

Lampiran 1**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Oktaviani Ira Merliana
NIM : P27824220034
Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan
Angkatan : 2020

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan

Tugas Akhir saya yang berjudul :

**“Asuhan Kebidanan Pada Ny “D” G₁P00000 Usia Kehamilan 37-38
Minggu Masa Kehamilan Trimester III, Nifas, Neonatus dan Keluarga
Berencana Di TPMB Ny “S” Jabung, Panekan, 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, 12 Mei 2023
Yang Menyatakan



Oktaviani Ira Merliana
(P27824220034)

Lampiran 2**LEMBAR PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Oktaviani Ira Merliana
NIM : P27824220034
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, Mei 2023
Yang menyatakan,



Oktaviani Ira Merliana
(P27824220034)

Lampiran 3

LEMBAR PERSETUJUAN**(INFORMED CONSENT)**

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Dewi Etikasari
 Umur : 22 tahun
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Dm. Gondang Rt 03/Rw 03
Jabung, Parekan, 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, 06 Februari 2023

Yang Menyetujui



(Dewi Etikasari)

Lampiran 4**RIWAYAT HIDUP**

Nama : Oktaviani Ira Merliana
Tempat, Tanggal Lahir : Ponorogo, 17 Oktober 2022
Agama : Islam
Alamat : Dsn. Jambangan RT 001/RW 003, Ds. Lembeyan
Wetan, Kecamatan Lembeyan, Kabupaten
Magetan

Riwayat Pendidikan :

1. SDN Lembeyan Wetan 2
2. SMP Negeri 1 Lembeyan
3. MAN 2 Ponorogo

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 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		
	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)			TT-5

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 ($IMT > 30 \text{ kg/m}^2$)	-	
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 $> 90 \text{ mmHg}$ **	-	
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 : 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)

Lampiran 8

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

Nama/Suami : My.D
 Umur : 33 tahun
 Alamat : Jabung 2/3
 Status Gravida : G1P00000
 Tanggal skrining : 08 Februari 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		✓	Koriamnintis	-	-
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC	-	-
	Hasil Akhir skrining		10	Hasil Akhir skrining	-	-

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

INTERPRETASI : Jika ada 1 "YA" = Waspada Perdarahan Jika ada >1 "YA" =
 Tindakan lanjut Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2016, Halaman 24.

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal : 10-09-2023
2. Nama bidan : Ny. S
3. Tempat Persalinan :
 - ☐ Rumah Ibu ☐ Puskesmas
 - ☐ Polindes ☐ Rumah Sakit
 - ☐ Klinik Swasta ☒ Lainnya : PMB
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : ☐ rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping pada saat merujuk :
 - ☐ Bidan ☐ Teman
 - ☐ Suami ☐ Dukun
 - ☐ Keluarga ☐ Tidak ada

KALA I

9. Partogram melewati garis waspada : Y ①
10. Masalah lain, sebutkan :
11. Penatalaksanaan masalah Tsb :
12. Hasilnya :

KALA II

13. Episiotomi :
 - ☒ Ya, Indikasi : perineum kasar
 - ☐ Tidak
14. Pendamping pada saat persalinan
 - ☒ Suami ☐ Teman ☐ Tidak ada
 - ☐ Keluarga ☐ Dukun
15. Gawat Janin :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☒ Tidak
16. Distosia bahu :
 - ☐ Ya, tindakan yang dilakukan
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☒ Tidak
17. Masalah lain, sebutkan :
18. Penatalaksanaan masalah tersebut :
19. Hasilnya :

KALA III

20. Lama kala III : 10 menit
21. Pemberian Oksitosin 10 U im ?
 - ☒ Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 - ☐ Tidak, alasan :
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - ☐ Ya, alasan :
 - ☒ Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan :

PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi		Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	16.00	110/80	88	26'	3 par 3 pusat	beras bunyar	-	50 cc
	16.15	110/80	88		2 par 3 pusat	beras bunyar	-	-
	16.30	110/80	88		2 par 3 pusat	beras bunyar	-	-
	16.45	110/80	88		2 par 3 pusat	beras bunyar	-	50 cc
2	17.15	110/80	88	26'	2 par 3 pusat	beras bunyar	-	-
	17.45	110/80	88		2 par 3 pusat	beras bunyar	-	50 cc

Masalah kala IV :

Penatalaksanaan masalah tersebut :

Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 - ☒ Ya
 - ☐ Tidak, alasan :
25. Plasenta lahir lengkap (intact) ☒ Ya ☐ Tidak
Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya ☒ Tidak
☐ Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
27. Laserasi :
 - ☒ Ya, dimana :
 - ☐ Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 ② 3 / 4
Tindakan :
 - ☐ Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
 - ☐ Tidak dijahit, alasan :
29. Atoni uteri :
 - ☐ Ya, tindakan
 - a.
 - b.
 - c.
 - ☒ Tidak
30. Jumlah perdarahan : 150 ml
31. Masalah lain, sebutkan :
32. Penatalaksanaan masalah tersebut :
33. Hasilnya :

BAYI BARU LAHIR :

34. Berat badan : 3680 gram
35. Panjang : 48 cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : baik ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - ☒ Normal, tindakan :
 - ☒ mengeringkan
 - ☒ menghangatkan
 - ☒ rangsang taktil
 - ☒ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ Aspiksia ringan/pucat/biru/lemas/tindakan :
 - ☐ mengeringkan ☐ bebaskan jalan napas
 - ☐ rangsang taktil ☐ menghangatkan
 - ☐ bungkus bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - ☐ lain - lain sebutkan :
 - ☐ Cacat bawaan, sebutkan :
 - ☐ Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI
 - ☒ Ya, waktu : 50 menit jam setelah bayi lahir
 - ☐ Tidak, alasan :
40. Masalah lain,sebutkan :

Lampiran 10

LEMBAR RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : 10-02-2023 Pukul : 15.35 WIB
 Umur kehamilan : 37-38 Minggu
 Penolong persalinan : SpOb / Dokter umum / Bidan
 Cara persalinan : Normal Tindakan
 Keadaan ibu : Sehat Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
 Lochia berbau/lain-lain) /
 Meninggal*
 KB Pasca persalinan :
 Keterangan tambahan :

* Lingkari yang sesuai

Bayi Saat Lahir

Anak ke : 1 (satu)
 Berat Lahir : 2680 gram
 Panjang Badan : 48 cm
 Lingkar Kepala : 33 cm
 Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan/tidak bisa ditentukan*

Kondisi bayi saat lahir**:

☒ Segera menangis ☐ Anggota gerak kebiruan
☐ Menangis beberapa saat ☐ Seluruh tubuh biru
☐ Tidak menangis ☐ Kelainan bawaan
☐ Seluruh tubuh kemerahan ☐ Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir **::

☒ Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi
☒ Suntikan Vitamin K1
☒ Salep mata antibiotika profilaksis
☒ Imunisasi HB0

Keterangan tambahan:

* Lingkari yang sesuai

** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai

Lampiran 11

LEMBAR PELAYANAN IMUNISASI

Nama Pasien : By. E

Tanggal lahir : 10-02-2023

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN														2+
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18			
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas														
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	10/23 b1														
BCG No Batch:	11/23 b2														
Polio tetes 1 No Batch:	21/23 b2														
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:

