LAMPIRAN

Lampiran 1

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : GALUH WARDANI

NIM : P27824220019

Status : Mahasiswa Prodi DIII 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 untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas kesediannya saya mengucapkan terimakasih.

Magetan, 13 Januari 2023

Pemohon

GALUH WARDANI
P27824220019

Lampiran 2

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Desi EKA

Umur : 26 tahun

Pendidikan : SMP

Pekerjaan : IRT

Alamat : JA. MORANG, NGARIBOYO, 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, 13 Januari 2023

Yang Menyatakan

(Desi eka)

Lampiran 3

SURAT PERNYATAAN

Yang bertandatangan dibawah ini, saya:

Nama : GALUH WARDANI

NIM : P27824220019

Program Studi : DIII Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2020/2021

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

"Asuhan Kebidanan Pada Ny."D" Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan, Nifas, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di PMB Ny."S""

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, 22 Mei 2023

Penulis

GALUH WARDANI

P27824220020

Lampiran 4

RIWAYAT HIDUP

Nama : Galuh Wardani

Tempat, Tanggal Lahir : Magetan, 30 April 2001

Agama : Islam

Alamat : Jalan letjen sutoyo RT/RW 02/03, Magetan

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Sukowinangun 4
2. SMPN 4 Magetan
3. SMAN 2 Magetan

Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANHANYA 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	Pernah	T2
B	RIWAYAT BIAS		
	1 Untuk WUS yang lair 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

Lampiran 6

Kartu Skor
Poedji Rochjati

Nama :...Ny.D Umur Ibu :26 Th.

Hamil ke 2. Haid terakhir tgl: Lupa Perkiraan lahir:...30-03-2023

Pendidikan ibu :...SMP Suami :...SMP

Pekerjaan ibu :...IRT Suami :...Swasta

I	II	III	IV				
KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan			
				I	II	III.1	III.2
		Skor Awal Ibu Hamil	2		2	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 tindakan/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4				
		c. diberi infus/transfuse	4				
	10	Pernah operasi sesar	8				
II	11	Penyakit pada ibu hamil a.Kurang Darah b.Malaria,	4		4	4	4
		c.TBC Paru d. Payah Jantung	4				
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4				
		f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekanandarah tinggi.	4				
	13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Letak sungsang	8		8	8	
	18	Letak Lintang	8				
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8				
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8				
		JUMLAH SKOR			14	14	6

Lampiran 7

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/m2)	-	
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		-
Kehamilan multiple		-
Diabetes dalam kehamilan		-
Hipertensi kronik		-
Penyakit ginjal		-
Penyakit autoimun, SLE		-
Anti phospholipid syndrome*		-
Pemeriksaan Fisik	-	
Mean Arterial Presure > 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)

Lampiran 8

TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POSTPARTUM SAAT

KEHAMILAN DAN PERSALINAN

Nama/Suami : Ny. D

Umur : 26 tahun

Alamat : Njlamprang x/1, Ngariboyo

Status Gravida : G2 P10001

Umur Kehamilan : 40 - 41 minggu

Tanggal Skrining : 06 - 04 - 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/forcep	-	✓
8	APB	-	✓	Episiotomy	-	✓
9	Riwayat HPP	-	✓	Koriomnitis	-	✓
10	Riwayat SC	-	✓	Riwayat SC	✓	-
	Hasil Akhir Skrining	1	9		1	9

