

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Kesiediaan Membimbing

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Endang Surani, S.SiT.,M.Kes

NIDN : 0604017601

Pangkat/Golongan : Penata Muda

Pekerjaan : Dosen tetap

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Laporan Tugas Akhir atas nama mahasiswa Prodi D3 Kebidanan FK Unissula, sebagai berikut:

Nama : Ainaya Hafizatul Adibiyah

NIM : 40001700001

Judul LTA:

**“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE) PADA
NY.R DI PUSKESMAS ROWOSARI II KABUPATEN KENDAL”**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2019

Pembimbing



Endang Surani, S.SiT.,M.Kes

NIDN. 0604017601

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Alfiah Rahmawati, S.SiT., M.Keb

NIDN : 0609048703

Pangkat/Golongan :

Pekerjaan : Dosen tetap

Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Laporan Tugas Akhir atas nama mahasiswa Prodi D3 Kebidanan FK Unissula, sebagai berikut:

Nama : Ainaya Hafizatul Adibiyah

NIM : 40001700001

Judul LTA:

**“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE) PADA
NY.R DI PUSKESMAS ROWOSARI II KABUPATEN KENDAL”**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang,

2019

Pembimbing



Alfiah Rahmawati, S.SiT., M.Keb

NIDN. 0609048703

Lampiran 2. Surat Keterangan Konsultasi

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Endang Surani, S.SiT.,M.Kes

NIDN : 0604017601

Pangkat/Golongan : Penata Muda

Pekerjaan : Dosen Tetap

Adalah pembimbing LTA dari mahasiswa prodi D3 Kebidanan FK Unissula, sebagai berikut:

Nama : Ainaya Hafizatul Adibiyah

NIM : 40001700001

Judul LTA:

**“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE) PADA
NY.R DI PUSKESMAS ROWOSARI II KABUPATEN KENDAL”**

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing LTA pada Hari..... Tanggal..... Bulan..... Tahun..... bertempat di Prodi D3 Kebidanan FK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2019

Pembimbing



Endang Surani, S.SiT.,M.Kes

NIDN. 0604017601

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Alfiah Rahmawati, S.SiT., M.Keb

NIDN : 0609048703

Pangkat/Golongan :

Pekerjaan : Dosen tetap

Adalah pembimbing LTA dari mahasiswa prodi D3 Kebidanan FK Unissula, sebagai berikut:

Nama : Ainaya Hafizatul Adibiyah

NIM : 40001700001

Judul LTA:

**“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE) PADA
NY.R DI PUSKESMAS ROWOSARI II KABUPATEN KENDAL”**

Menyatakan bahwa mahasiswa tersebut di atas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing LTA pada Hari..... Tanggal..... Bulan..... Tahun..... bertempat di Prodi D3 Kebidanan FK Unissula Semarang.

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang,

2019

Pembimbing



Alfiah Rahmawati, S.SiT., M.Keb

NIDN. 0609048703

Lampiran 3. Lembar Konsultasi





PRODI D3 KEBIDANAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Jl. Raya Kaligawe KM.04 Po Box 1054 Semarang Telp. (024)6583584

Nama Mahasiswa : Ainaya Hafizatul Adibiyah
NIM : 40001700001
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.R
Di Puskesmas Rowosari II Kabupaten Kendal
Pembimbing : Endang Surani, S.SiT.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1-	Senin 21/10/19	BAB 1	→ Perbaiki, masalahnya penyebab, cara penulisan lokasi, Aki dan Akb, halaman daftar pustaka setiap ariena harus detail, spasinya	
	Senin 18/11/19	BAB 1	1- sumber terbaru 2- Tahun 2016, 2017, 2018	
	Kelau 20/11/19	BAB 1	1- sumber 2- Rapihan 3- Aki x Akb di benarkan perharu	
	Kamis 21/11/19	BAB I, II, III, IV	'	

PRODI D3 KEBIDANAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Jl. Raya Kaligawe KM.04 Po Box 1054 Semarang Telp. (024)6583584

Nama Mahasiswa : Ainaya Hafizatul Adibiyah
NIM : 40001700001
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.R
Di Puskesmas Rowosari II Kabupaten Kendal
Pembimbing : Alfiah Rahmawati, S.SiT., M.Keb

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Senin 05/11/2015	BAB I	lebih menekankan, sistematika penulisan sumber yang akurat	Alfiah
2	Jamis 07/11/2015	BAB I, II, III, IV	sistematika penulisan perbaikan bab II (jurnal) sumber yang akurat latar belakang, aspek di tambahi	Alfiah
3.	Rabu 13/11/2015	BAB I, II, III, IV	perbaiki, sumber berbeda	Alfiah

Lampiran 4. Informed Consent

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

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny.R

Umur : 35 tahun

Alamat : Desa Pojok Sari RT 02 RW 01, Kec. Rowosari, Kab. Kendal

Pekerjaan : IRT

Setelah memperoleh penjelasan sebelumnya, dengan ini menyatakan:

SETUJU/~~TIDAK SETUJU~~

Diikutsertakan dan bersedia berperan dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir yang berjudul:

“Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.R”

Demikian surat pernyataan ini kami buat sebenar-benarnya tanpa paksaan.

