
 Penjepitan tali pusat: _____ menit setelah bayi lahir

23. Pemberian ulang Oksitosin (2x)? _____
 Ya, alasan: _____
 Tidak

24. Penegangan tali pusat terkendali? _____
 Ya
 Tidak, alasan: _____

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Temp °C	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	K Kemih / I Urin	I darah keluar
1	21.15	120/80	82	36,6	2 jr ↓ pst	keras bundar		↑ 100
	21.30	120/80	82		2 jr ↓ pst	keras bundar		↑ 100
	21.45	120/80	82		2 jr ↓ pst	keras bundar		↑ 50
	22.00	120/80	82		2 jr ↓ pst	keras bundar		↑ 50
2	22.30	120/70	80	36	2 jr ↓ pst	keras bundar		↑ 30
	23.00	120/70	80		2 jr ↓ pst	keras bundar		↑ 30

Gambar 2.7: Halaman 2 Partograf

25. Masase fundus uteri? _____
 Ya
 Tidak, alasan: _____

26. Plasenta lahir lengkap (insect)? Tidak
 Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan: _____
 a. _____
 b. _____

27. Pignenta tidak lahir >30 menit: _____
 Tidak
 Ya, tindakan: _____

28. Lacerasi: _____
 Tidak

29. Jika lacerasi perineum, derajat: 3/4
 Tindakan: _____
 Perjahitan long / tanpa anestesi
 Tidak dijahit, alasan: _____

30. Aloni uteri: _____
 Ya, tindakan: _____
 Tidak

31. Jumlah darah yg keluar/perdarahan: ± 100 ml

32. Masalah lain pada kala III dan penatalaksanaannya: _____
 Hasilnya: _____

KALA IV

33. Kondisi ibu: KU: _____ TD: _____ mmHg Nadi: x/mnt Napas: x/mnt

34. Masalah kala IV dan penatalaksanaannya: _____
 Hasilnya: _____

BAYI BARU LAHIR:

35. Berat badan 3400 gram

36. Panjang badan 46 cm

37. Jenis kelamin ♂

38. Penilaian bayi baru lahir: baik / ada penyulit

39. Bayi lahir: _____
 Normal, tindakan: _____
 mengangkat
 mengeringkan
 rangsang taktil
 IMD atau natun menyusui segera
 tetes mata profilaktik, vitamin K, imunisasi Hepatitis B

