

# LAMPIRAN



**CATATAN KESEHATAN BAYI BARU LAHIR**  
(Diisi oleh bidan/perawat/dokter)

| JENIS PEMERIKSAAN                                                         | Periode I<br>(0-10 hari) | Periode II<br>(11-28 hari)    | Periode III<br>(29 hari - 12 bulan) |
|---------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|-------------------------------------|
| Berat badan (gram)                                                        | Tgl. 23-10-16            | Tgl. 29-10-16                 | Tgl. 04-11-16                       |
| Panjang badan (cm)                                                        | 50 cm                    | 52 cm                         | 56 cm                               |
| Suhu (°C)                                                                 | 37°C                     | 37°C                          | 37°C                                |
| Frekuensi nadi (per menit)                                                | 120 x /menit             | 120 x /menit                  | 120 x /menit                        |
| Frekuensi denyut jantung (x /menit)                                       | 120 x /menit             | 120 x /menit                  | 120 x /menit                        |
| Memeriksa kemungkinan penyakit sangat berat atau infeksi bakteri          | -                        | Tidak ada                     | Tidak ada                           |
| Memeriksa ikterus                                                         | -                        | Tidak ada                     | Tidak ada                           |
| Memeriksa diare                                                           | -                        | Tidak ada                     | Tidak ada                           |
| Memeriksa kemungkinan berat badan rendah dan masalah pemberian ASI/minum  | -                        | Tidak ada                     | Tidak ada                           |
| Memeriksa status VIT K1                                                   | Baik                     | -                             | -                                   |
| Memeriksa status imunisasi Hib-0, BCG, Polio 1                            | HB-0 Baik                | -                             | -                                   |
| Bayi dirawat yang sudah melaksanakan Skrining Hipertensi Kongenital (SHK) | -                        | -                             | -                                   |
| • SHK Ya / Tidak                                                          | -                        | -                             | -                                   |
| • Hasil tes SHK (-) / (+)                                                 | -                        | -                             | -                                   |
| • Konfirmasi hasil SHK                                                    | -                        | -                             | -                                   |
| Tindakan terapi/rujukan/umpan balik                                       | Tidak ada keluhan        | Periksa oleh dokter spesialis | Tidak ada keluhan                   |
| Nama pemeriksa                                                            | Ajita dms                | Ajita dms                     | Ajita dms                           |

Pemeriksaan kunjungan neonatal menggunakan formulir Manajemen Terpadu Bayi Muda (MTBM)

**CATATAN HASIL PELAYANAN IBU NIFAS**  
(Diisi oleh dokter/bidan)

| JENIS PELAYANAN DAN PEMANTAUAN           | PERIODE I<br>(0-10 hari) | PERIODE II<br>(11-28 hari) | PERIODE III<br>(29 hari - 12 bulan) |
|------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------------|
| Keadaan ibu secara umum                  | Baik                     | Baik                       | Baik                                |
| Tekanan darah, suhu tubuh, respons oral  | 120/80 mmHg              | 120/80 mmHg                | 120/80 mmHg                         |
| Perawatan payudara                       | Ya                       | Ya                         | Ya                                  |
| Aspirasi payudara                        | Ya                       | Ya                         | Ya                                  |
| Tanda infeksi                            | Tidak ada                | Tidak ada                  | Tidak ada                           |
| Kemampuan menyusui                       | Baik                     | Baik                       | Baik                                |
| Tinggi Fundus uteri                      | 3 jari di atas           | 3 jari di atas             | 3 jari di atas                      |
| Lochia                                   | Banyak                   | Banyak                     | Banyak                              |
| Pemeriksaan payudara                     | Baik                     | Baik                       | Baik                                |
| Pemeriksaan payudara                     | Baik                     | Baik                       | Baik                                |
| Prosedur ASI                             | Baik                     | Baik                       | Baik                                |
| Pemberian Kapsul VIT A                   | 1 Kapsul                 | -                          | -                                   |
| Pelaksanaan kontrasepsi pasca persalinan | -                        | -                          | -                                   |
| Penggunaan metode kontrasepsi lainnya    | -                        | -                          | -                                   |
| Buang Air Besar (BAB)                    | Baik, 1 x / hr           | Baik, 1 x / hr             | Baik, 1 x / hr                      |
| Buang Air Kecil (BAK)                    | 3-5 x / hr               | 3-5 x / hr                 | 3-5 x / hr                          |

