

Lampiran 1**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : GALUH CATUR ALFIANA
NIM : P27824219015
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. “R” G₁P₀₀₀₀₀ Usia Kehamilan 39-40 Minggu
Masa Kehamilan Trimester III, 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, 30 Mei 2022

Yang Menyatakan



Galuh Catur Alfiana
NIM. P27824219015

Lampiran 2**RIWAYAT HIDUP**

Nama : GALUH CATUR ALFIANA

Tempat, Tanggal Lahir : Bojonegoro, 9 Juli 2001

Agama : Islam

Alamat : Dusun Suronanggan, Desa Trojalu, Kec
Baureno, Kab Bojonegoro

Riwayat Pendidikan :

1. SDN KAUMAN I
2. SMPN 4 MAGETAN
3. MAN 2 MAGETAN

Lampiran 3**LEMBAR PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : GALUH CATUR ALFIANA

NIM : P27824219015

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, 1 Maret 2022

Yang menyatakan,



GALUH CATUR ALFIANA
P27824219015

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Rifqotul Salamah

Umur : 26 tahun

Pendidikan : SMA

Pekerjaan : Guru Ngaji

Alamat : Bonaran 13/3, Selotnatah, Nganboyo, 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, 1 Maret 2022

Yang Menyetujui



(... Rifqotul Salamah)

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 MNTE/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 lair antara tahun 1973 s/d 1976		
	a. Kelas6		
	2 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas1		
	b. Kelas6		
	3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas1		
	b. Kelas5		
	c. Kelas6		
	4 Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas1		
	b. Kelas4		
	c. Kelas5		
	d. Kelas6		
	5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas1		
	b. Kelas3		
	c. Kelas4		
	d. Kelas5		
	e. Kelas6		
	6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas1		
	b. Kelas2		
	c. Kelas3		
	d. Kelas4		
	7 Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
	a. Kelas1	✓	
	b. Kelas2	✓	
	c. Kelas3	✓	
C	SAAT CALON PENGANTIN	✓	
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil1	✓	

Lampiran 6

Kartu Skor Poedji Rochjati

Nama : Rifatus Salamah
 Hamil ke 1. Haid terakhir tgl: 13-6-2021
 Pendidikan ibu : SMA
 Pekerjaan ibu : Guru Ngaji

Umur Ibu : 26 Th.
 Perkiraan lahir : 20-3-2022
 Suami : Syahrani
 Suami : ...

I	II	III	IV	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR				
		Skor Awal Ibu Hamil	2			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 a. terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfusi	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria	4				
		c. TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanan 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				2.	

JML. SKOR	KEL. RESIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
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 7

TABEL SKRINING PREEKLAMPSIA
Dilakukan pada Usia Kehamilan < 20 Minggu

Skrining Preeklampsia pada usia kehamilan < 20 minggu

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur ≥ 35 tahun		
Nullipara		
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 (MAP) ≥ 90 mmHg **		
Proteinuria (urin celup > 1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)		
Keterangan Sistem Skoring: Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya • 2 risiko sedang dan atau, • 1 risiko tinggi * Manifestasi klinis APS antara lain: keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature ** MAP dihitung pada kehamilan < 20 minggu $MAP = \frac{(2 \times D) + S}{3}$		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : Tidak ada risiko

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)

Dokter Pemeriksa,

CS Dipindai dengan CamScanner

(.....)

