

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN KEASLIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : ELSA NURFITRIANI
NIM : P27824220016
Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2020

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

**“Asuhan Kebidanan Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas,
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, Januari 2023
Yang Menyatakan



Elsa Nurfitriani
(P27824220016)

Lampiran 2

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : ELSA NURFITRIANI
NIM : P27824220016
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, Januari 2023
Yang menyatakan,



Elsa Nurfitriani
(P27824220016)

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN

(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Ririn Novitasari
Umur : 26 tahun
Pendidikan : D3 Kebidanan
Pekerjaan : IKT
Alamat : Mangung 9/2, 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 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, 6 Maret 2023

Yang Menyetujui

[Signature]
(Ririn Novitasari.....)

Lampiran 4**RIWAYAT HIDUP**

Nama : ELSA NURFITRIANI

Tempat, Tanggal Lahir : Ngawi, 31 Desember 2001

Agama : Islam

Alamat : Ds. Bringin Rt 06/Rw 01, Kecamatan
Bringin Kabupaten Ngawi

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 2 BRINGIN
2. SMPN 1 BRINGIN
3. MAN 1 NGAWI

Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANNYANYA 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/IT/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	✓	T2
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	✓	T3
	b. Kelas2	✓	T4
	c. Kelas3	✓	T5
C	SAAT CALON PENGANTIN		
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil1		
	b. Hamil2		
	c. Hamil3		
	d. Hamil4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009- 2010), ORI DIFTERI2001		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			T5

Lampiran 6

Kartu Skor
Poedji Rochjati

Poedji Rochjati							
I	II	III	IV				
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
				1	II	III.1	III.2
I	1	Skor Awal Ibu Hamil	2			2	
	2	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4				
		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			4	
II	9	Pernah melahirkan dengan	4				
		a. terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
	11	Penyakit pada ibu hamil Kurang Darah	4			4	
		b. Malaria,					
		TBC Paru	4				
		d. Payah Jantung	4				
			Kencing Manis (Diabetes)	4			
		Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkaidan 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				10	

KEHAMILAN				PERSALINAN DENGAN RISIKO				
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PEN LONG	RUJUKAN		
						RDB	RDR	RTW
2	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	DOKTE R			

Lampiran 7

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 ≥ 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)	-	
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 setiap kali kunjungan ANC		

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 8

Tabel Skrining Risiko Perdarahan Post Partum Saat Kehamilan dan Persalinan

Nama/Suami : Ny Ririn / Tn Sodik
 Umur : 26 tahun
 Alamat : Manjung 412, Pangkajene, Magetan
 Status Gravida : G2 P0010
 Tanggal skrining : 6-3-2023