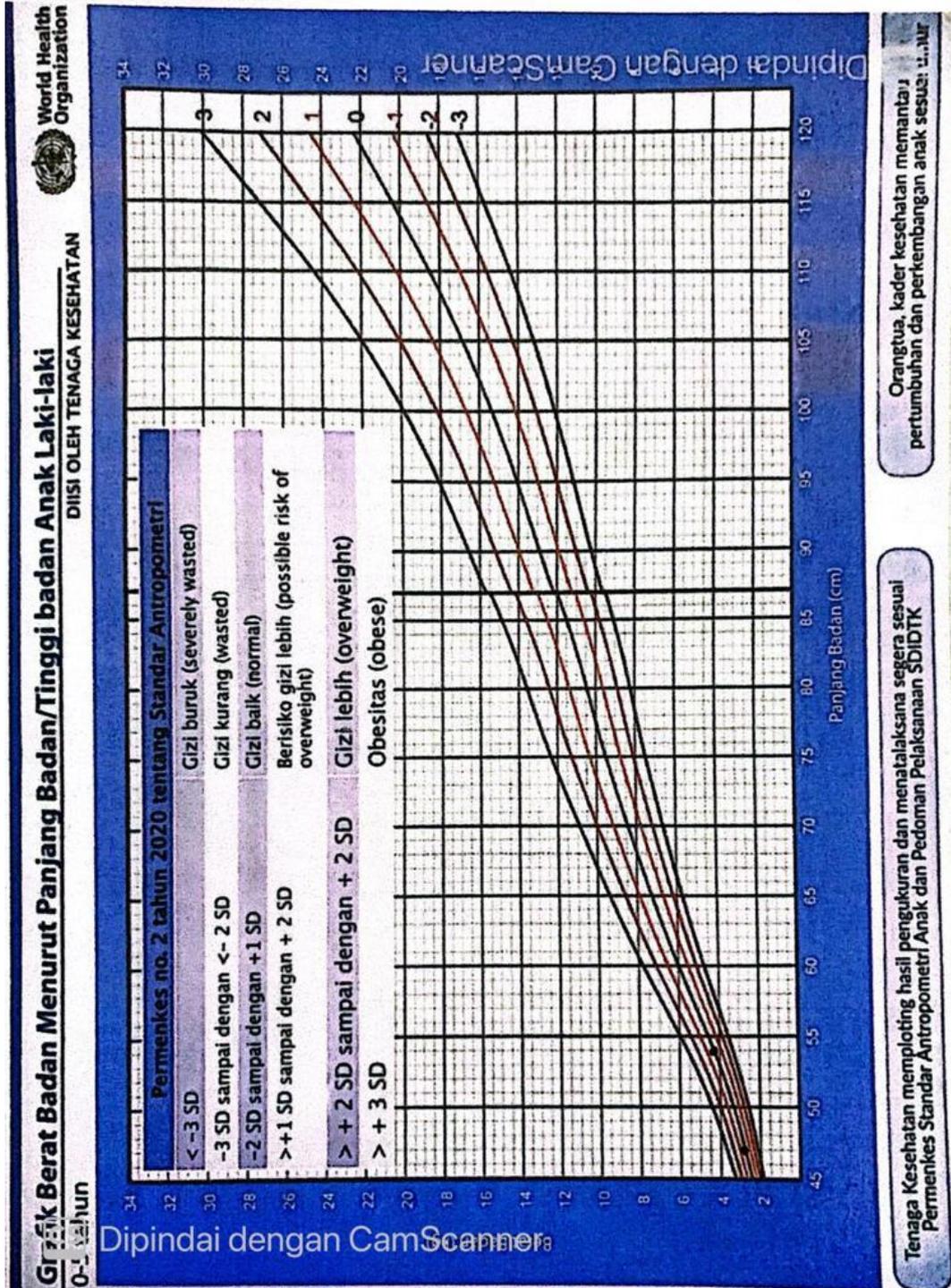
Asfiksia, tindakan: _____
 mengangkat
 bebaskan jalan napas (posisi dan isap lendir)
 mengeringkan
 rangsangan taktil
 ventilasi positif (jika perlu)
 asuhan pascareusultasi
 lain-lain, sebutkan: _____

Cacat bawaan, sebutkan: _____
 Hipotermi: ya/tidak, tindakan: _____
 a. _____
 b. _____

40. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir: _____
 Ya, waktu: 1 jam setelah bay lahir
 Tidak, alasan: _____