Lampiran 8

Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum Saat
Kehamilan dan Persalinan

Nama/Suami : Rifqotul Salamah
 Umur : 26 tahun
 Alamat : Banjaran 13/3, Ngambogo
 Status Gravida : G₁ P₀0000
 Tanggal skrining : 1 - 3 - 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 / forceps		✓
8	APB		✓	Episiotomi		✓
9	Riwayat HPP		✓	Koriamnitis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir skrining		✓	Hasil Akhir skrining		✓

Waspada Perdarahan

☐

Tindak Lanjut

☐

Kriteria :

1. Waspada perdarahan jika 1 YA
2. Tindak lanjut jika 2 YA

Lampiran 9

Nama / Suami : Rifqotus Salamah
 Tanggal lahir / umur : 26 tahun

Alamat :
 Telepon :

Banaran 13/2, Nganboya

FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)

Berilah tanda centang (✓)

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 terjangkit 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 terjangkit ? 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, 11 - 3 - 2022

Petugas Skrining



Responden

Matrai
6000:

Saksi



Lampiran 10

LEMBAR OBSERVASI

A. ANAMNESISA

Tanggal masuk : 11 - 3 - 2022 Jam : 10:00 WIB
 His mulai tanggal : - Jam : -
 Darah : -
 Lendir : -
 Ketuban : Pecah / Belum Jam : 17:00 WIB

B. KEADAAN UMUM

Tensi : 120/70 mm Hg
 Suhu : 36,7 °C
 Nadi : 86 x/m
 Respirasi : 20 x/m
 Odema : -

C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

Palpasi perlimaan : -
 VT : Tanggal 11 - 3 - 2022 Jam : 10:00 WIB
 Hasil $\checkmark$ ku. tra. 0 cm, eff. 0%, ket (-), perskep. Ha. Ku baik

OBSERVASI KALA I (Fase Laten $\emptyset < 4$ cm)

Tanggal	Jam	His dlm 10 "		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Ket.
		Berapa kali	Lamanya						
11 - 3 - 2022	10:00	-	-	132	120/70	36,7	86 x/m	0 cm	(-)
	10:30	-	-	134					
	11:00	-	-	134					
	11:30	-	-	140					
	12:00	-	-	138					
	12:30	-	-	132					
	13:00	-	-	134					
	13:30	-	-	136					
	14:00	-	-	136	122/68				
	14:30	-	-	134					
	15:00	-	-	134					
	15:30	-	-	136					
	16:00	-	-	132	115/76			0 cm	(-)