	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		0	Hasil Akhir skrining		0

Waspadar Perdarahan

0

Tindak Lanjut

Lampiran 9

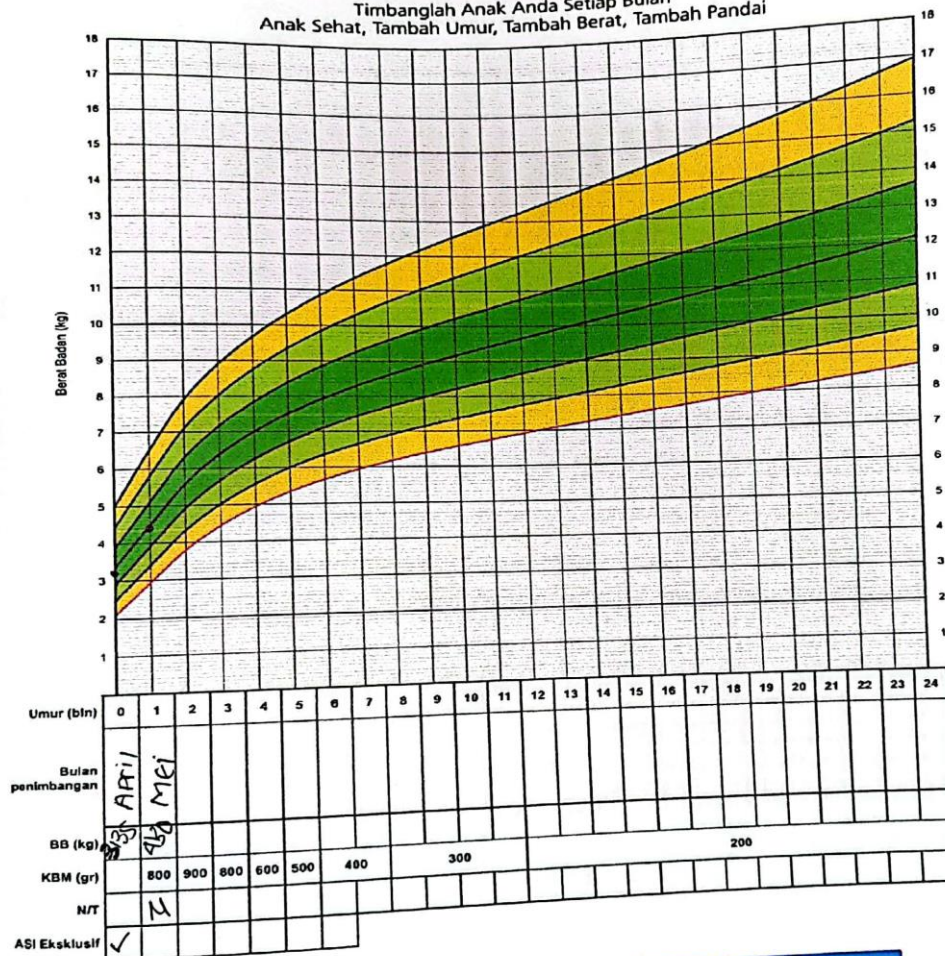
Kartu Menuju Sehat Laki-laki



KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki

Nama Anak : By. Kenzo
Nama Posyandu :

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



NAIK (N)

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

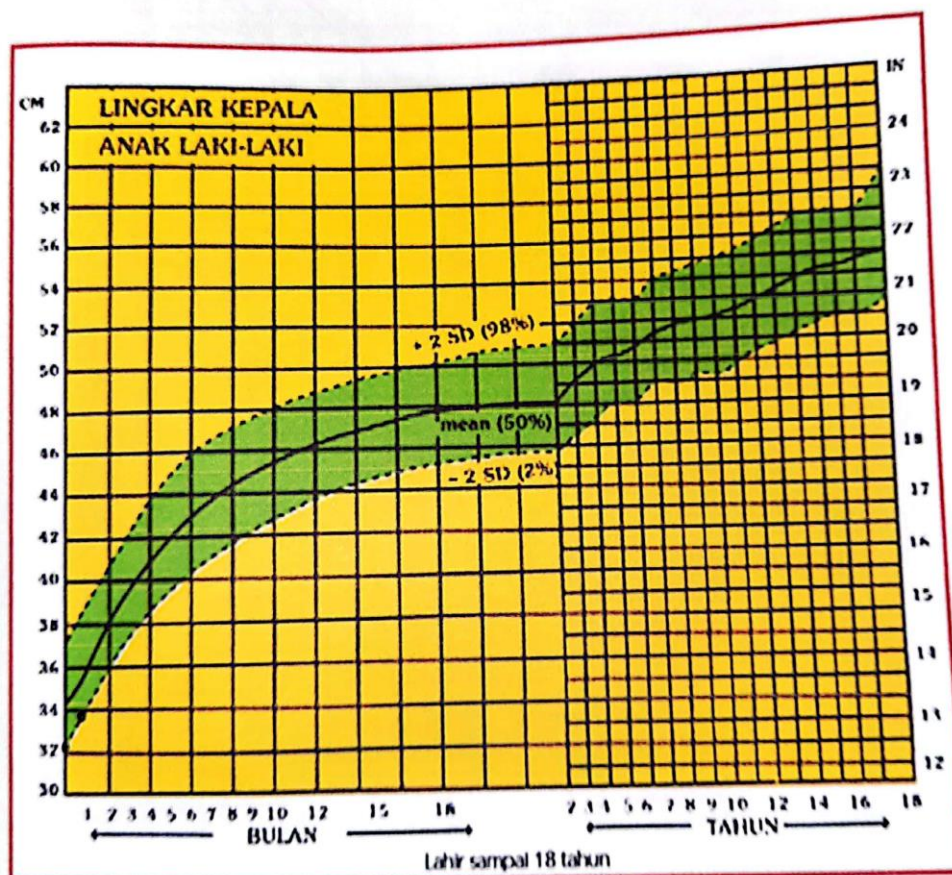
TIDAK NAIK (T)