Rowosari, 25 September 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab



Ainaya Hafizatul Adibiyah

Yang Menyatakan,
Responden









Ny.R

Lampiran 5. Rencana Kegiatan Kunjungan

RENCANA KEGIATAN (PoA) KUNJUNGAN COC

Nama Pasien : Ny.R
 Umur : 35 tahun
 HPHT : 05 Januari 2019
 HPL : 12 Oktober 2019
 Alamat : Pojok Sari 2/1

No	Hari/ Tanggal	Tahapan	Kunjungan	Kegiatan	Tanda tangan		
					Pasien	Pembimbing klinik	Pembimbing Lahan
1.	Jumat 27/09/19	Hamil	ANC 1	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan Anamnesa kepada ibu hamil Melakukan Pemeriksaan Tanda-tanda vital dan fisik ibu hamil Memberikan KIE kepada ibu hamil tentang <ul style="list-style-type: none"> Nyeri Punggung Tanda-tanda persalinan Persiapan persalinan Menganjurkan ibu untuk melakukan kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan Pendokumentasian. 			
2.	Jumat 09/10/19		ANC 2	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan Anamnesa dengan ibu hamil. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital dan fisik pada ibu hamil. Memberikan KIE kepada ibu tentang <ul style="list-style-type: none"> Perut sering kenceng Menganjurkan ibu untuk kunjungan ulang 1 minggu lagi atau jika ada keluhan Pendokumentasian 			

Lampiran 6. Buku KIA

Nomor Registrasi
 Nomor Urut 19-2-19
 Tanggal menuliskan Buku KIA
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan:

IDENTITAS KELUARGA

Nama Ibu
 Tempat/Tgl lahir
 Kehamilan ke
 Agama
 Pendidikan
 Golongan Darah
 Pekerjaan
 No. IKN

Nama Suami
 Tempat/Tgl lahir
 Agama
 Pendidikan
 Golongan Darah
 Pekerjaan

Alamat Rumah
 Kecamatan
 Kabupaten/Kota
 Telepon yang bisa dihubungi:

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Ditulis oleh petugas kesehatan

Hari pertama masa kehamilan (tanggal)
 Hari terakhir masa kehamilan (tanggal)
 Berat badan awal
 Berat badan saat ini
 Berat badan yang diharapkan (kg)

No	Waktu kelahiran	Tinggi Berat (kg)	Umur kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Lebar panggul (cm)	Keadaan janin
1	mulut, perut	70	5	-	-	-
2	mulut, punggung	76,8	9	-	-	-
3	mulut, punggung	77,1	10	23,5	24	mulut
4	mulut, punggung	80	11	23,5	24	mulut
5	leher, punggung	80	22	20	6	mulut
6	Bapak	70	26	24	6	mulut
7	A. H	80	30	24	6	mulut
8	A. K	83	33	28	6	mulut
9	ap. lut	82	37	30	6	mulut

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Ditulis oleh petugas kesehatan

Hari pertama masa kehamilan (tanggal)
 Hari terakhir masa kehamilan (tanggal)
 Berat badan awal
 Berat badan saat ini
 Berat badan yang diharapkan (kg)

No	Keadaan Ibu	Keadaan Janin	Keadaan Plasenta	Keadaan Tali Pusat	Keadaan Perdarahan	Keadaan Lain-lain
1	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
2	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
3	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
4	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
5	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
6	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
7	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
8	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+
9	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+	-/+

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Kali Berkah	Hasil Pemeriksaan Laboratorium	Tindakan (pemberian TT, Fe, terapi, rujukan, umpan balik)	Hasil yang disampaikan	Keterangan - Tempat Pelayanan Nama Pemeriksa (Graf)	Kapan Harus Kembali
- / +					
- / +					
- / +					

8/10 11/10

(Handwritten signature)