Lampiran 11

KMS UNTUK PEREMPUAN

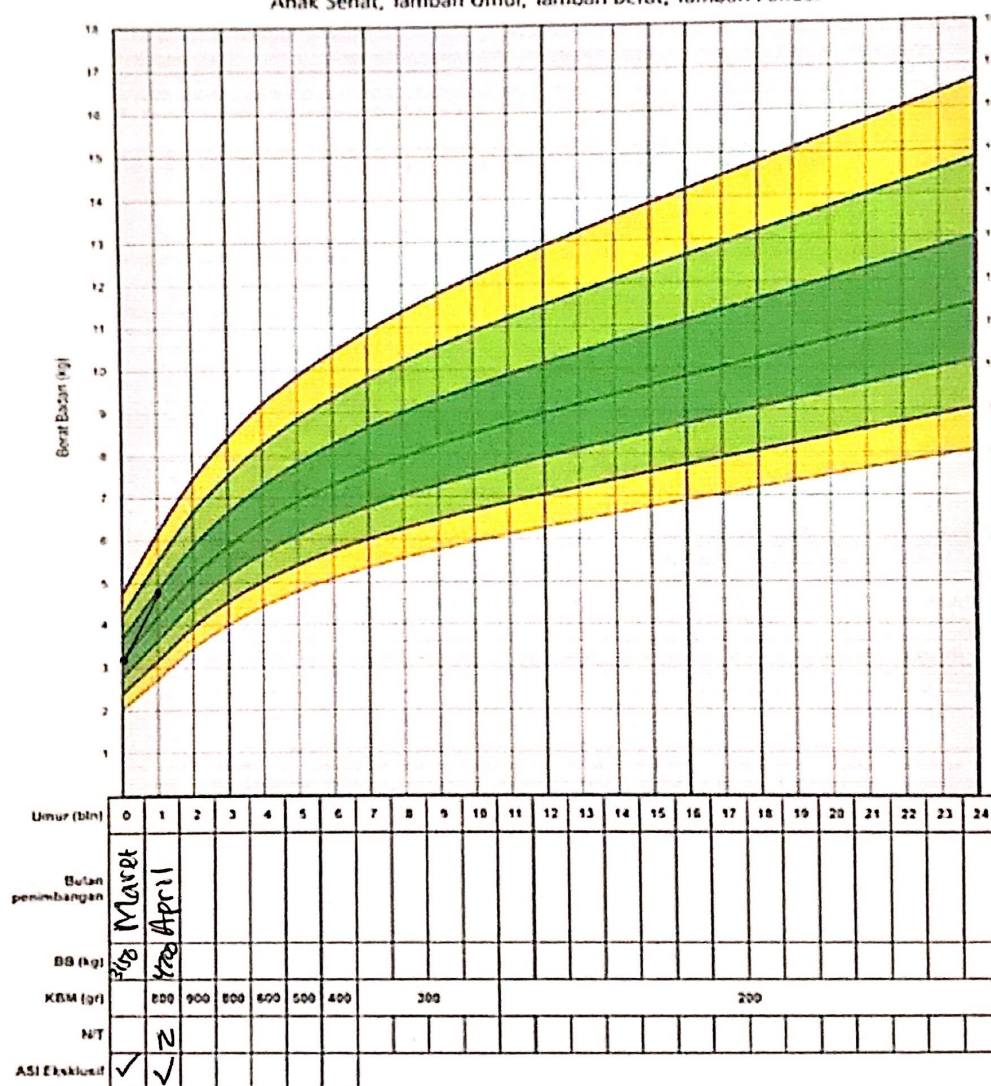

KMS
 KARTU MENJALAN SEHAT

Untuk Perempuan

Nama Anak

Nama Penyanda

 Arsyila
 Tulip

 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 (x)