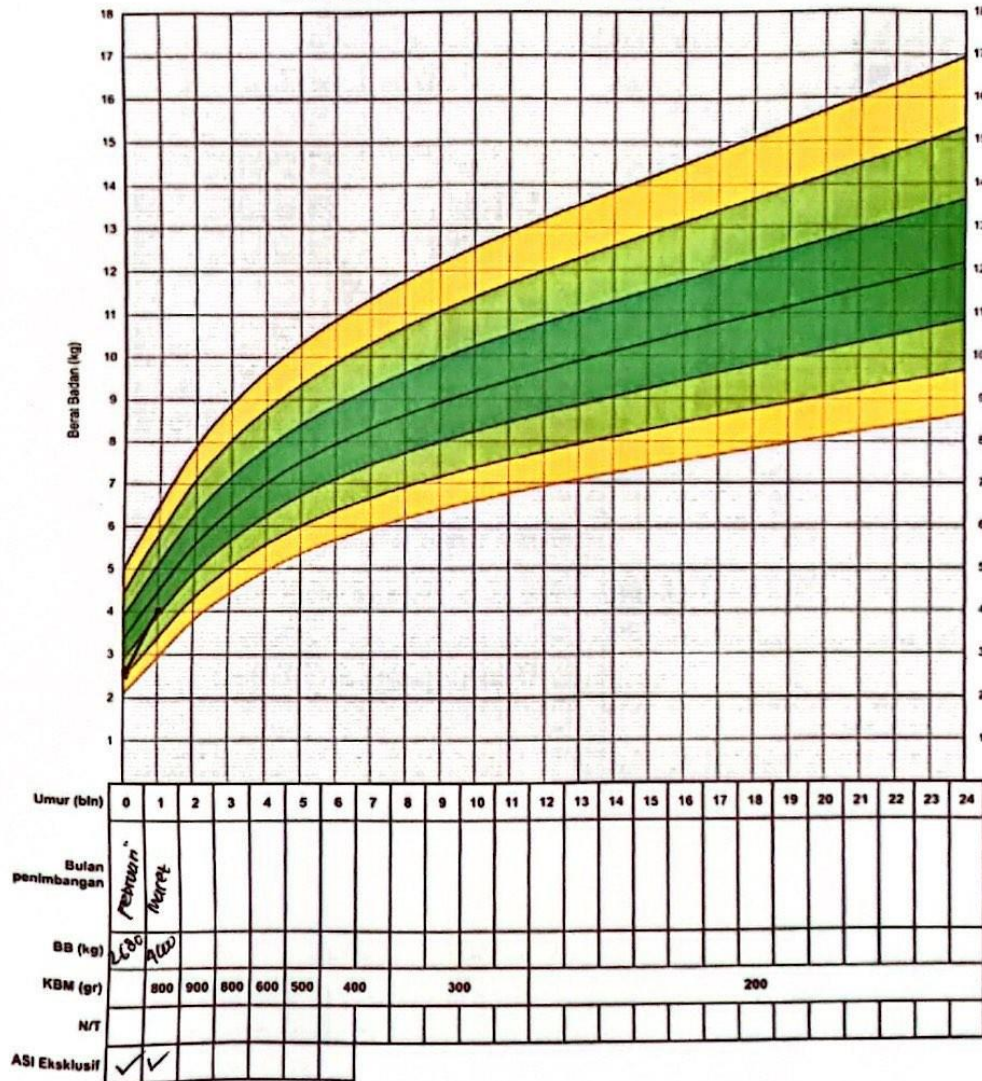
-  Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
-  Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
-  Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
-  Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

Lampiran 12

KARTU MENUJU SEHAT ANAK LAKI-LAKI

	KMS KARTU MENUJU SEHAT Untuk Laki-Laki	Nama Anak : <u>by E</u>
		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