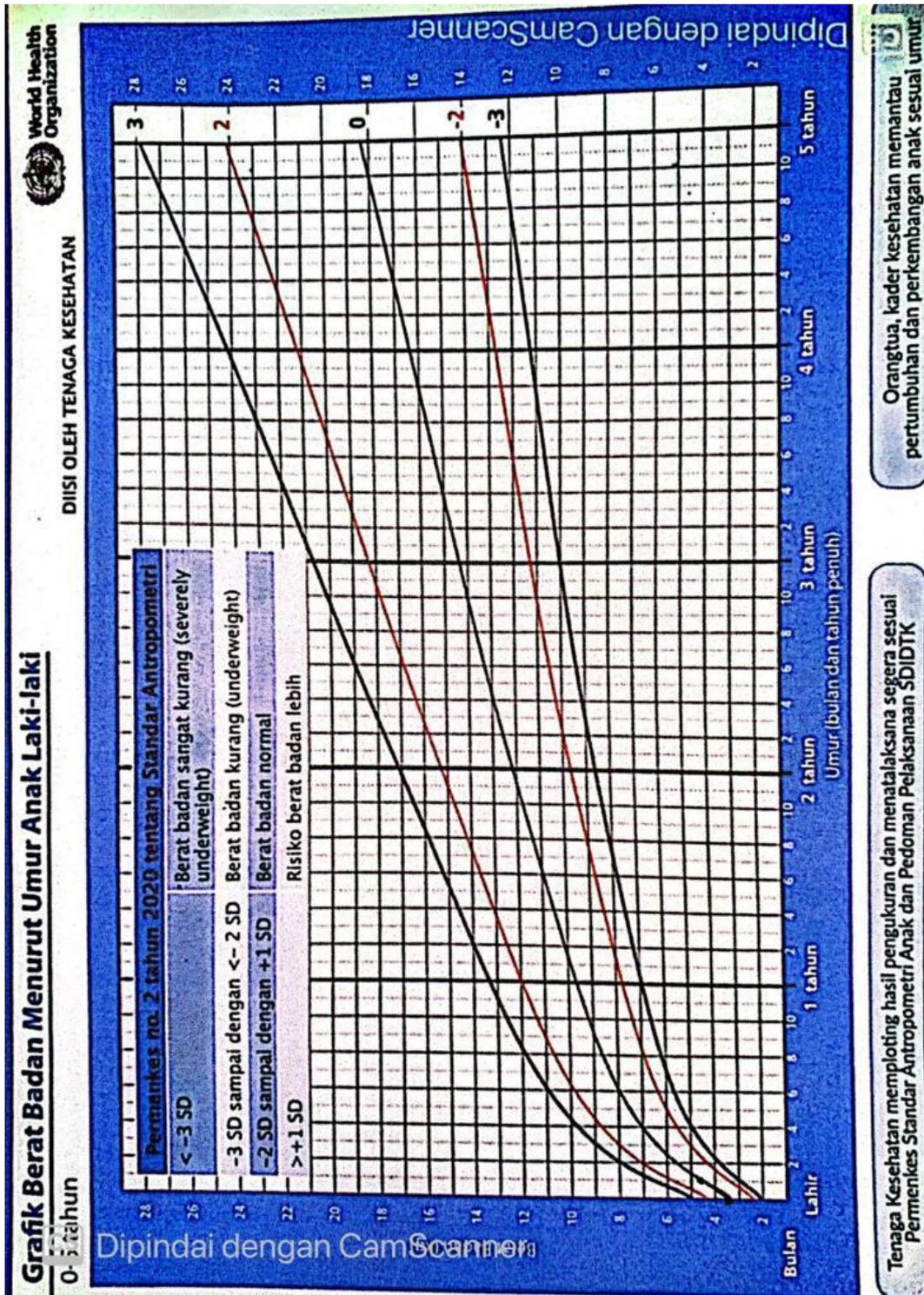
41. Masalah lain, sebutkan: _____
 Penatalaksanaan dan Hasilnya: _____

Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan/Tinggi Badan



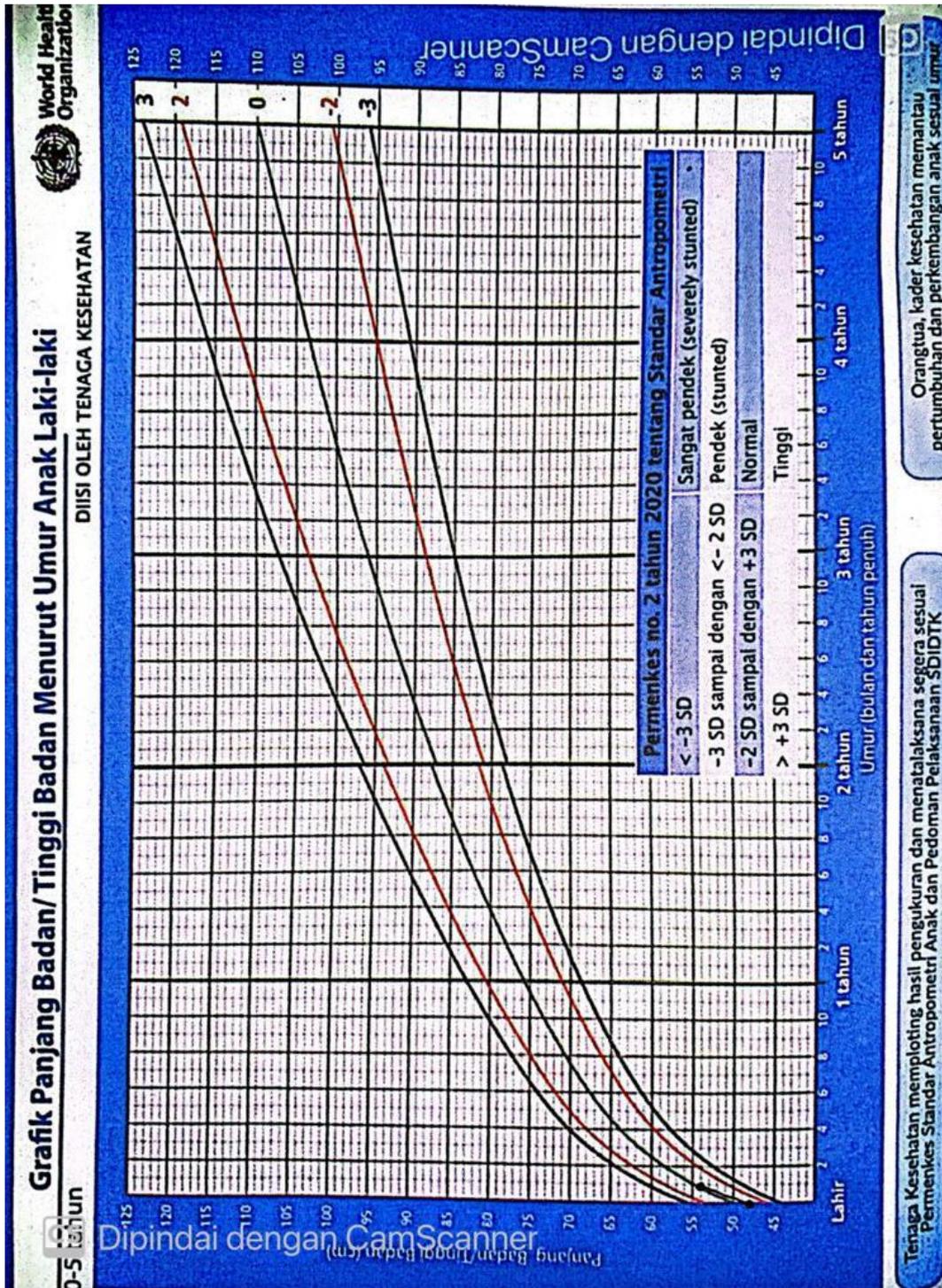
Lampiran 12

Grafik Berat Badan Menurut Umur



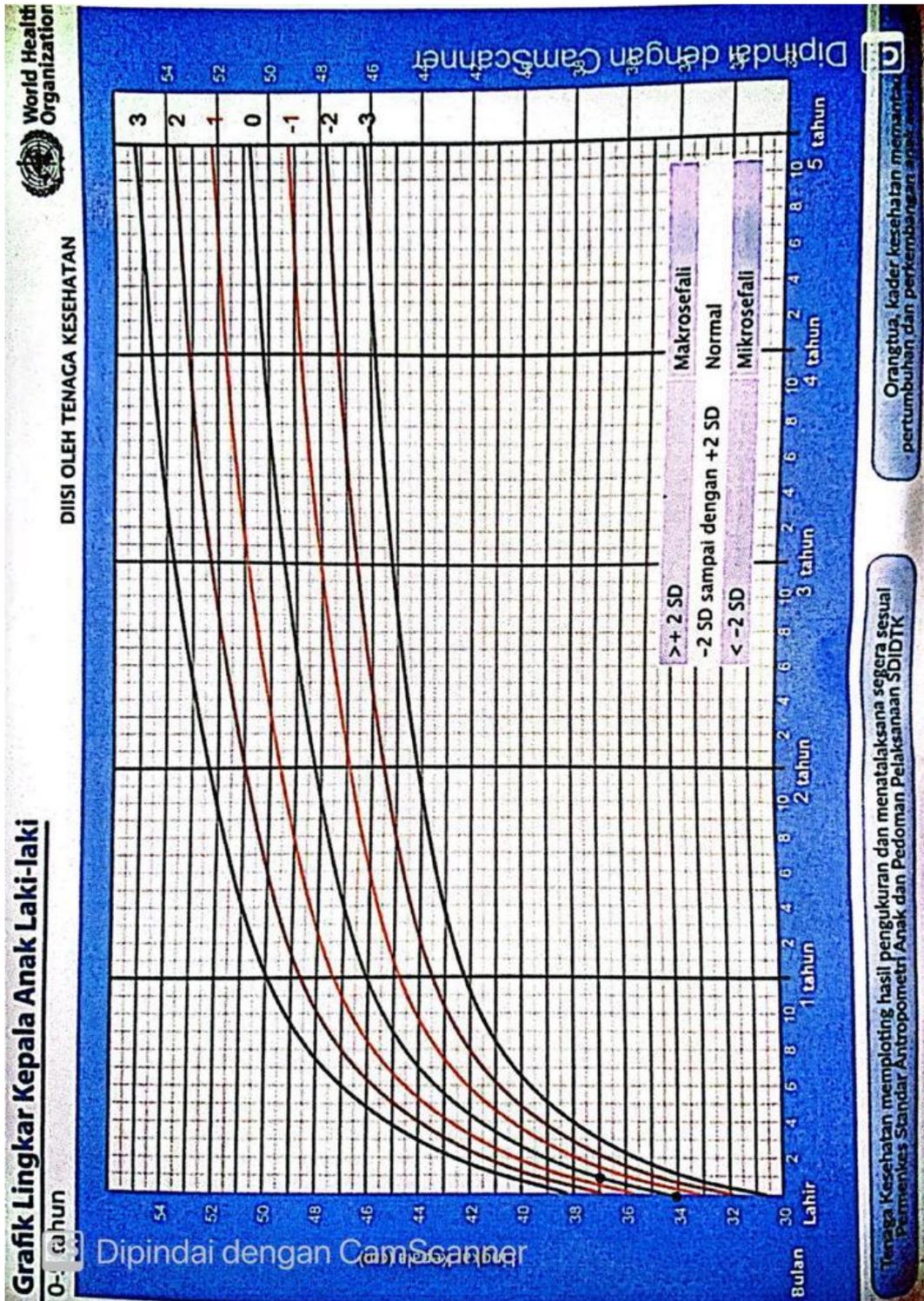