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

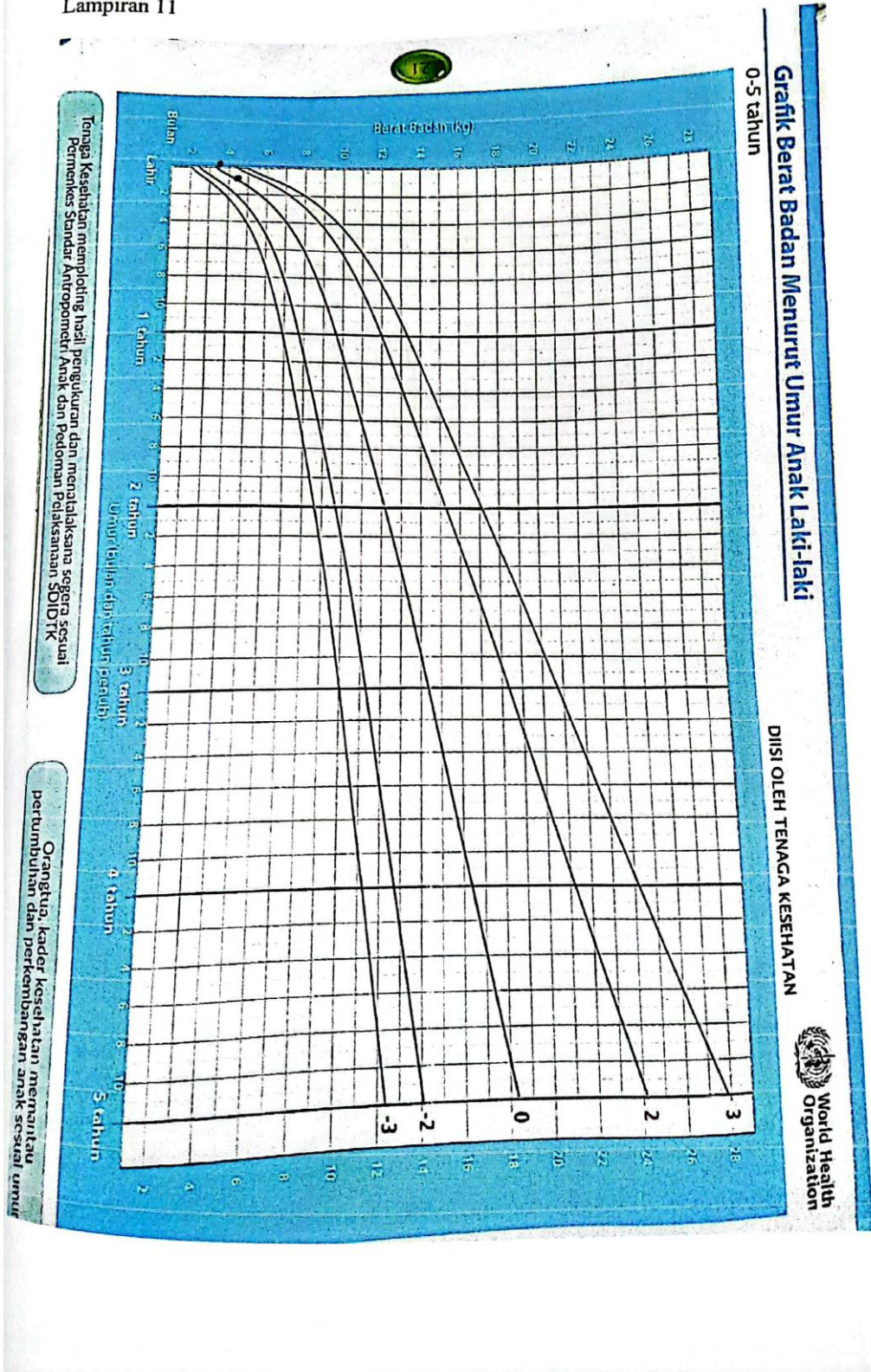
Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut-turut atau BGM
• Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