 Grafik BB mendatar atau menurun
 mengikuti garis pertumbuhan dibawahnya
 atau
 Kenaikan BB kurang dari KBM

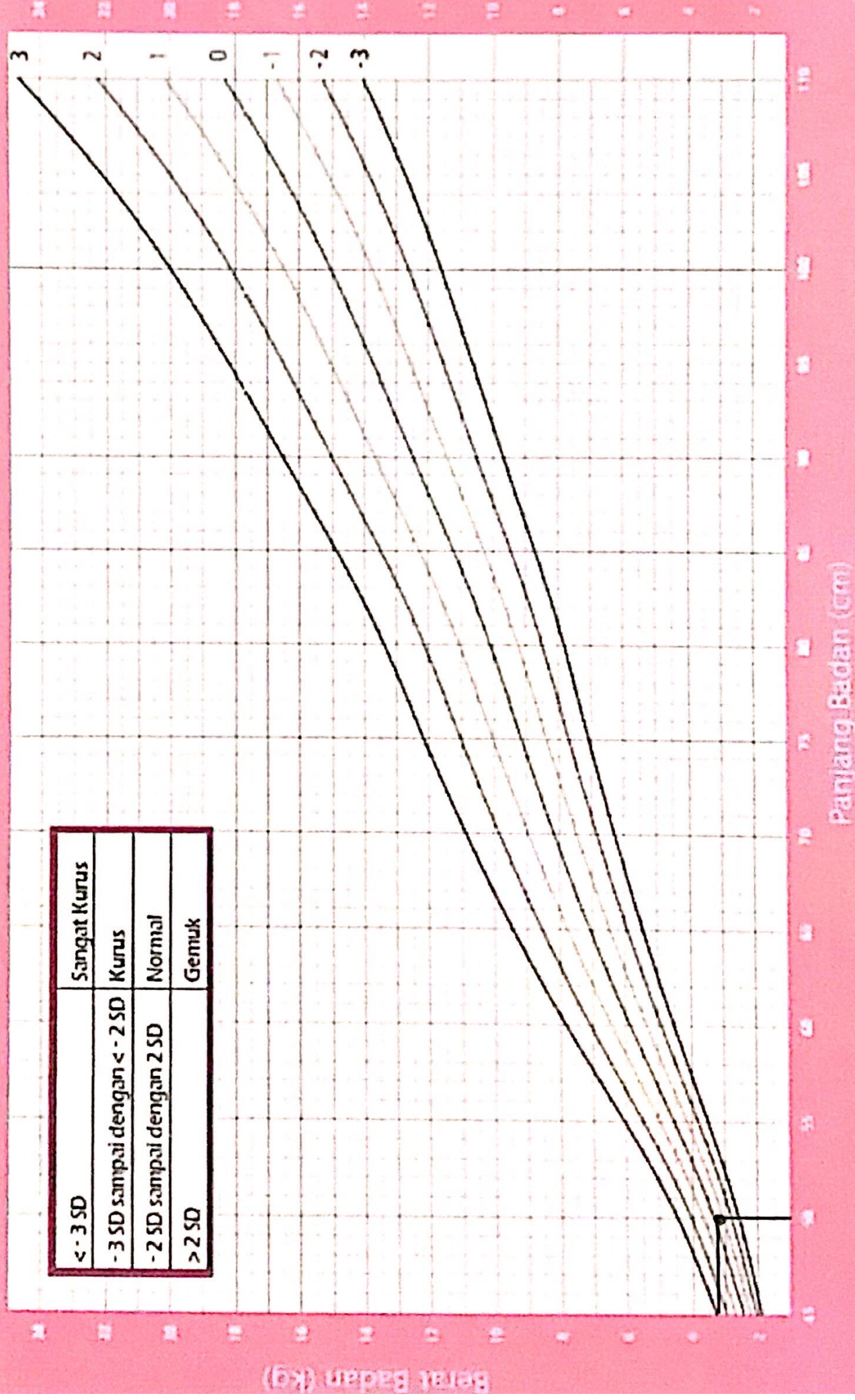
Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut-turut atau BGM