Memberi nasehat yaitu:

|                                                                                                                                |    |    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|
| Makan makanan yang bernutrisi tinggi yang mengandung karbohidrat, protein, lemak, vitamin, serat dan buah-buahan               | Ya | Ya | Ya |
| Konsumsi air minum pada ibu menyusui pada 6 bulan pertama adalah 14 gelas sehari dan pada 6 bulan kedua adalah 12 gelas sehari | Ya | Ya | Ya |
| Mengapa berhenti dari merokok, konsumsi alkohol, narkoba, obat-obatan, dan penggunaan narkoba                                  | Ya | Ya | Ya |
| Agar ibu yang melahirkan dengan cara operasi Caesar maka harus menunggu 6 minggu sebelum operasi                               | -  | -  | -  |
| Cara menyusui yang benar dan hanya menyusui 6 bulan                                                                            | Ya | Ya | Ya |
| Pemeriksaan bayi yang benar                                                                                                    | Ya | Ya | Ya |
| Jangan memberikan bayi makanan tambahan, susu atau makanan bayi lainnya                                                        | -  | -  | -  |
| Lakukan stimulasi komunikasi dengan bayi sedari minggu pertama lahir dan keluarga                                              | -  | -  | -  |
| Untuk berkonsultasi kepada tenaga kesehatan untuk pelayanan KB setelah persalinan                                              | -  | -  | Ya |

**KETERANGAN LAHIR**  
No. 18/2/2016/1618

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:  
Pada hari ini 18/2/2016, tanggal 18 - 02 - 2016, pukul 11.32 WIB telah lahir seorang bayi:

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan  
Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya  
Kelahiran ke : 1  
Berat lahir : 3.400 gram  
Panjang Badan : 50 cm  
di Rumah-Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Polindes/Rumah Bidan/di Puskesmas Pegandon

Alamat : 1 Pahlawan 85.10 Tegay  
Diberi nama :

Dari Orang Tua:  
Nama Ibu : Umur : 24 tahun  
Pekerjaan :  
KTP/NIK No. :  
Nama Ayah : Umur : 35 tahun  
Pekerjaan :  
KTP/NIK No. :  
Alamat :  
Kecamatan :  
Kab./Kota :

Pegandon, Tanggal 22-10-2016

Saksi I : Saksi II : penolong persalinan

(Materi 100 3/1)  
Pegandon  
Kendal

(Materi 100 3/1)  
Pegandon  
Kendal

PEMERINTAH KABUPATEN KENDAL  
UPD Puskesmas  
PEGANDON  
DINAS KESEHATAN

\* Lampiran yang sesuai  
1. Formulir Nomor 100-1000, Nomor Induk Pegawai, Nama Instansi

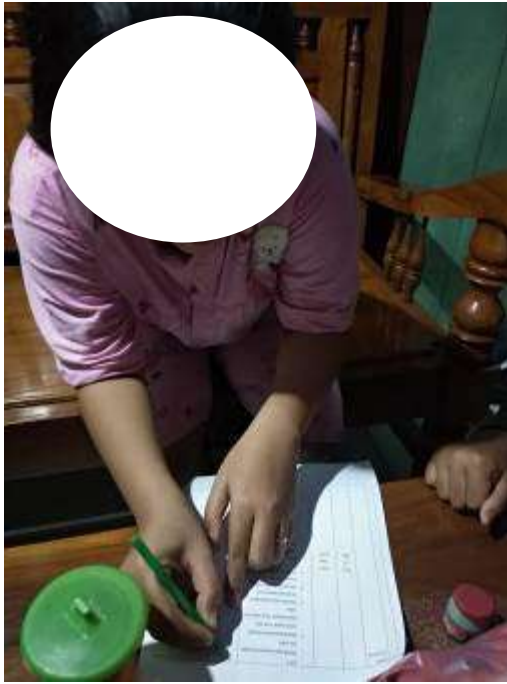


## Lampiran 2. Dokumentasi Kunjungan Hamil



Lampiran 3. Kunjungan Nifas dan Bayi baru lahir







### Lampiran 3. Surat persetujuan pasien

**SURAT PERSetujuan/PENOLAKAN**  
**(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

|           |                                                         |
|-----------|---------------------------------------------------------|
| Nama      | : Ny.N                                                  |
| Umur      | : 24 tahun                                              |
| Alamat    | : Desa Margomulyo RT.003 RW.001 Kec.Pegandon Kab.Kendal |
| Pekerjaan | : Ibu Rumah Tangga                                      |

Setelah memperoleh penjelasan sepenuhnya, dengan ini menyatakan :

**SETUJU/TIDAK SETUJU**

Dikumpulkan dan bersedia berperan serta dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir yang berjudul :

**"Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) pada Ny.N"**

Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya dan tanpa paksaan.