Lampiran 10

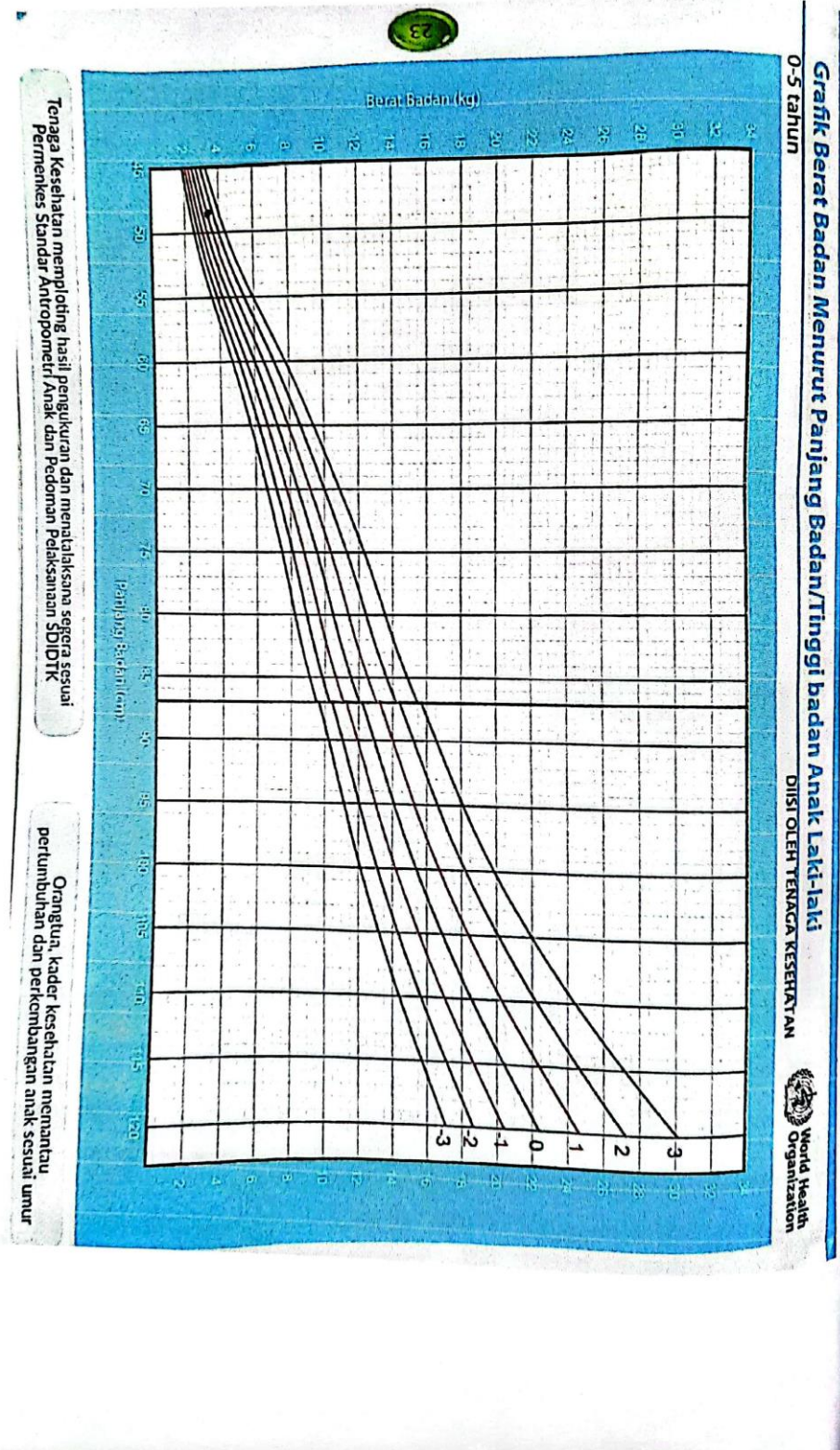
GRAFIK LINGKAR KEPALA LAKI-LAKI

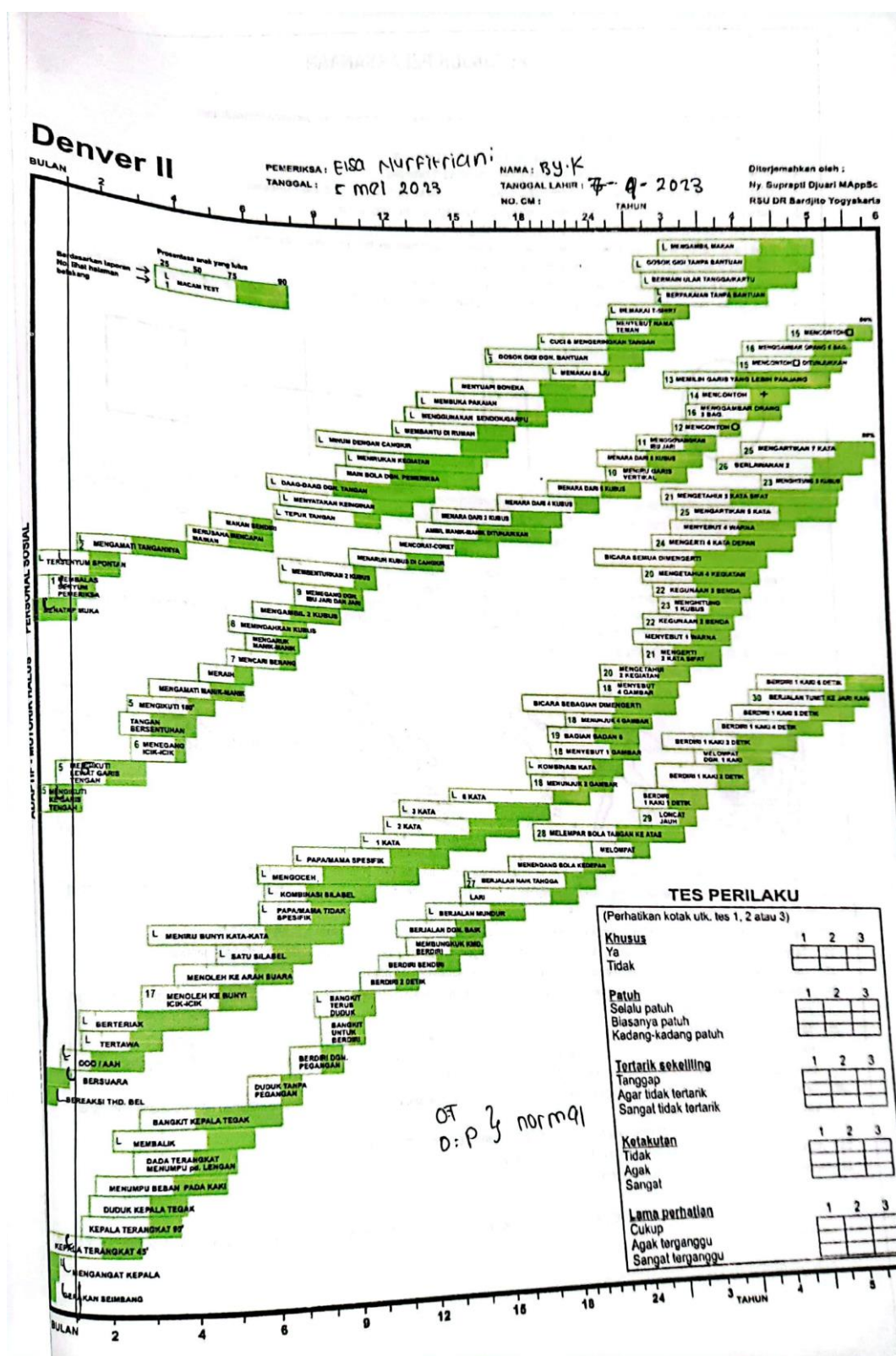


Lampiran 11



Lampiran 13





LAMPIRA 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:	7/3	7/3											
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

Lampiran 16

**LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KONTRASEPSI**

Nomor Kode Tindakan

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Name Faskes KB/RS/Praktik * : PSH SUMIBATI
Dokter/Praktik Bidan Mandiri

Nomor Kode Faskes KB :

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu :

(Sesuai dengan KIV/KB)

Kode Keluarga Indonesia (KKI) :

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Rini Novitasari

Umur : 26 Tahun, Jenis Kelamin : (Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan Kuntan RT 9 RW 2 Kel/Desa Manjung
Kecamatan Kabupaten/Kota Mogotan
Provinsi Jawa Timur Kode Pos

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETI SEPENUHNYA PERHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI tersebut :

☐ SUNTIKAN ☒ IUD ☐ IMPLAN ☐ MOW ☐ MOP *)

PERSETUJUAN SUAMISTERI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Sotat

Umur : 18 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan Peratan RT 9 RW 2 Kelurahan/Desa Manjung
Kecamatan Kabupaten/Kota Mogotan
Provinsi Jawa Timur Kode Pos