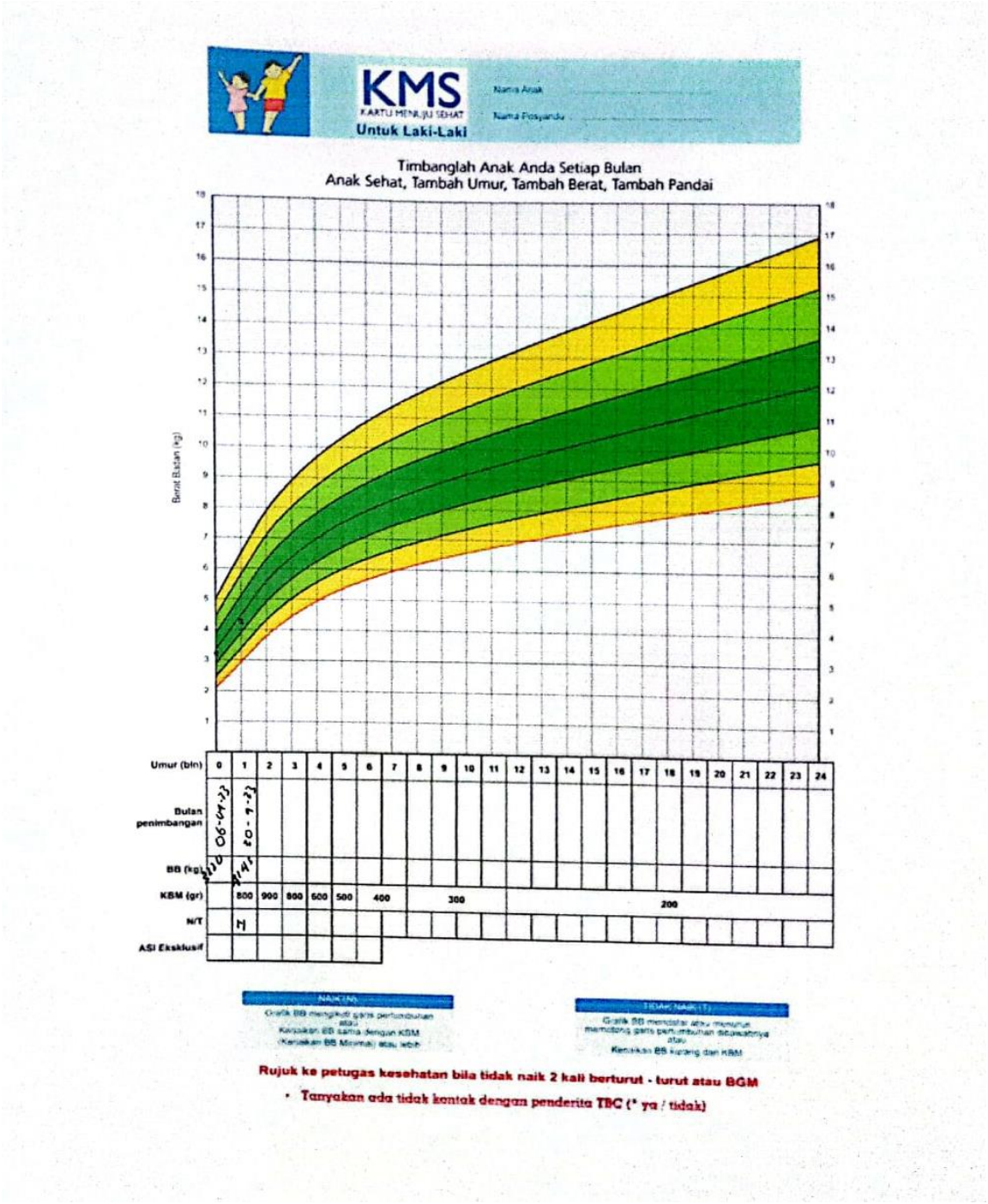
Waspada Perdarahan: Ya

Tindak Lanjut: Rujuk

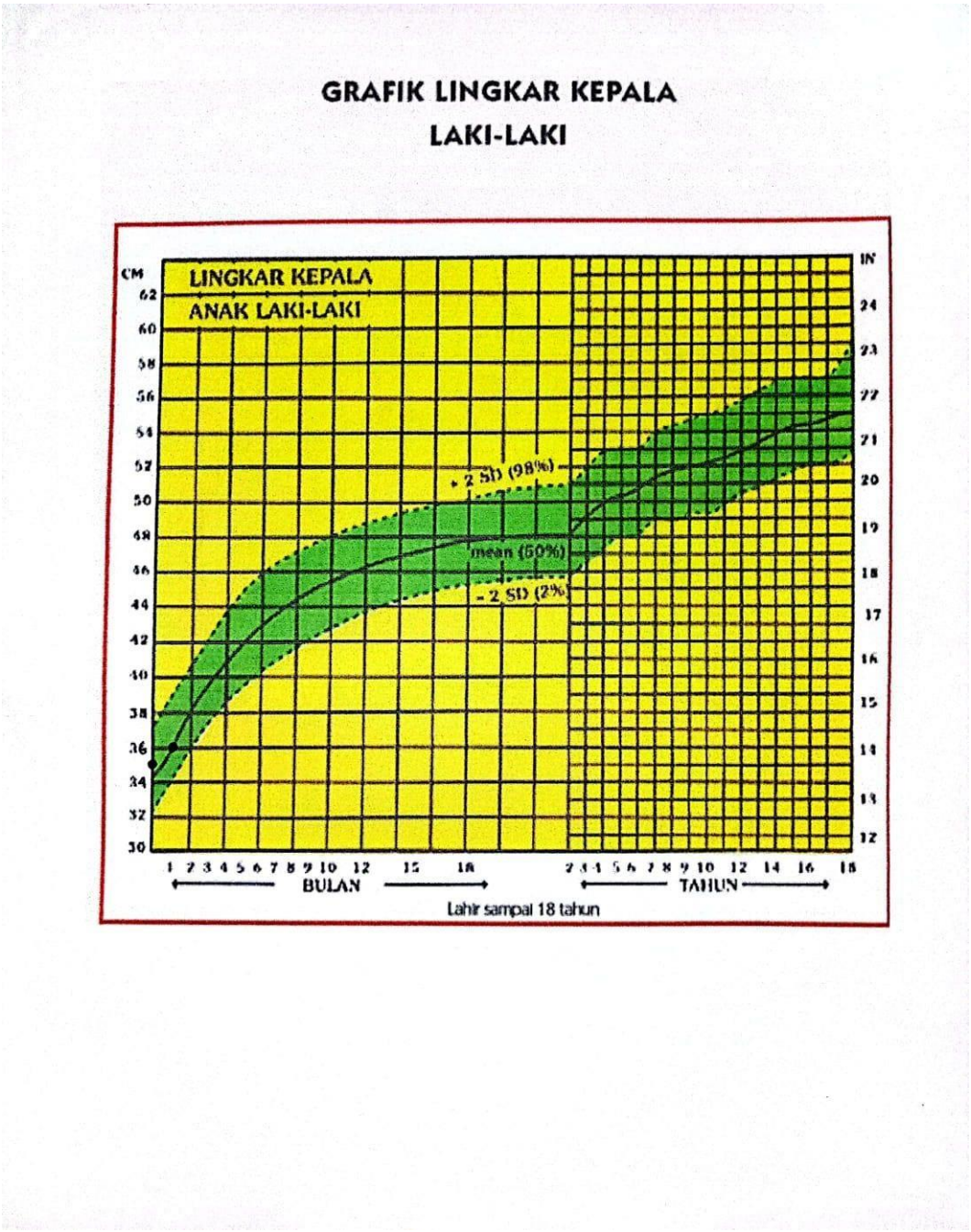
Ket:

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

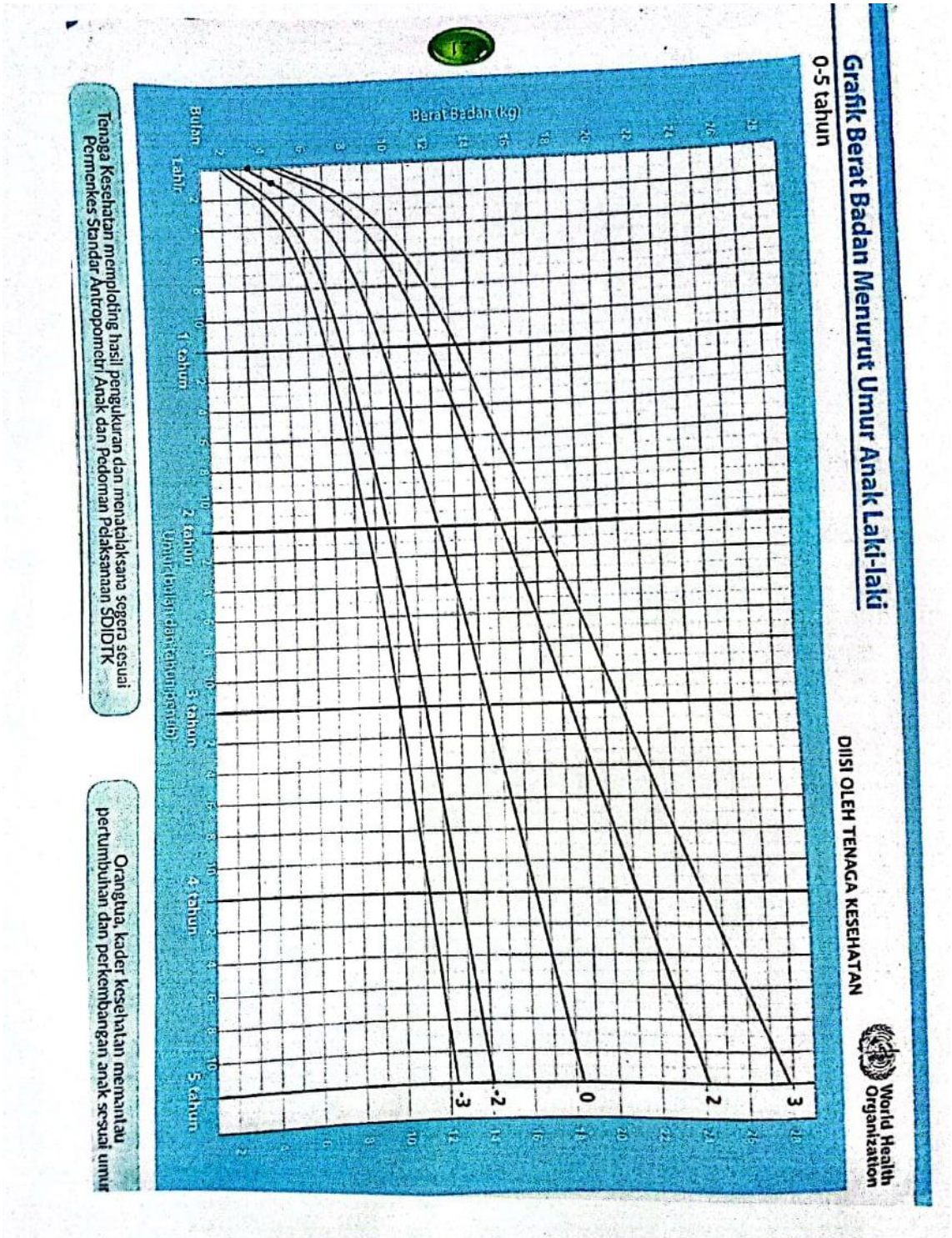
Lampiran 9


KMS
KARTU MENUJU SEHAT
Untuk Laki-Laki
Nama Anak
Nama Posyandu
Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai
Berat Badan (kg)
Umur (bln)
Bulan penimbangan
BB (kg)
KBM (gr)
N/T
ASI Eksklusif
NAIK (N)
TIDAK NAIK (T)
Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM
Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