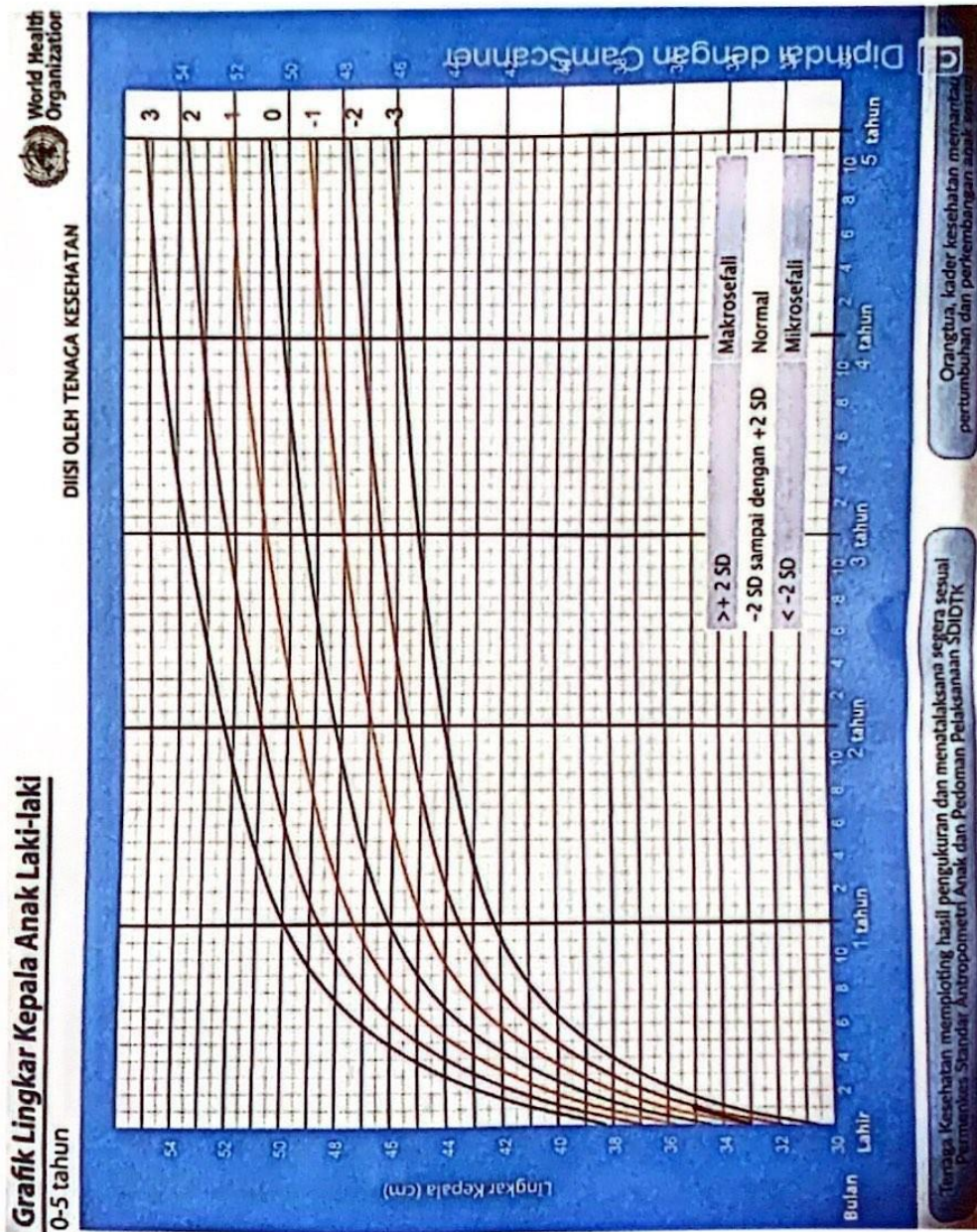
TIDAK NAIK (T)
 Grafik BB mendatar atau menurun
 memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau
 Kenaikan BB kurang dari KBM