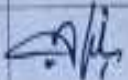
Pegandon, 24 September 2018

|                                                                                     |                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| Mengetahui,                                                                         | Yang menyatakan,                                                                     |
| Penanggung Jawab                                                                    | Responden                                                                            |
|  |  |
| (Afita Dini Sukmana)                                                                | (Ny.N)                                                                               |

#### Lampiran 4. Presensi Kunjungan

**RENCANA KEGIATAN (PoA) KUNJUNGAN COC**

Nama Pasien : Ny.N  
 Umur : 24 tahun  
 HPHT : 09 Januari 2018  
 HPL : 16 Oktober 2018  
 Alamat : Margomulyo Rt.03 Rw.01 , Pegandon, Kendal.

| No | Hari/Tanggal       | Tahapan | Kunjungan | Kegiatan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Tanda tangan                                                                       |                                                                                      |                                                                                     |
|----|--------------------|---------|-----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|    |                    |         |           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Pasien                                                                             | Pembimbing klinik                                                                    | Pembimbing Lahan                                                                    |
| 1. | Senin,<br>24/09/18 | Hamil   | ANC 1     | 1. Melakukan Anamnesa kepada ibu hamil<br>2. Melakukan Pemeriksaan Tanda-tanda vital dan fisik ibu hamil<br>3. Memberikan KIE kepada ibu hamil tentang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pola istirahat</li> <li>- Pola aktivitas</li> <li>- Cara tidur yang baik</li> <li>- Cara mengurangi pusing</li> </ul> 4. Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi.<br>5. Pendokumentasian. |  |  |  |

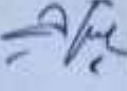


|    |                   |       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                    |                    |                    |
|----|-------------------|-------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| 2. | Rabu<br>03/10/18  | ANC 2 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan Anamnesa dengan ibu hamil.</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan fisik pada ibu hamil.</li> <li>3. Memberikan KIE kepada ibu tentang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyeri punggung</li> <li>- Perut sering kencang</li> </ul> </li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi</li> <li>5. Pendokumentasian</li> </ol>                                    | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> |
| 3. | Kamis<br>11/10/18 | K3    | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa dengan ibu hamil</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik pada ibu hamil</li> <li>3. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentang <ul style="list-style-type: none"> <li>- Persiapan persalinan</li> <li>- Tanda-tanda persalinan</li> </ul> </li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi</li> <li>5. Pendokumentasian</li> </ol> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> | <i>[Signature]</i> |

|    |                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |      |  |
|----|---------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|
| 2. | Minggu<br>21/10/18<br>Sampai<br>Senin<br>22/10/18 | INC | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa ibu bersalin</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik ibu bersalin</li> <li>3. Memberikan motivasi dan dukungan kepada ibu</li> <li>4. Membantu proses persalinan dengan APN 60 langkah</li> <li>5. Melakukan Manajemen Aktif Kala III</li> <li>6. Melakukan evaluasi 2 jam post partum</li> <li>7. Pendokumentasian</li> </ol> | 2/ji |  |
|----|---------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|

|    |                   |                 |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |   |     |     |
|----|-------------------|-----------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-----|-----|
| 1. | Senin<br>22/10/18 |                 |                     | <p>KF 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa pada ibu nifas</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik pada ibu nifas</li> <li>3. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu</li> <li>4. Memberitahu ibu tentang kunjungan nifas</li> <li>5. Pendokumentasian</li> </ol> | 8 | 2/3 | 1/3 |
|    |                   | PNC<br>&<br>HBL | KF 1<br>dan<br>KN 1 | <p>KN 1</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa kepada ibu tentang bayinya</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik pada bayi</li> <li>3. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentang bayinya</li> <li>4. Pendokumentasian</li> </ol>                              |   |     |     |



|                   |  |                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |     |                                                                                     |                                                                                     |
|-------------------|--|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Senin<br>29/10/18 |  |                     | KF 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 100 |  |  |
|                   |  |                     | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa pada ibu nifas</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik ibu nifas</li> <li>3. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu nifas</li> <li>4. Pendokumentasian</li> </ol>                                                                                                                               |     |                                                                                     |                                                                                     |
|                   |  | KF 2<br>dan<br>KN 2 | KN 2<br><ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa pada ibu tentang kondisi bayinya</li> <li>2. Melakukan pengkajian Manajemen Terpadu Balita Muda (MTBM) pada bayi</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik pada bayi</li> <li>4. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu tentang kebutuhan bayinya</li> <li>5. Pendokumentasian</li> </ol> |     |                                                                                     |                                                                                     |