Selaku SUAMISTERI *) Klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut.

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

7 Mei 2013

Yang memberi pelayanan konseling
Dokter/Bidan/Perawat *)

M

(.....)

Klien

[Signature]

(.....)

Suami/Isteri Klien *)

[Signature]

(.....)

Keterangan : *) coret yang tidak perlu
*) beri tanda ☒

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB : _____

1. Nama : _____

2. No. Kode : _____

II. Nomor Seri Kartu:

--	--	--	--	--	--

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB : _____

IV. 1. Nama Suami/Istri : _____

V. Alamat : _____

VI. Umur Peserta KB :

--	--

VI. Pendidikan Suami dan Istri :

1. Buta Huruf 4. Tamat SMP

2. Baca Latin 5. Tamat SMA

3. Tamat SD 6. Tamat PT

VII. Pekerjaan Suami dan Istri :

1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas

2. TNI/Polri 5. Nelayan 8. Lain-lain _____

3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja

IX. Jumlah anak hidup:

--	--

--	--

X. Umur anak terkecil:

--	--

--	--

XI. Status peserta KB ☐

1. Baru pertama kali

2. Sesudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB

3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara

4. Pindah tempat pelayanan, cara sama

5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara

XII. Cara KB terakhir: ☐

1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom

5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB

Petunjuk: Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (V) pada kotak yang tersedia

A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang

2. Tekanan Darah: _____ mmHg

3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya 2) Tidak ☐

4. Haid terakhir tanggal:

--	--	--

5. Berat badan:

--	--

 kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini:

a. Sakit Kuning

--	--

b. Pendarahan per vagina yang tidak diketahui penyebabnya

--	--

c. Tumor

- Payudara

--	--

- Rahim

--	--

- Indung Telur

--	--

- Tertis

--	--

- Radang orchitis/epididimis

--	--

d. IMS/HIV/AIDS

--	--

7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:

a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Ante fleksi ☐

b. Tanda-tanda radang

--	--

c. Tumor/keganasan ginekologi

--	--

8. Pemeriksaan Tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)

a. Tanda-tanda diabetes

--	--

b. Kelainan pembekuan darah

--	--

B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

2. Konseling dengan menggunakan ABPK

--	--

XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan: ☐

1. IUD 4. Kondom 7. Pil

2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal

3. MOP 6. Suntikan

XV. Tanggal dilayani:

--	--	--	--

XVI. Tanggal dipesan kembali:

--	--	--	--

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD):