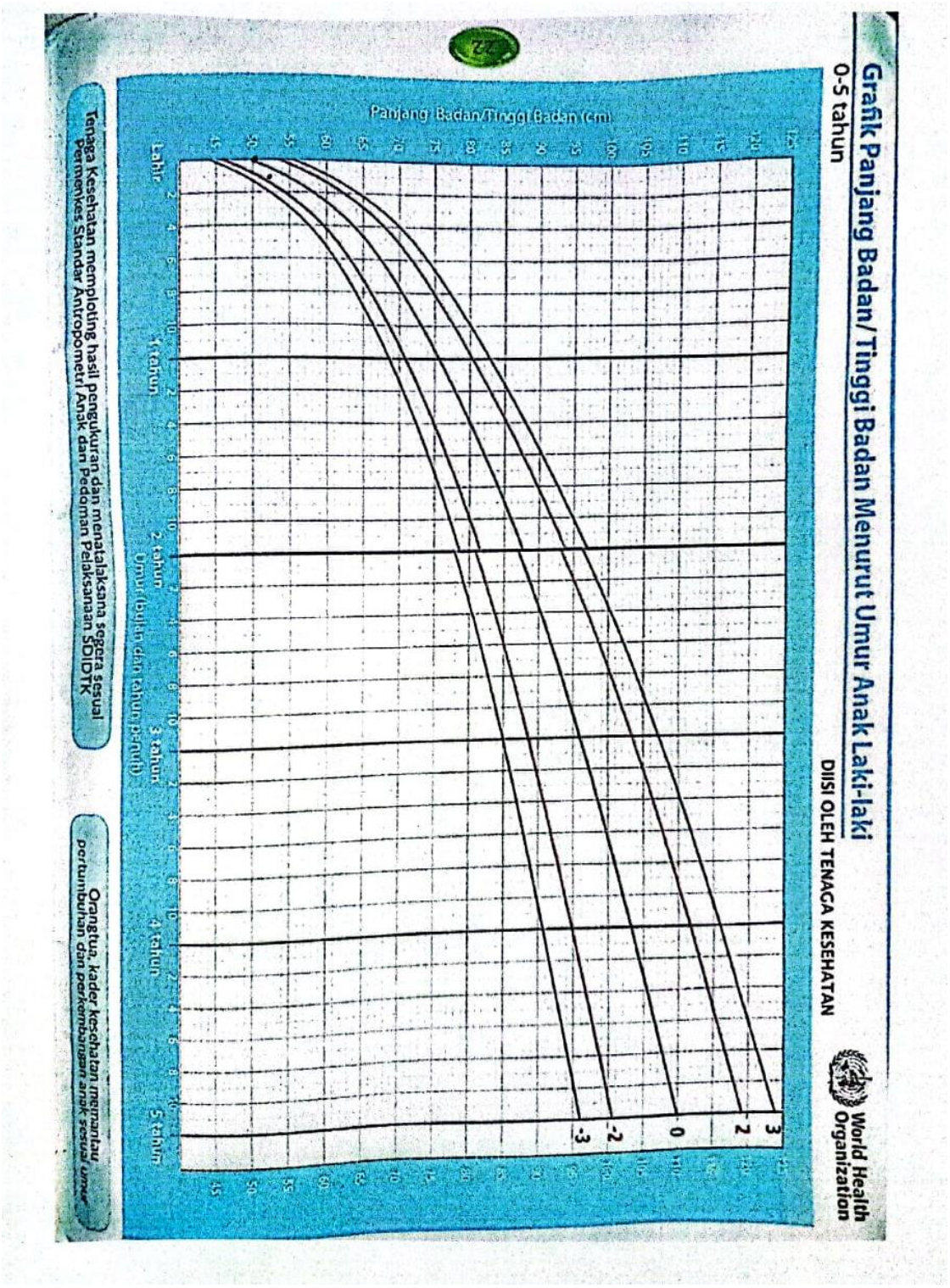
Lampiran 10


GRAFIK LINGKAR KEPALA
LAKI-LAKI
LINGKAR KEPALA
ANAK LAKI-LAKI
CM
IN
+ 2 SD (98%)
mean (50%)
- 2 SD (2%)
BULAN
TAHUN
Lahir sampai 18 tahun