|                           |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                            |  |
|---------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| <p>Surat<br/>16/11/18</p> |  | <p>KF 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa pada ibu nifas</li> <li>2. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik pada ibu nifas</li> <li>3. Memberikan pendidikan kesehatan kepada ibu nifas</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk ikut KB</li> <li>5. Pendokumentasian</li> </ol> <p>KN 3</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Melakukan anamnesa pada ibu tentang kondisi bayinya</li> <li>2. Melakukan pengkajian Manajemen Terpadu Bayi Muda</li> <li>3. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik pada bayi</li> <li>4. Menganjurkan ibu untuk membawa bayinya saat umur 1 bulan ke bidan, puskesmas, atau posyandu untuk dilakukan imunisasi BCG dan polio 1</li> <li>5. Menganjurkan ibu untuk rutin membawa bayinya ke</li> </ol> | <p>2</p> <p><i>api</i></p> |  |
|---------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|

|  |  |  |  |                                                           |  |  |  |
|--|--|--|--|-----------------------------------------------------------|--|--|--|
|  |  |  |  | posyandu untuk memantau pertumbuhan dan perkembangan bayi |  |  |  |
|  |  |  |  | 6. Pendokumentasian                                       |  |  |  |

Lampiran 5. Surat Kesediaan membimbing

**SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Endang Surani, S.SiT., M.Kes.  
NIDN : 0612117202  
Pangkat/Golongan :  
Pekerjaan : Dosen Tetap

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Laporan Tugas Akhir atas nama mahasiswa Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang, sebagai berikut :

Nama : Afita Dini Sukmana  
NIM : 4993313000  
Judul LTA :

**- ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*Continuity of Care*)  
PADA NY.N DI PUSKESMAS PEGANDON KABUPATEN KENDAL -**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2018  
Pembimbing,

  
Endang Surani, S.SiT., M.Kes.  
NIDN : 0612117202



## SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Meilia Rahmawati K,S.ST.,M.Keb

NIDN : 210914060

Pangkat/Golongan : Penata Muda

Pekerjaan : Dosen Prodi DIII Kebidanan

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Laporan Tugas Akhir atas nama mahasiswa Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang, sebagai berikut :

Nama : Afitia Dini Sukmana

NIM : 4993313000

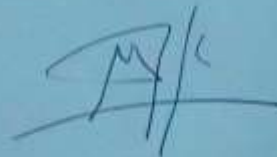
Judul LTA :

**"ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*Continuity of Care*)  
PADA NY.N DI PUSKESMAS PEGANDON KABUPATEN KENDAL "**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2018

Pembimbing,



Meilia Rahmawati K.S.ST.,M.Keb

NIDN : 210914060

Lampiran 6. Surat keterangan konsultasi

**SURAT KETERANGAN KONSULTASI**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Endang Surani,S.SiT.,M.Kes.  
NIDN : 0612117202  
Pangkat/Golongan : Penata Muda  
Jabatan : Dosen Tetap

Adalah pembimbing LTA mahasiswa Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung, sebagai berikut :

Nama : Afita Dini Sukmana  
NIM : 4993313000  
Judul LTA :

**"ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*Continuity of Care*)  
PADA NY.N DI PUSKESMAS PEGANDON KABUPATEN KENDAL "**

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing LTA pada Hari Tanggal Bulan Tahun 2018 bertempat di Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagai mestinya.

Semarang, 2018  
Pembimbing,



Endang Surani,S.SiT.,M.Kes  
NIDN : 0612117202

## SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Meilia Rahmawati K,S.ST.,M.Keb

NIDN : 210914060

Pangkat/Golongan : Penata Muda

Jabatan : Dosen Prodi DIII Kebidanan

Adalah pembimbing LTA mahasiswa Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung, sebagai berikut :

Nama : Afita Dini Sukmana

NIM : 4993313000

Judul LTA :

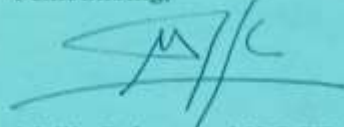
### **"ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*Continuity of Care*) PADA NY.N DI PUSKESMAS PEGANDON KABUPATEN KENDAL "**