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

GRAFIK BERAT BADAN PEREMPUAN MENURUT PANJANG BADAN

Sejak Lahir - 2 Tahun (z-scores)

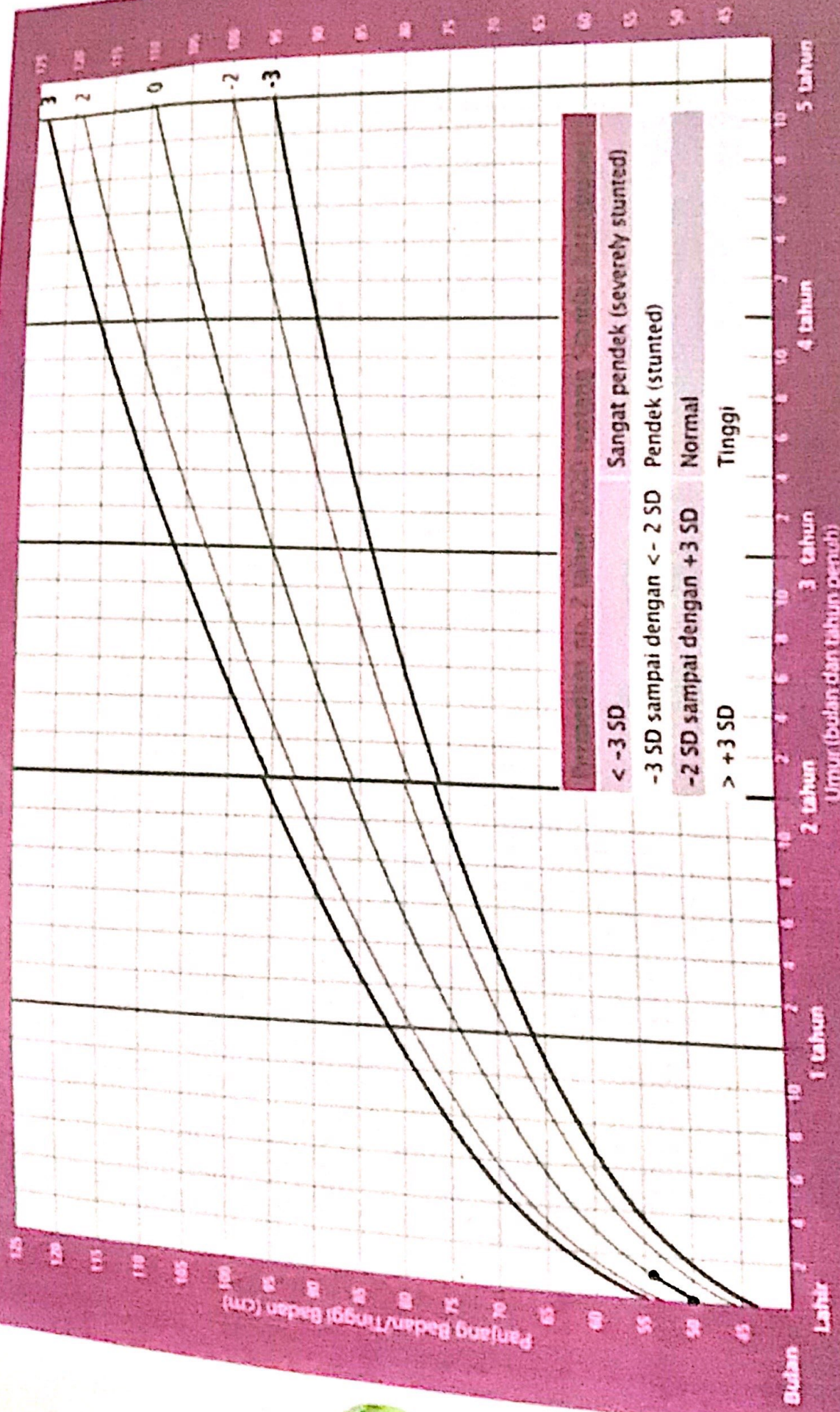
< - 3 SD	Sangat Kurus
- 3 SD sampai dengan < - 2 SD	Kurus
- 2 SD sampai dengan 2 SD	Normal
> 2 SD	Gemuk