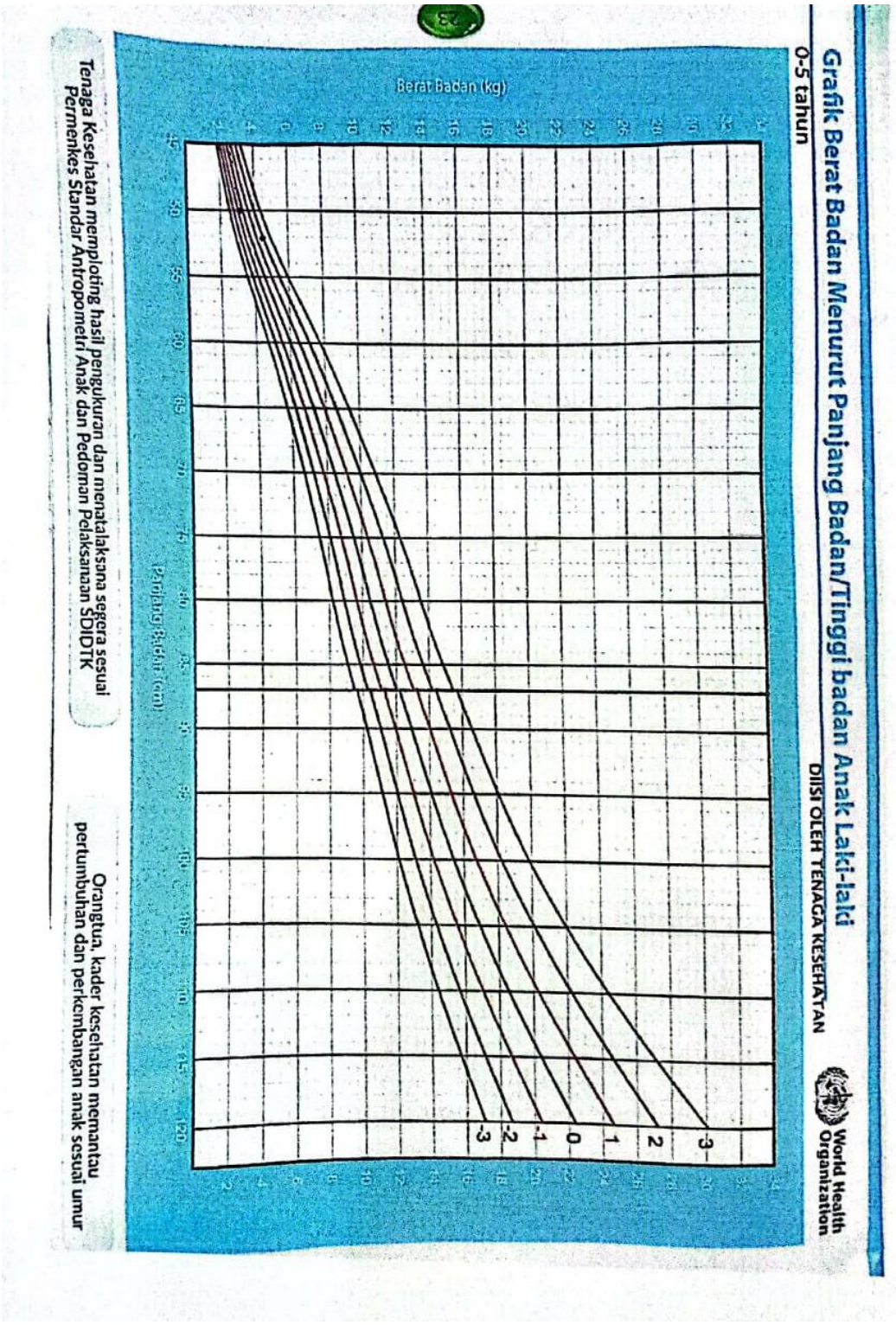
Lampiran 11


Grafik Berat Badan Menurut Umur Anak Laki-laki
0-5 tahun
DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN
World Health Organization
Berat Badan (kg)
Bulan
Lahir
1 tahun
2 tahun
3 tahun
4 tahun
5 tahun
Umur (bulan dan tahun penuh)
3
2
0
-2
-3
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