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing LTA pada Hari                      Tanggal      Bulan                      Tahun 2018 bertempat di Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat dengan sesungguhnya untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang,                      2018

Pembimbing,



Meilia Rahmawati K,S.ST.,M.Keb

NIDN : 210914060

Lampiran 7. Lembar konsultasi

**PRODI D3 KEBIDANAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**  
**Jl.Raya Kaligawe KM.4 Po Box 1054 Semarang Telp. (024)6583584**

Nama Mahasiswa : Afita Dini Sukmana  
 NIM : 4993313000  
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) Pada Ny.N di  
 Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal.  
 Pembimbing : Endang Surani, S.SiT., M.Kes.

| NO | Hari/<br>Tanggal   | Pokok bahasan                        | Saran                                                                                                            | Paraf<br>pembimbing                                                                   |
|----|--------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Rabu,<br>7-11-18   | Bab I<br>Bab II<br>Bab III<br>Bab IV | - Perbaiki penulisan dan tanda<br>baca dan penulisan dalam<br>setiap paragraf.                                   |  |
| 2. | Sabtu,<br>24-11-18 | Bab I - Bab IV                       | - Perbaiki penulisan dan<br>tanda baca dalam setiap<br>paragraf, sistematika urutan<br># per sub bab diperbaiki. |  |

|                         |                            |                                                      |                                                                                       |
|-------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| Rabu,<br>26/12/18       | BAB I - BAB <u>IV</u>      | - Penggunaan tanda baca<br>dan EYD diperbaiki.       |    |
| Jumat<br>4/1/19         | BAB <u>IV</u>              | - Perbaikan Asuhan kebidanan<br>Persalinan.          |    |
| Selasa,<br>15/1/19      | BAB <u>IV</u>              | - Perbaikan Asteb bersaun.<br>- Perbaikan Asteb BBL. |  |
| Jumat<br>08/02<br>2019. | BAB <u>IV</u> & Pembahasan | - Perbaiki asteb BBL, Mifas.<br>Bersaun.             |  |

Semarang,

2018

Pembimbing,



Endang Surani, S.SiT., M.Kes

NIDN : 0612117202



**PRODI D3 KEBIDANAN  
FAKULTAS KEDOKTERAN  
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**

**Jl.Raya Kaligawe KM.4 Po Box 1054 Semarang Telp.(024)6583584**

Nama Mahasiswa : Afita Dini Sukmana  
NIM : 4993313000  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) Pada Ny.N di  
Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal.  
Pembimbing : Endang Surani,S.SiT.,M.Kes.

| NO | Hari/<br>Tanggal         | Pokok bahasan                    | Saran                 | Paraf<br>pembimbing                                                                   |
|----|--------------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Senin<br>18/02<br>2019.  | BAB IV & BAB V                   | -Perbaiki Pembahasan. |   |
| 2. | Kamis,<br>21/02<br>2019. | BAB I, BAB II, BAB III<br>BAB IV | Ace                   |  |
|    |                          |                                  |                       |                                                                                       |
|    |                          |                                  |                       |                                                                                       |

Semarang,

2019

Pembimbing,



Endang Surani,S.SiT.,M.Kes

NIDN : 0612117202

**PRODI D3 KEBIDANAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**  
**Jl.Raya Kaligawe KM.4 Po Box 1054 Semarang Telp.(024)6583584**

Nama Mahasiswa : Afita Dini Sukmana  
 NIM : 4993313000  
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) Pada Ny.N di  
 Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal.  
 Pembimbing : Meilia Rahmawati K,S.ST.,M.Keb

| NO | Hari/<br>Tanggal   | Pokok bahasan | Saran                                                                                    | Paraf<br>pembimbing                                                                   |
|----|--------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. |                    | Bab I         | - Perbaiki latar belakang.<br>- Perbaiki kalimat<br>- Penggunaan tanda baca.             |  |
| 2. |                    | Bab I - IV    | - Perbaiki bab I<br>- Perbaiki kalimat.<br>- Penggunaan tanda baca.<br>- Perbaiki bab IV |  |
| 3. | Kamis,<br>22-11-18 |               | ACC oleh proposal.                                                                       |  |

|    |                      |               |                                                    |                                                                                       |
|----|----------------------|---------------|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Jumat<br>4/1/19.     | BAB <u>IV</u> | - Perbaikan Askeb bersalin.                        |    |
| 5. | Sabtu<br>26/1/19.    | BAB <u>IV</u> | - Perbaikan Askeb BBL.<br>- Perbaikan Askeb Nifas. |   |
| 6. | Jumat<br>8/2<br>2019 | BAB <u>IV</u> | - Pembahasan.                                      |  |