--	--	--	--

XVIII. Pemeriksa: _____

Keterangan:

*) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan

**) Dihilis gratis untuk pelayanan tidak bayar

Lampiran 17

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB : **RSIA SAMUDRA**

1. Nama : **RSIA SAMUDRA**

2. No Kode : **RSIA SAMUDRA**

II. Nomor Seri Kartu : **RSIA SAMUDRA**

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB : **INDAH**

IV. 1. Nama Suami/Istri : **INDAH**

III. Umur Peserta KB : **26**

VI. Pendidikan Suami dan Istri :

1. Buta Huruf 4. Tamat SMP

2. Baca Latin 5. Tamat SMA

3. Tamat SD 6. Tamat PT

VII. Alamat : **Manjung 9/2**

VIII. Pekerjaan Suami dan Istri :

1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas

2. TNI/Polri 5. Nelayan 8. Lain-lain

3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja

IX. Jumlah anak hidup: **1**

X. Umur anak terkecil : **1**

XI. Status peserta KB :

1. Baru pertama kali

2. Sudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB

3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara

4. Pindah tempat pelayanan, cara sama

5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara

XII. Cara KB terakhir: **1**

1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom

5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB

Returjuk: Penilaian 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: **110/70** mmHg

3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya 2) Tidak

4. Haid terakhir tanggal: **30 07 11**

5. Berat badan: **55** kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini:

a. Sakit Kuning **Ya** ☒ **Tidak** ☒

b. Pendarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya **Ya** ☒ **Tidak** ☒

c. Tumor

- Payudara ☒ ☒

- Rahim ☒ ☒

- Indung Telur ☒ ☒

- Testis ☒ ☒

- Radang orchitis/epididimis ☒ ☒

d. IMS/IV/AIDS ☒ ☒

7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:

a. Posisi Rahim: 1. Retroflesi 2. Anteversi ☒

b. Tanda-tanda radang **Ya** ☒ **Tidak** ☒

c. Tumor/keganasan ginekologi **Ya** ☒ **Tidak** ☒

d. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)

a. Tanda-tanda diabetes **Ya** ☒ **Tidak** ☒

b. Kelainan pembekuan darah **Ya** ☒ **Tidak** ☒

B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

2. Konsepsi dengan menggunakan ABPK **0 1 1**

XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan: ☒

1. IUD 4. Kondom 7. Pil

2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal

3. MOP 6. Suntikan

XV. Tanggal dilayank** : **30 07 11**

XVI. Tanggal dipesan kembali: **30 07 11**

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD): **30 07 11**

XVIII. Pemeriksaan: **30 07 11**

Keterangan:

*) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan

**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

Lampiran 18

KARTU PESERTA KB		ALAT/DAFTAR CARA KONTRASEPSI	
		KB 140	
NO. INDIK Kependudukan		TGL/BLN/THN MULAI DIFAKSI	
NAMA PESERTA KB		07 04 23	
TANGGAL SAH/UMUR (THN)		TGL/BLN/THN DICALUT/OLEPAS (KHUSUS IMPLAN/UTUS)	
ALAMAT		B - 04 - 23	
PENGOLOMOKAN ALIRAN		KETERANGAN	
☒ BERS KONTAK		PAKAR	
NAMA PASIEN KB/ARANGAN/		B - 04 - 23	
UJARAN		B - 04 - 23	
KODE PASIEN KB/ARANGAN/		B - 04 - 23	
UJARAN		B - 04 - 23	
PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN KB		B - 04 - 23	
KEP		B - 04 - 23	