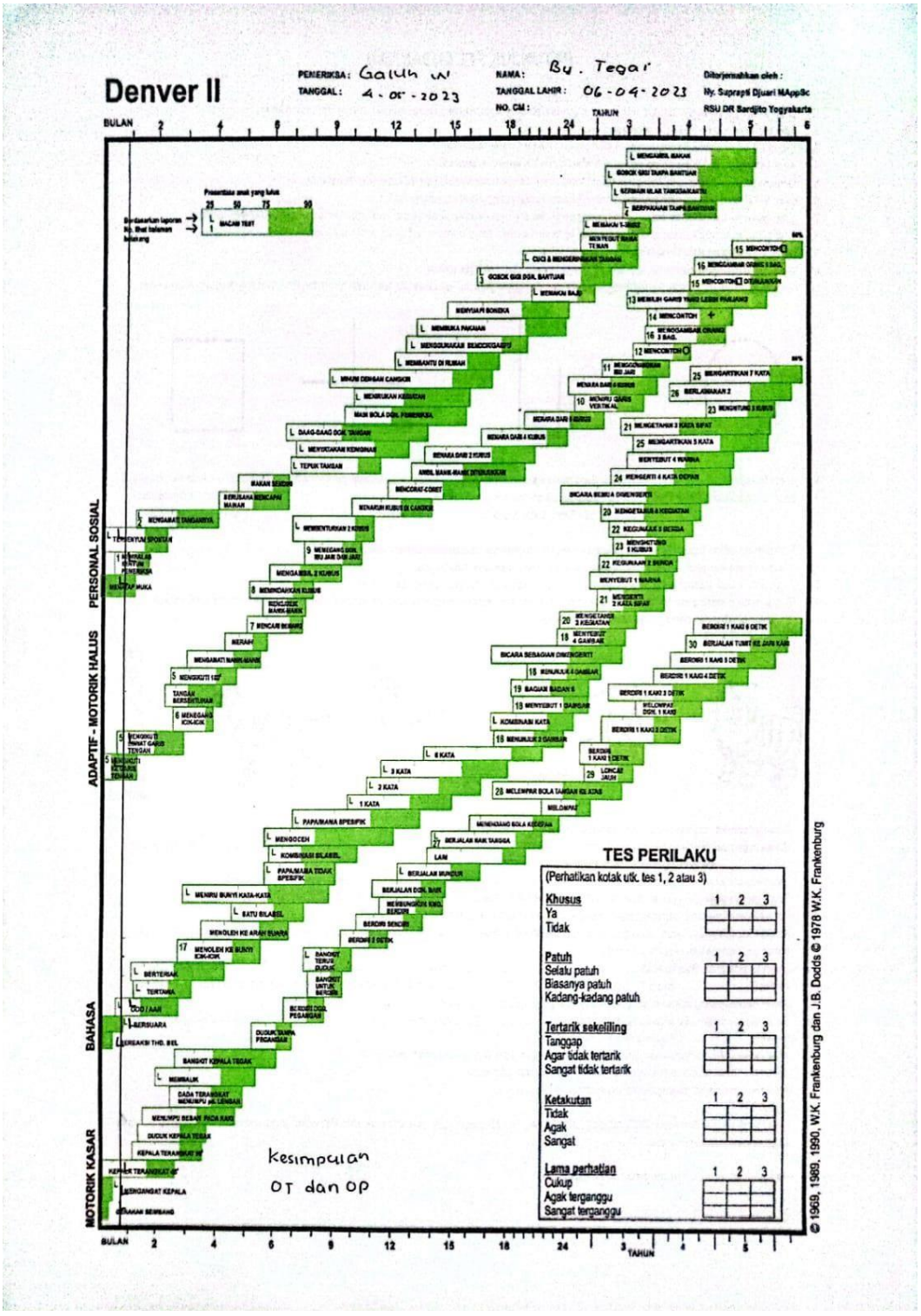
Lampiran 12


Grafik Panjang Badan/Tinggi Badan Menurut Umur Anak Laki-laki
0-5 tahun
DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN
World Health Organization
Panjang Badan/Tinggi Badan (cm)
Lahir
1 tahun
2 tahun
3 tahun
4 tahun
5 tahun
Umur (bulan dan tahun penuh)
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

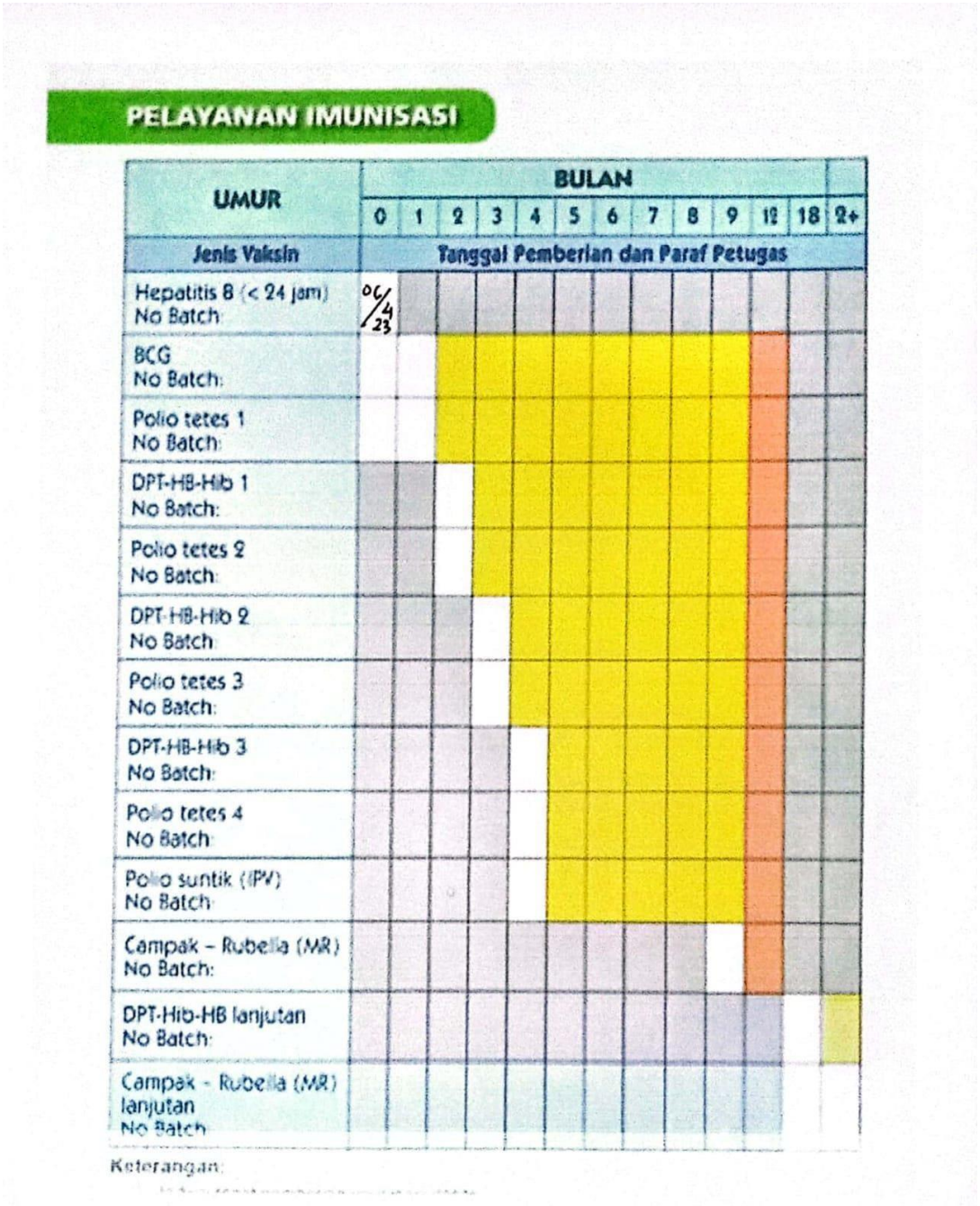
Lampiran 13


Grafik Berat Badan Menurut Panjang Badan/Tinggi badan Anak Laki-laki
0-5 tahun
DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN
World Health Organization
Berat Badan (kg)
Panjang Badan (cm)
-3
-2
-1
0
1
2
Tenaga Kesehatan memplotting hasil pengukuran dan menatalaksana segera sesuai Permenkes Standar Antropometri Anak dan Pedoman Pelaksanaan SDIDTK
Orangtua, kader kesehatan memantau pertumbuhan dan perkembangan anak sesuai umur