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

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

Lampiran 13

GRAFIK LINGKAR KEPALA



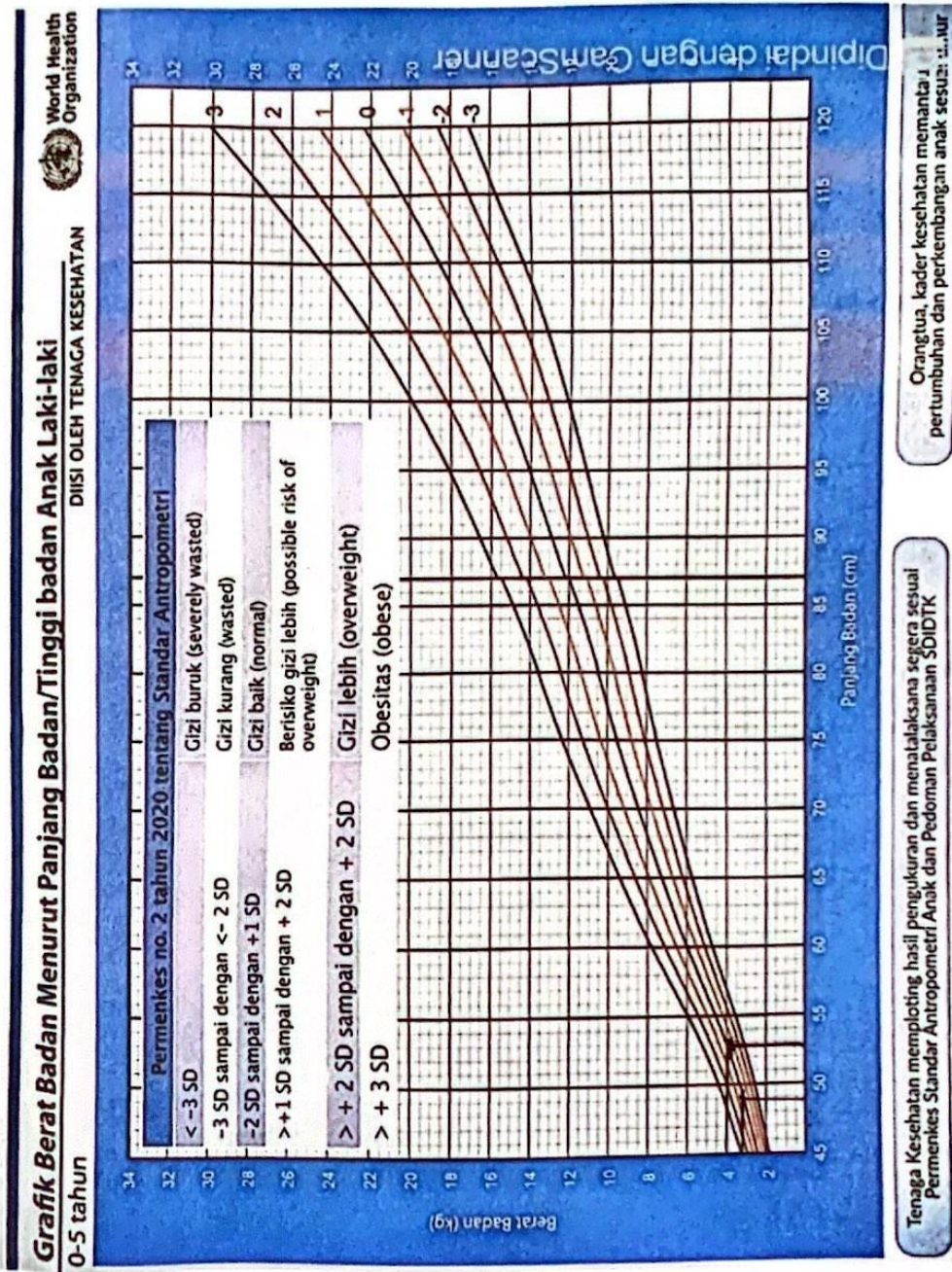