Grafik Panjang Badan/Tinggi Badan Menurut Umur Anak Perempuan

0-5 tahun

DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

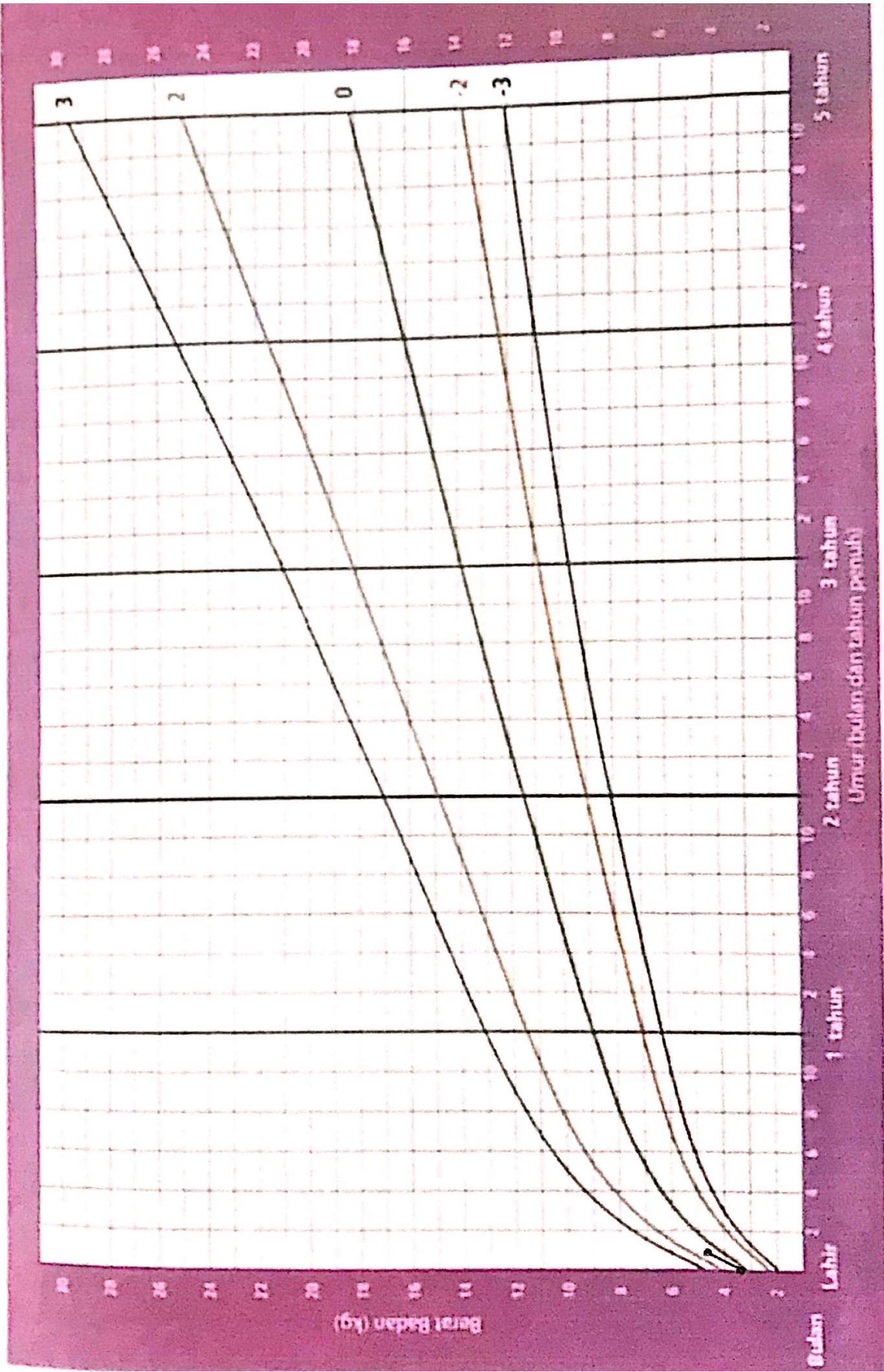


Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

Grafik Berat Badan Menurut Umur Anak Perempuan 0-5 tahun

0-5 tahun

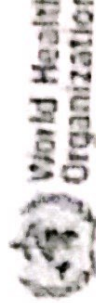


Tenaga Kesehatan memploting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK

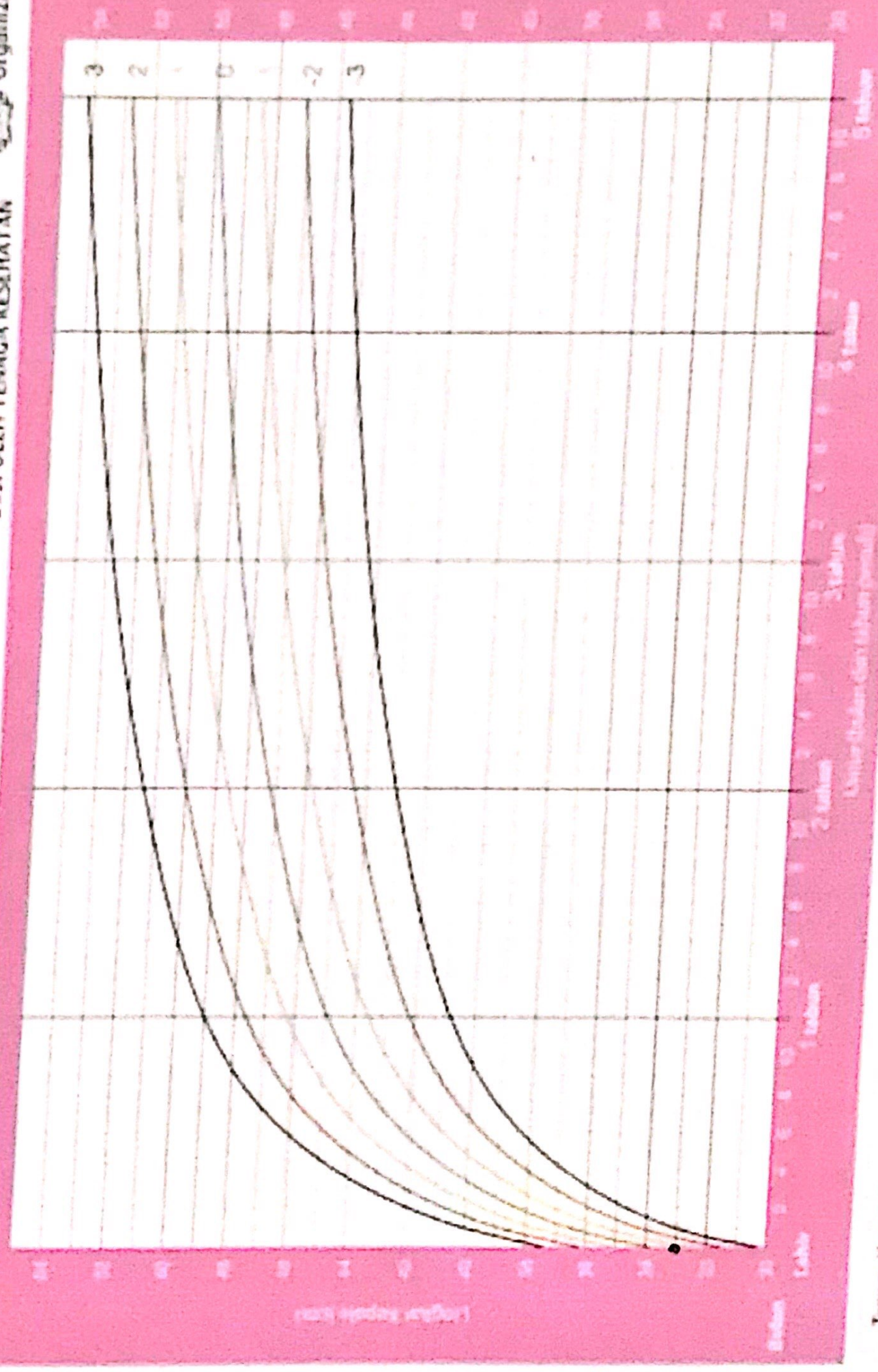
Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

Grafik Lingkaran Kepala Anak Perempuan 0-5 tahun

0-5 tahun



DISI OLEH TENAGA KESEHATAN



Tenaga Kesehatan menploting hasil pengukuran dan memetakannya sesuai dengan
Persentiles Standar Antropometri Anak dan Balita

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	24	
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas													
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	11-3-22													
BCG No Batch:		22-3-22												
Polio tetes 1 No Batch:		30-3-22												
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

Denver II

PEMERIKSA :

TANGGAL :

NAMA :

TANGGAL LAHIR :

NO. CM :

TAHUN

Diterjemahkan oleh :

Ny. Suprpti Djusri MAppSc

RSU DR Sanjito Yogyakarta

BULAN

2

4

6

9

12

15

18

24

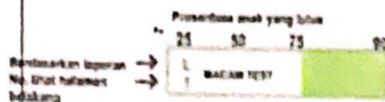
TAHUN

3

4

5

6



ADAPTIF - MOTORIK HALUS

BAHASA

MOTORIK KASAR

TES PERILAKU

(Perhatikan kotak utk. tes 1, 2 atau 3)

Khusus

Ya

Tidak

Patuh

Selalu patuh

Biasanya patuh

Kadang-kadang patuh

Tertarik sekoliling

Tanggap

Agar tidak tertarik

Sangat tidak tertarik

Ketakutan

Tidak

Agak

Sangat

Lama perhatian

Cukup

Agak terganggu

Sangat terganggu

	1	2	3
Ya			
Tidak			

	1	2	3
Selalu patuh			
Biasanya patuh			
Kadang-kadang patuh			

	1	2	3
Tertarik sekoliling			
Tanggap			
Agar tidak tertarik			
Sangat tidak tertarik			