Lampiran 14


Denver II
PENERIKSA : Galuh W
TANGGAL : 4-05-2023
NAMA : By. Tegar
TANGGAL LAHIR : 06-04-2023
NO. CM :
Ditorjemahkan oleh :
Hy. Suprapti Djuari MAppSc
RSU DR Sardjito Yogyakarta
BULAN
TAHUN
PERSONAL SOSIAL
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 sekeliling
Tanggap
Agar tidak tertarik
Sangat tidak tertarik
Ketakutan
Tidak
Agak
Sangat
Lama perhatian
Cukup
Agak terganggu
Sangat terganggu
Kesimpulan
OT dan OP
© 1969, 1989, 1990, W.K. Frankenburg dan J.B. Dodds © 1978 W.K. Frankenburg

Lampiran 15



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:	06/4/23												
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:

Lampiran 16

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KONTRASEPSI

Nomor Kode Tindakan ☐☐

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Faskes KB/RS/Praktik *) : .....
Dokter/Praktik Bidan Mandiri

Nomor Kode Faskes KB : ☐☐ ☐☐ ☐☐☐

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu : ☐☐☐☐ ☐☐
(Sesuai dengan K/IV/KB)

Kode Keluarga Indonesia (KKI) : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : .....

U m u r : ..... Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan ..... RT ..... RW ..... Kel/Desa .....
Kecamatan ..... Kabupaten/Kota .....
Provinsi ..... Kode Pos .....

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

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

PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

N a m a : .....

U m u r : ..... Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan *)

Alamat lengkap : Jalan ..... RT ..... RW ..... Kelurahan/Desa .....
Kecamatan ..... Kabupaten/Kota .....
Provinsi ..... Kode Pos .....

Selaku SUAMI/ISTERI *) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut.

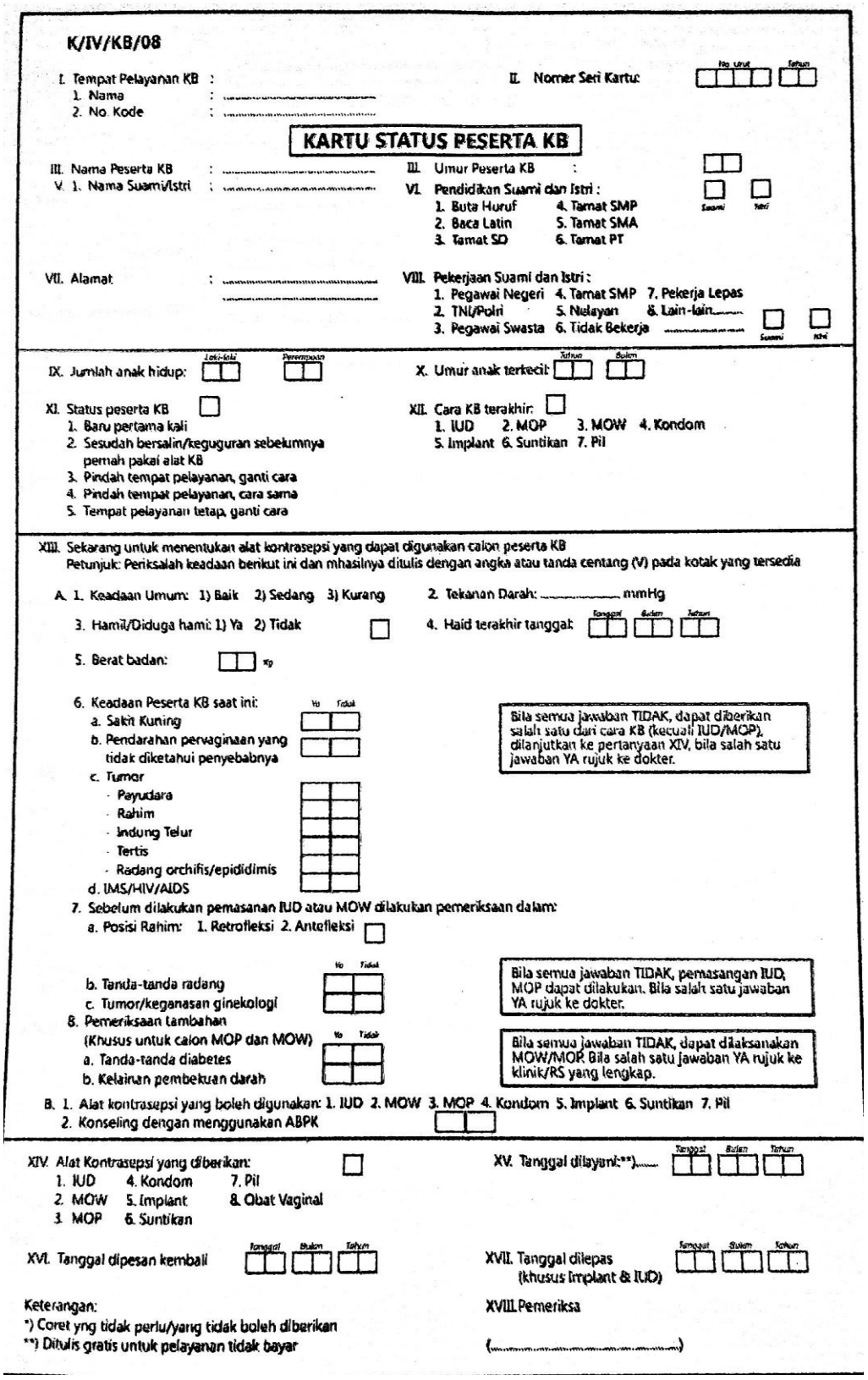
Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

....., ...