Semarang,

2018

Pembimbing,



Meilia Rahmawati K.S.ST.,M.Kes

NIK : 210914060

**PRODI D3 KEBIDANAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**  
Jl.Raya Kaligawe KM.4 Po Box 1054 Semarang Telp.(024)6583584

Nama Mahasiswa : Afita Dini Sukmana  
 NIM : 4993313000  
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) Pada Ny.N di  
 Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal.  
 Pembimbing : Meilia Rahmawati K,S.ST.,M.Keb

| NO | Hari/<br>Tanggal        | Pokok bahasan | Saran            | Paraf<br>pembimbing                                                                  |
|----|-------------------------|---------------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|    | Senin,<br>18/2<br>2019. | BAB V         | Bab V <u>ACC</u> |  |
|    |                         |               |                  |                                                                                      |
|    |                         |               |                  |                                                                                      |

Semarang, 2019

Pembimbing,



Meilia Rahmawati K,S.ST.,M.Keb

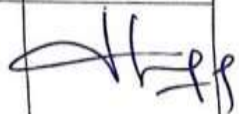
NIK : 210914060

Lampiran 8. Lembar Berita acara Ujian Proposal Tugas Akhir

BERITA ACARA

UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Afita Dini Sukmana  
 NIM : 4993313000  
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) Pada  
 Ny.N Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal  
 Tanggal : 26 November 2018  
 Penguji I : Machfudloh, S.SiT.,M.HKes

| No | Nama Penguji               | Saran                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Tanda Tangan                                                                          |
|----|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Machfudloh, S.SiT., M.HKes | <p>BAB I</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki sistematika penulisan</li> <li>2. Penulisan kata yang salah<br/>dibenarkan</li> </ol> <p>BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tambahkan teori tentang<br/>penambahan berat badan yang<br/>sesuai dengan kasus</li> <li>2. Penulisan kata yang salah<br/>dibenarkan</li> </ol> <p>BAB III</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sistematika penulisan diperbaiki</li> </ol> <p>BAB IV</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perbaiki asuhan kebidanan sesuai<br/>dengan kunjungan yang<br/>dilakukan</li> <li>2. Hitung IMT pada kasus dan<br/>masukan kedalam pembahasan</li> </ol> |  |



|  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | <p>3. Cantumkan hasil USG didalam pemeriksaan penunjang.</p> <p>4. Lampiran disesuaikan dengan kunjungan masing-masing asuhan</p> <p>5. Nama pasien yang dilampirkan ditutupi sesuai dengan etika penulisan yang berlaku yaitu <i>Anonymity</i>.</p> <p>6. Perbaiki power point, sesuaikan antara wallpaper yang digunakan dengan warna tulisan.</p> |  |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

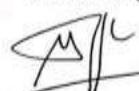
Semarang, 26 November 2018

Pembimbing I



**Endang Surani, S.SiT., M.Kes**  
NIDN : 0604017601

Pembimbing II



**Meilia Rahmawati, S.ST., M.Keb**  
NIK. 210914060

BERITA ACARA  
UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Afita Dini Sukmana  
NIM : 4993313000  
Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) Pada  
Ny.N Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal  
Tanggal : 26 November 2018  
Penguji II : Emi Sutrisminah, S.SiT., M.Keb

| No | Nama Penguji                   | Saran                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Tanda Tangan                                                                          |
|----|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Emi Sutrisminah, S.SiT., M.Keb | <p>BAB I</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perbaiki sistematika penulisan</li><li>2. Tambahkan AKI dipuskesmas 3 tahun yang lalu</li></ol> <p>BAB II</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Tambahkan teori tentang ciri-ciri bayi baru lahir normal</li><li>2. Penulisan kata yang salah dibenarkan</li><li>3. Landasan hukum yang dicantumkan disesuaikan dengan asuhan yang telah diberikan</li></ol> <p>BAB III</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sistematika penulisan diperbaiki</li></ol> <p>BAB IV</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Perbaiki perencanaan asuhan</li></ol> |  |

|  |  |                                                                              |  |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------|--|
|  |  | kebidanan yang diberikan pada ibu sesuai dengan evidence based yang berlaku. |  |
|--|--|------------------------------------------------------------------------------|--|