	1	2	3
Ketakutan			
Tidak			
Agak			
Sangat			

	1	2	3
Lama perhatian			
Cukup			
Agak terganggu			
Sangat terganggu			

Lampiran 18

KARTU STATUS PESERTA KB

K/TV/KB/08	
I. Timbul Pelayanan KB 1. Nama 2. No. Kibla	II. Nomor Seri Kartu
KARTU STATUS PESERTA KB	
III. Nama Peserta KB V. 1. Nama Suami/Istri	II. Umur Peserta KB VI. Pendidikan Suami dan Istri 1. Buta Huruf 4. Tamat SMP 2. Baca Lain 5. Tamat SMA 3. Tamat SD 6. Tamat PT
VII. Alamat	VIII. Pekerjaan Suami dan Istri 1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Peternak Lepas 2. TNI/Polri 5. Melayan 8. Lain-lain 3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja
IX. Jumlah anak hidup 1. Laki-laki 2. Perempuan	X. Umur anak terakhir 1. Laki-laki 2. Perempuan
XI. Status peserta KB 1. Baru pertama kali 2. Setelah bersalin/anggurannya sebelumnya 3. Pernah pakai alat KB 4. Pernah tempat pelayanan, ganti cara 5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara	XII. Cara KB terakhir 1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom 5. Implan 6. Suntikan 7. Pil
XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB Petunjuk: Petunjuk keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia	
A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang 2. Tekanan Darah: _____ mmHg 3. Hamil/Duga hamil: 1) Ya 2) Tidak 4. Haid terakhir tanggal: _____ 5. Berat badan: _____ kg	
B. Keadaan Peserta KB saat ini: a. Sakit Kuning b. Perdarahan peraginayan yang tidak diketahui penyebabnya c. Tumor Payudara Rahim Indung telur Serviks d. Radang orkitis/epididimis e. IMS/HIV/AIDS 7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam: a. Posisi Rahim: 1. Retrofleks 2. Anteversi	
b. Tanda-tanda radang c. Tumor/Angguran ginekologi 8. Pemeriksaan tambahan (khusus untuk calon keOP dan MOW) a. Tanda-tanda diabetes b. Kelainan pembekuan darah	
9. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implan 6. Suntikan 7. Pil 2. Konsepsi dengan menggunakan ASPK	
XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan: 1. IUD 4. Kondom 7. Pil 2. MOW 5. Implan 8. Obat Vaginal 3. MOP 6. Suntikan	XV. Tanggal dilayani: _____
XVI. Tanggal dipasang kembali: _____	XVII. Tanggal lepas (khusus Implan & IUD): _____
XVIII. Pemeriksa: _____	

Keterangan:

*) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan

**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

Lampiran 19

KARTU PESERTA KB

KARTU PESERTA KB		ALAT/UBAT/CARA KONTRASEPSI		
		TGL/BULAN/TN MULAI DIPAKAI 		
NOMOR INDIK Kependudukan 		TGL/BULAN/TN DIBARUT/DILEPAS 		
NAMA PESERTA KB _____		KEBERSIHAN IMPLANT/USI 		
TANGGAL LAHIR/UMUR (STR) / TAHUN		TANGGAL KUNJUNGAN ULANG 		
ALAMAT _____		KETERANGAN _____		
PENGOLOMPOKAN ASURANSI ☐ BPJS Kesehatan ☐ Lainnya ☐ Tidak		PANGKAT _____		
NAMA FAKES KEBERANGAN/ BUKAN _____		PANGKAT _____		
KODE FAKES KEBERANGAN/ BUKAN 		PANGKAT _____		
PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN KB _____		PANGKAT _____		
N/P _____		PANGKAT _____		