LK lahir : 33 cm

LK usia 35 hari : 35 cm

Lingkar kepala bayi normal

Lampiran 14

GRAFIK BERAT BADAN MENURUT PANJANG BADAN

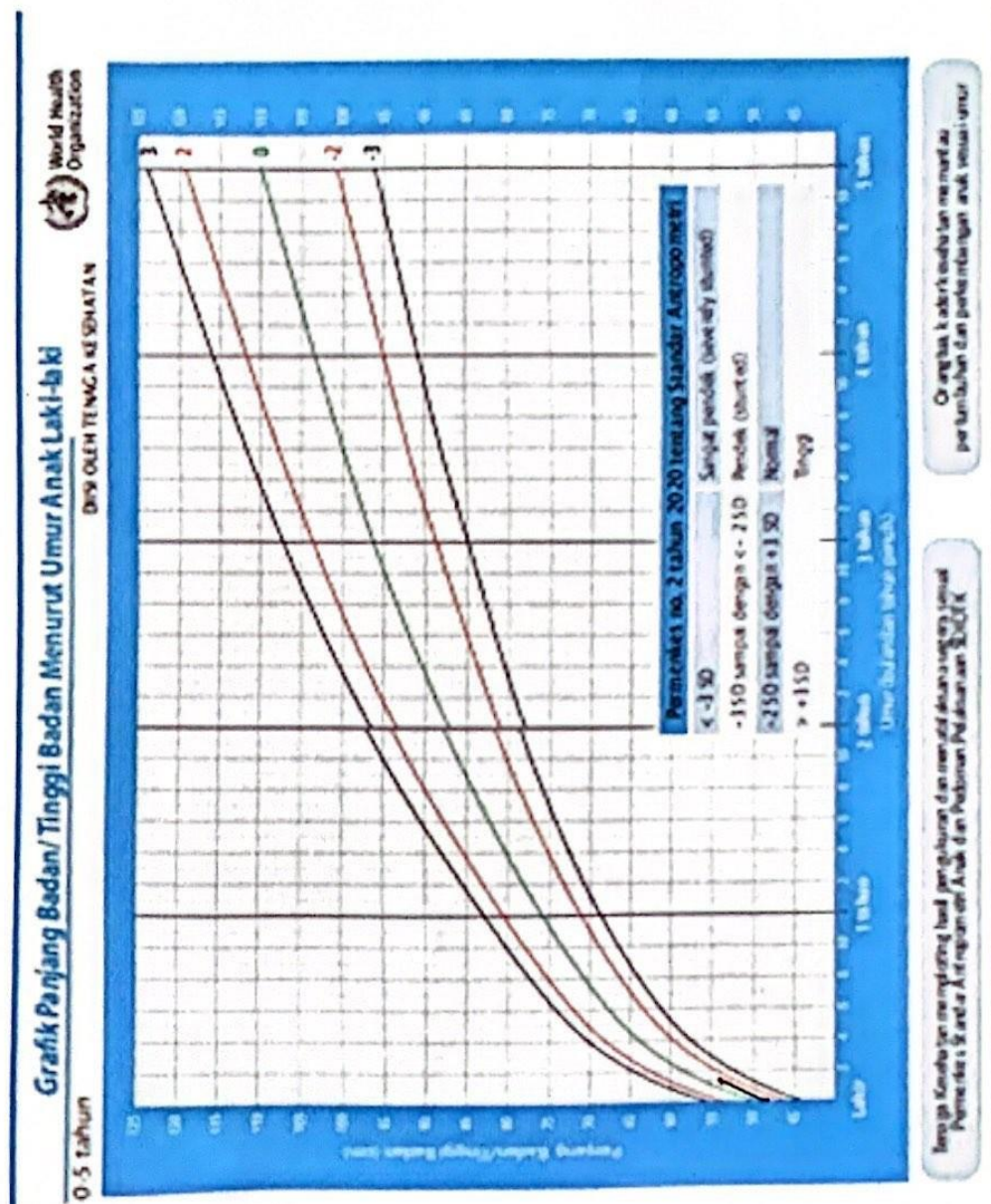