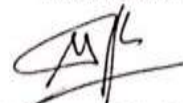
Semarang, 26 November 2018

Pembimbing I



Endang Surani, S.St., M.Kes  
NIDN : 0604017601

Pembimbing II



Meilia Rahmawati, K, S.ST., M.Keb  
NIK. 210914060

## Lampiran 9. Lembar Berita Acara Ujian Utama Tugas Akhir

### BERITA ACARA UJIAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Afita Dini Sukmana  
NIM : 4993313000  
Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) Pada  
Ny.N Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal  
Tanggal : 22 Februari 2019  
Penguji I : Machfudloh, S.SiT., M.HKes

| No | Nama Penguji               | Saran                                                                                                                                                                                             | Tanda Tangan                                                                          |
|----|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Machfudloh, S.SiT., M.HKes | BAB III<br>1. Sistematika penulisan diperbaiki<br>BAB IV<br>1. Perbaiki asuhan kebidanan sesuai dengan kunjungan yang dilakukan<br>2. Lampiran disesuaikan dengan kunjungan masing-masing asuhan. |  |

Semarang, 22 Februari 2019

Pembimbing I

  
**Endang Surani, S.SiT., M.Kes**  
NIDN : 0604017601

Pembimbing II

  
**Meilia Rahmawati, K, S.Si., M.Keb**  
NIK. 210914060

BERITA ACARA  
UJIAN LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Afita Dini Sukmana  
NIM : 4993313000  
Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) Pada  
Ny.N Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal  
Tanggal : 22 Februari 2019  
Penguji II : Emi Sutrisminah, S.SiT., M.Keb

| No | Nama Penguji                   | Saran                                                                                                                                                                                                                          | Tanda Tangan                                                                          |
|----|--------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Emi Sutrisminah, S.SiT., M.Keb | BAB I<br>1. Perbaiki sistematika penulisan<br>BAB IV<br>1. Perbaiki perencanaan asuhan kebidanan yang diberikan pada ibu sesuai dengan evidence based yang berlaku.<br>2. Perbaiki sistem penulisan<br>3. Perbaiki pembahasan. |  |

Semarang, 22 Februari 2019

Pembimbing I



**Endang Surani, S.SiT., M.Kes**  
NIDN : 0604017601

Pembimbing II



**Meilia Rahmawati, K, S.ST., M.Keb**  
NIK. 210914060



Lampiran 10. Lembar Partograf

**PARTOGRAF**

No. Register  Nama Ibu : Ny. N Umur : 24 th G 2 P 1 A 0  
 No. Puskesmas  Tanggal : 21-10-10 Jam : 22.45 wib. Alamat : Margomulyo  
 Ketuban pecah Sejak jam            mules sejak jam 17.00 wib. 3/1

**Denyut Jantung Janin ( /menit)**

**Air ketuban Penyusupan**

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| u | o | u | o | u | o | u | o | u | o | u | o | u | o | u | o | u | o | u | o |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

**Pertumbuhan serviks (cm) dan bda x**

**Kontraksi**

|        |         |        |                 |
|--------|---------|--------|-----------------|
| < 20 4 | 20-40 3 | > 40 2 | 0 Menit (dok) 1 |
|--------|---------|--------|-----------------|

**Oksitosin U/L tetes/menit**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Obat dan Cairan IV**

• Nadi

**Tekanan darah**

**Suhu °C**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**Urin**

|         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Protein |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Aseton  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Volume  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Makan terakhir : 20.00 wib.  
 Minum terakhir : 22.30 wib.

# **CATATAN PERSALINAN**

1. Tanggal: 22 Oktober 2010  
 2. Tempat bidan: \_\_\_\_\_  
 3. Tempat persalinan: Rumah Ibu Pehndes  
 4. Klinik Swasta: Puskesmas  
 5. Alamat: tempat persalinan: Pegondan, Kendal  
 6. Catatan: riwayat kala: I-II-III-IV  
 7. Alasan merujuk: \_\_\_\_\_  
 8. Tempat rujukan: \_\_\_\_\_  
 9. Pendamping pada saat menyusui: suami, bidan, dukun, keluarga

## **KALA I**

9. Partogram melewati garis waspada Y II  
 10. Masalah lain, sebutkan: \_\_\_\_\_  
 11. Penatalaksanaan masalah tsb: \_\_\_\_\_  
 12. Hasilnya: \_\_\_\_\_