Lampiran 13

Grafik Panjang Badan/Tinggi Badan Menurut Umur



Lampiran 14

Grafik Lingkaran Kepala



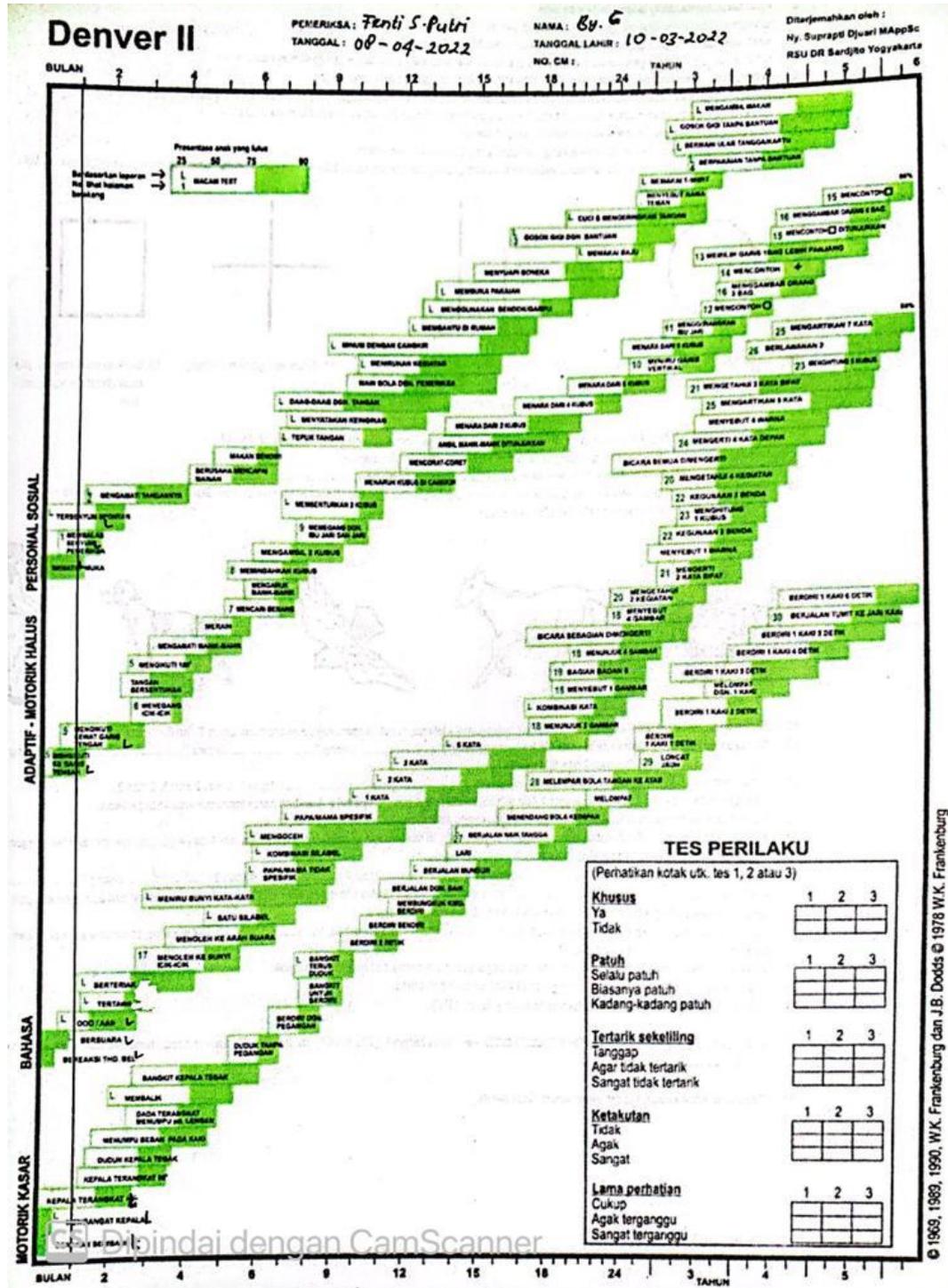
Lampiran 15

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:	10/21 /3												
BCG No Batch:	30/21 /3												
Polio tetes 1 No Batch:	30/21 /3												
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