Yang memberi pelayanan konseling Dokter/Bidan/Perawat *)	Klien	Suami/Isteri Klien *)
(.....)	(.....)	(.....)

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

Lampiran 17



K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB :
1. Nama :
2. No. Kode :

II. Nomer Seri Kartu: No. Urut / Tahun

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB :
V. 1. Nama Suami/Istri :

III. Umur Peserta KB :

VI. Pendidikan Suami dan Istri : (Suami / Istri)
1. Buta Huruf 4. Tamat SMP
2. Baca Latin 5. Tamat SMA
3. Tamat SD 6. Tamat PT

VII. Alamat :

VIII. Pekerjaan Suami dan Istri : (Suami / 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: Laki-laki / Perempuan

X. Umur anak terkecil: Tahun / Bulan

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 mhasilnya 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: Tanggal / Bulan / Tahun
5. Berat badan: ... kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini: (Ya / Tidak)
a. Sakit Kuning
b. Pendarahan pervaginaan yang tidak diketahui penyebabnya
c. Tumor
- Payudara
- Rahim
- Indung Telur
- Tertis
- Radang orchifis/epididimis
d. IMS/HIV/AIDS

Bila semua jawaban TIDAK, dapat diberikan salah satu dari cara KB (kecuali IUD/MOP), dilanjutkan ke pertanyaan XIV, bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.

7. Sebelum dilakukan pemasanan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:
a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Antefleksi
b. Tanda-tanda radang
c. Tumor/keganasan ginekologi

Bila semua jawaban TIDAK, pemasangan IUD, MOP dapat dilakukan. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke dokter.

8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)
a. Tanda-tanda diabetes
b. Kelainan pembekuan darah

Bila semua jawaban TIDAK, dapat dilaksanakan MOW/MOP. Bila salah satu jawaban YA rujuk ke klinik/RS yang lengkap.

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:**) Tanggal / Bulan / Tahun

XVI. Tanggal dipesan kembali Tanggal / Bulan / Tahun

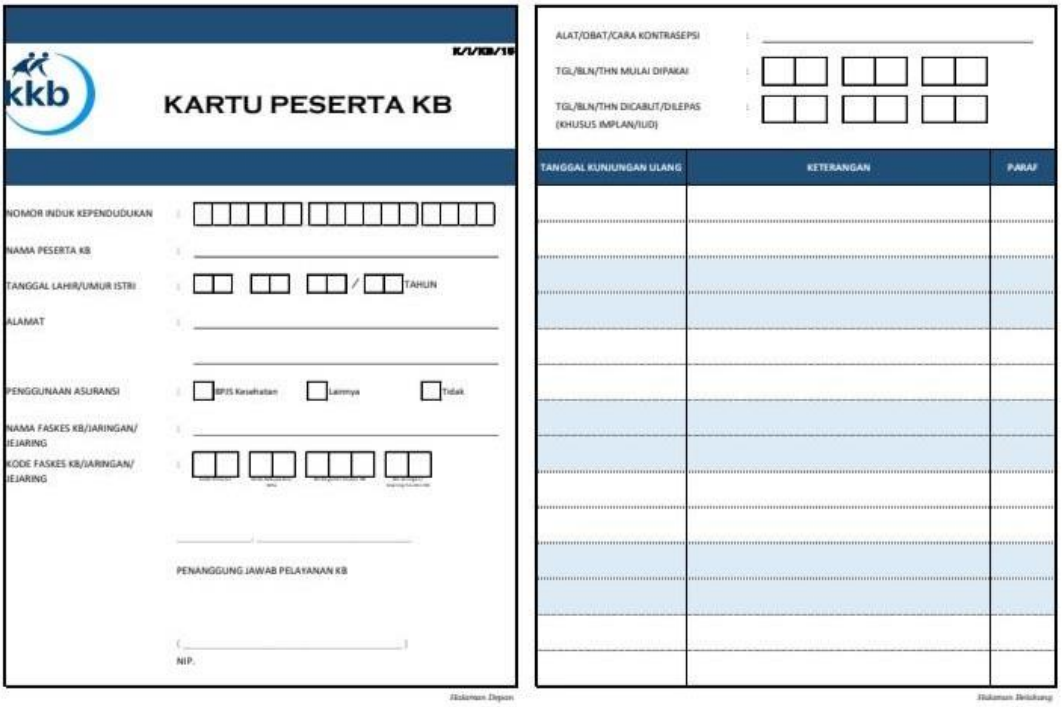
XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD) Tanggal / Bulan / Tahun

Keterangan:
*) Coret yng tidak perlu/yang tidak boleh diberikan
**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

XVIII. Pemeriksa

(.....)

Lampiran 18



KARTU PESERTA KB

NOMOR INDUK KEPENDUDUKAN :

NAMA PESERTA KB :

TANGGAL LAHIR/UMUR ISTRI : / TAHUN

ALAMAT :

PENGGUNAAN ASURANSI : BPJS Kesehatan Lainnya Tidak

NAMA FASKES KB/JARINGAN/ JEJARING :

KODE FASKES KB/JARINGAN/ JEJARING :

PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN KB

( )

NIP.

ALAT/OBAT/CARA KONTRASEPSI :

TGL/BLN/THN MULAI DIPAKAI :

TGL/BLN/THN DICABUT/DILEPAS (KHUSUS IMPLAN/IUD) :

TANGGAL KUNJUNGAN ULANG	KETERANGAN	PARAF