## **KALA II**

13. Episiotomi: Ya, indikasi (tidak)  
 14. Pendamping pada saat persalinan: bidan, suami, teman, dukun, ada keluarga  
 15. Gawat janin: Ya, tindakan yang dilakukan: a, b, c

16. Distorsi bahu: Ya, tindakan yang dilakukan: a, b, c  
 17. Masalah lain, sebutkan: \_\_\_\_\_  
 18. Penatalaksanaan masalah tersebut: \_\_\_\_\_  
 19. Hasilnya: \_\_\_\_\_

## **KALA III**

20. Lama kala III: 5 menit  
 21. Pemberian Oksitosin 10 J 10 J? Ya, waktu: 1 menit sesudah persalinan  
 22. Pemberian utang Oksitosin (2x)? Ya, alasan: \_\_\_\_\_  
 23. Pemasangan tali pusat terkendali? Ya, alasan: \_\_\_\_\_

## **KALA IV**

24. Rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri? Ya  
 25. Pasien takir lengkap (tidak) Ya, Tidak  
 26. Pasien tidak takir > 30 menit Ya, Tidak  
 27. Laserasi: Ya, di mana: mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum.  
 28. Jika laserasi perineum, derajat: 1, 2, 3, 4  
 29. Akoma uteri: Ya, tindakan: a, b, c  
 30. Jumlah perdarahan: 200 ml  
 31. Masalah lain, sebutkan: \_\_\_\_\_  
 32. Penatalaksanaan masalah tersebut: \_\_\_\_\_  
 33. Hasilnya: \_\_\_\_\_

24. Rangsangan taktil (pemijatan) fundus uteri?

Ya

Tidak, alasan: \_\_\_\_\_

25. Pasien takir lengkap (tidak) Ya, Tidak

Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan: a, b, c

26. Pasien tidak takir > 30 menit Ya, Tidak

Ya, tindakan: a, b, c

27. Laserasi: Ya, di mana: mukosa vagina, kulit perineum, otot perineum.

Tidak

28. Jika laserasi perineum, derajat: 1, 2, 3, 4

Tindakan: \_\_\_\_\_

Penyakit, dengan / tanpa anestesi: \_\_\_\_\_

Tidak dapat, alasan: \_\_\_\_\_

29. Akoma uteri: Ya, tindakan: a, b, c

Tidak

30. Jumlah perdarahan: 200 ml

31. Masalah lain, sebutkan: \_\_\_\_\_

32. Penatalaksanaan masalah tersebut: \_\_\_\_\_

33. Hasilnya: \_\_\_\_\_

## **BAYI BARU LAHIR:**

34. Berat badan: 3400 gram

35. Panjang: 50 cm

36. Jenis kelamin: Laki-laki

37. Perikutan bayi baru lahir: (tidak) ada perikutan

38. Bayi lahir: Normal, tindakan: a, b, c

39. Tindakan: a, b, c

40. Tindakan: a, b, c

41. Tindakan: a, b, c

42. Tindakan: a, b, c

43. Tindakan: a, b, c

44. Tindakan: a, b, c

45. Tindakan: a, b, c

46. Tindakan: a, b, c

47. Tindakan: a, b, c

48. Tindakan: a, b, c

49. Tindakan: a, b, c

50. Tindakan: a, b, c

## **PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

| Jam Ke | Waktu | Tekanan darah | Adasi | Temperatur | Tinggi fundus uteri | Kontraksi uterus | Kandung kemih | Perdarahan |
|--------|-------|---------------|-------|------------|---------------------|------------------|---------------|------------|
| 1      | 11.45 | 120/80        | 82    | 36.6       | 2 jari & pusat      | Baik             | Kosong        | 15 cc      |
|        | 12.00 | 120/80        | 80    |            | 2 jari & pusat      | Baik             | Kosong        | 10 cc      |
|        | 12.15 | 120/80        | 78    |            | 2 jari & pusat      | Baik             | Kosong        | 10 cc      |
|        | 12.30 | 120/80        | 80    |            | 2 jari & pusat      | Baik             | Kosong        | 10 cc      |
| 2      | 13.00 | 120/80        | 80    | 36.4       | 2 jari & pusat      | Baik             | Kosong        | 10 cc      |
|        | 13.30 | 120/80        | 79    |            | 2 jari & pusat      | Baik             | Kosong        | 5 cc       |

Masalah Kala IV: \_\_\_\_\_  
 Penatalaksanaan yang dilakukan untuk masalah tersebut: \_\_\_\_\_  
 Bagaimana hasilnya? \_\_\_\_\_