BB lahir : 2.680 gram

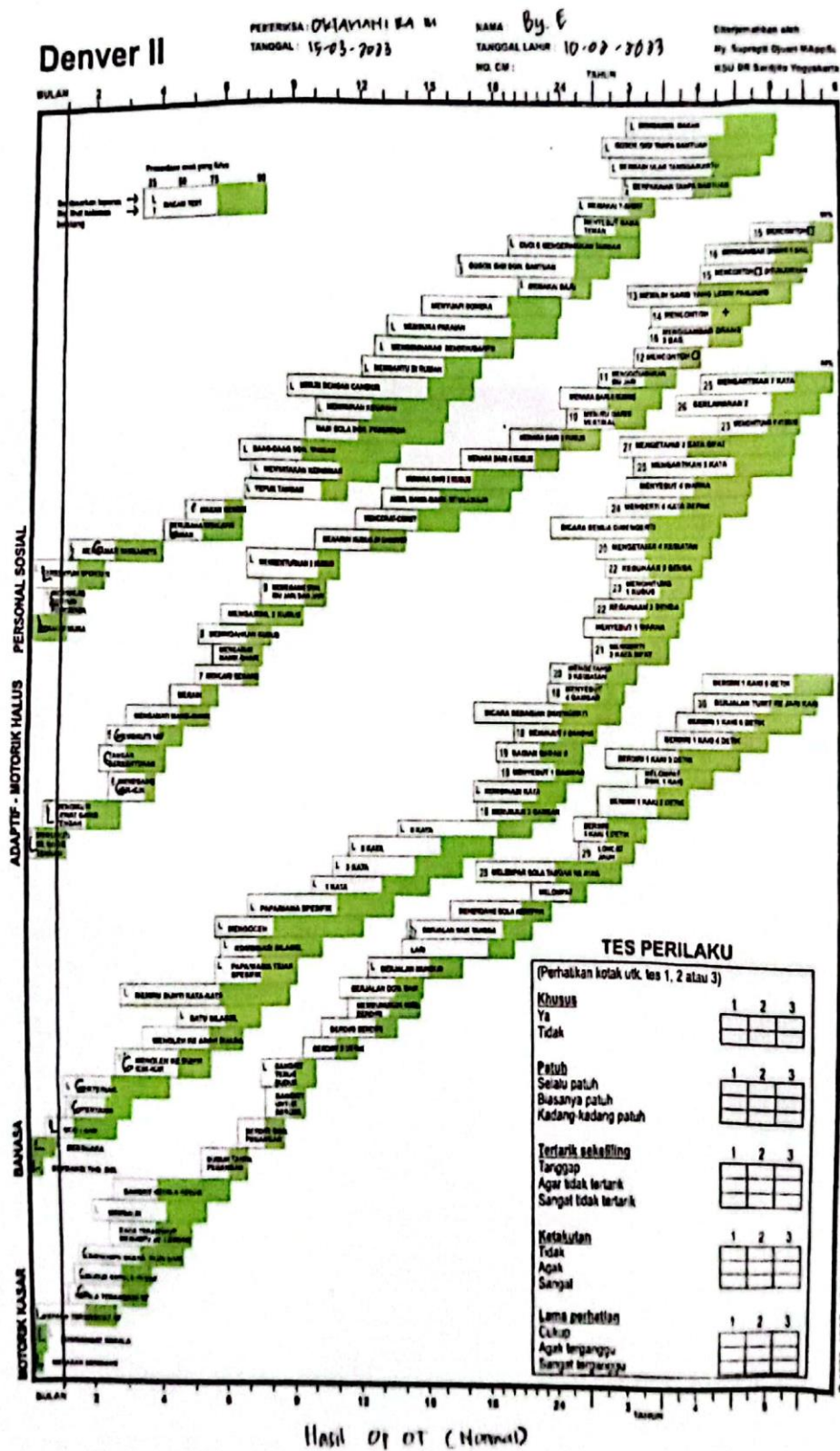
BB usia 35 hari : 4000 gram

Lampiran 15

PANJANG BADAN MENURUT UMUR



Lampiran 16



Hasil OP OT (normal)