Lampiran 16



Lampiran 17

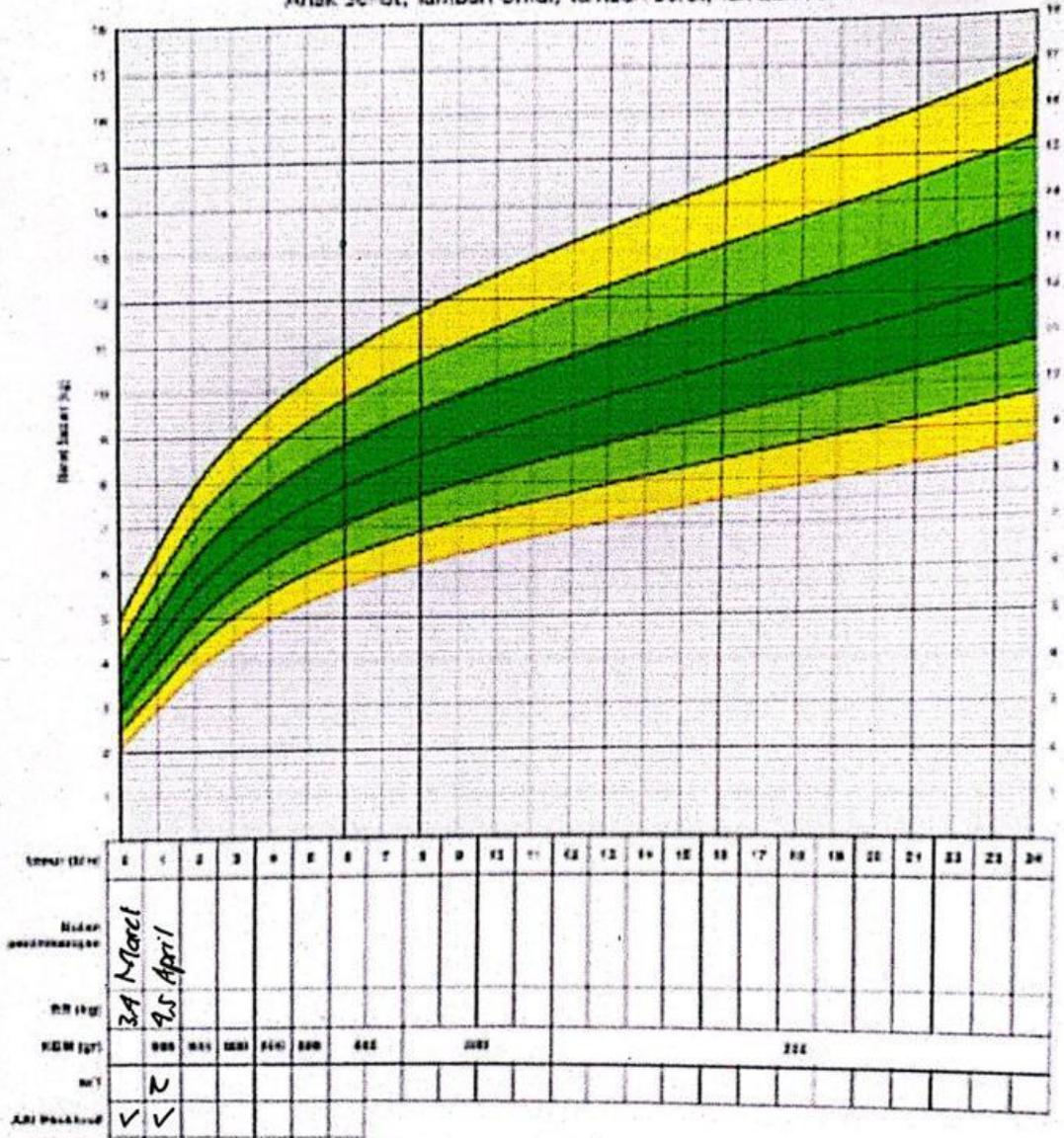


KMS
KARTEK MONEVUSKESKES
Untuk Laki-Laki

NOVA AGE

NOVA POKOK

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



Peringatan:
Jika BB terganggu pada 2 kali berturut-turut - menurut standar KBM
Tindakan: BB akan dikontrol dengan prosedur TBC (* ya / tidak)

Peringatan:
Jika BB normal pada 2 kali berturut-turut
Tindakan: BB akan dikontrol dengan prosedur TBC (* ya / tidak)