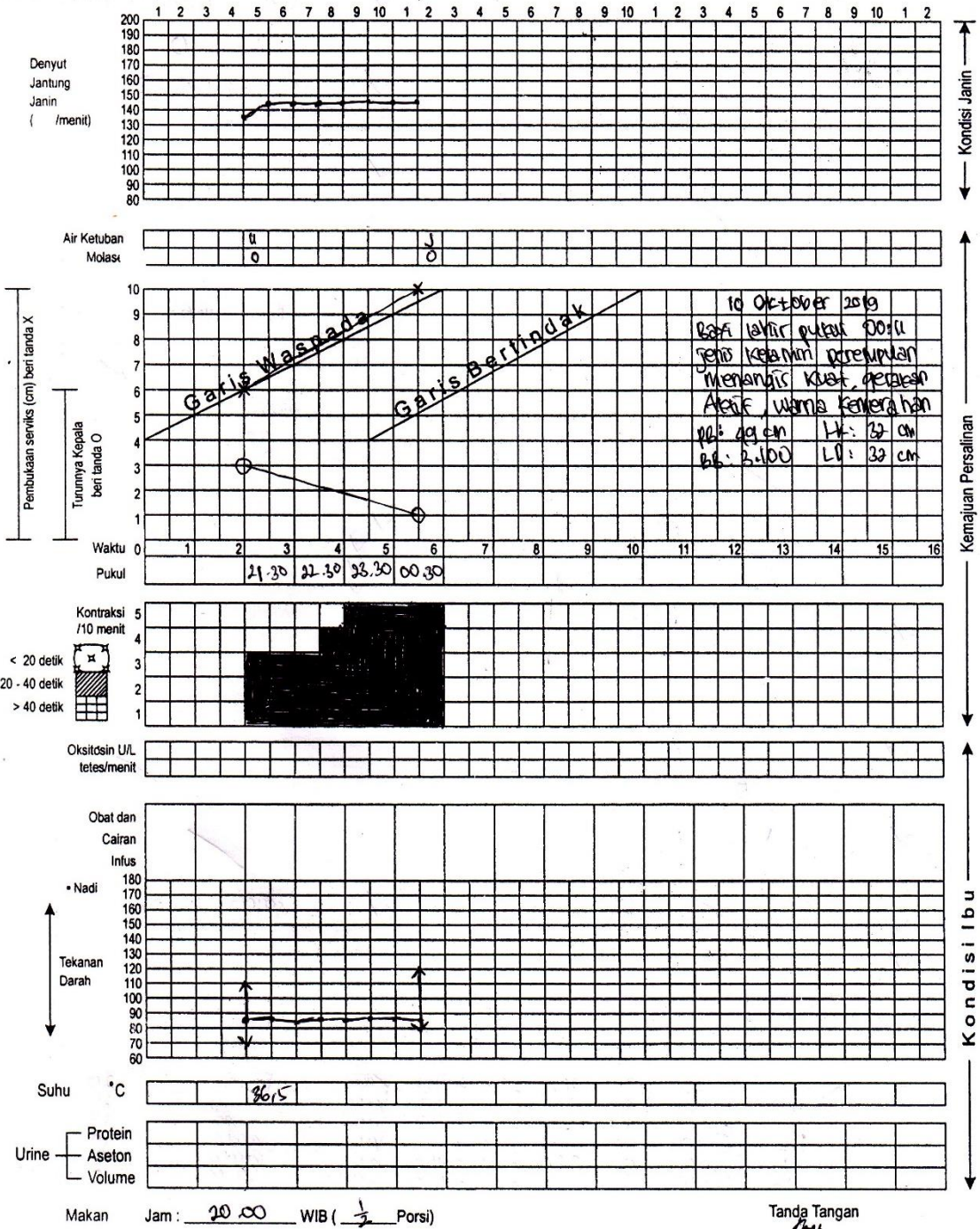
X Gula
 500 21/10/10
 500 11/10/10

G.P. dan *(Handwritten signature)* Sp. OG

PT. HIGIENA & KESEHATAN

Lampiran 7. Partograp

No. Register 020209 Nama Ibu : Ny M.R / Tn T.A Umur : 35 th G : 2 P : 1 A : 0
 No. Puskesmas Tanggal : 09. Oktober 2019 Jam : 21.30 WIB Hamil : 39 Minggu
 Ketuban Pecah Sejak Jam : Mules sejak jam : 19.00 WIB



Makan Jam : 20.00 WIB (1/2 Porsi)

Tanda Tangan

Tanggal : 10-10-2019

Nama Bidan : Bidan Sas'

Tempat Persalinan :

- Rumah Ibu (checked), Puskesmas (checked), Polindes, Rumah Sakit, Klinik Swasta, Lainnya

Alamat tempat persalinan : Jl. Iskandari 2

Catatan : rujuk, kala : F/F/H/HV

Alasan merujuk :

Tempat rujukan :

- Pendamping pada saat merujuk : bidan, teman, suami, dukun, keluarga, tidak ada

Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :

- Gawat darurat, Persalinan, HDK, Infeksi, PMTCT

KALA I

Pantogram melewati garis waspada : Y (F)

1. Masalah lain, sebutkan :

2. Penatalaksanaan masalah tsb :

3. Hasilnya :

KALA II

4. Episiotomi :

- Ya, indikasi, Tidak (checked)

5. Pendamping pada saat persalinan

- Suami, teman, tidak ada, keluarga (checked), dukun

6. Gawat janin :

- Ya, tindakan yang dilakukan :

a. b. Tidak

- Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II

hasil :

7. Distosia bahu

- Ya, tindakan yang dilakukan : Tidak (checked)

8. Masalah lain, sebutkan :

KALA III

9. Inisiasi Menyusui Dini

- Ya (checked), Tidak, alasan

10. Lama kala III : 5 menit

11. Pemberian Oksitosin 10 U im?

- Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan

12. Pemberian ulang Oksitosin (2x)?

- Ya, Alasan

- Tidak (checked)

13. Penegangan tali pusat terkendali?

- Ya (checked), Tidak, alasan

TABEL PEMANTUAN KALA IV

Table with 9 columns: Jam ke, Waktu, Tekanan Darah, Nadi, Suhu, Tinggi Fundus Uteri, Kontraksi Uterus, Kandung Kemih, Darah yang Keluar. Rows show data for Kala I and Kala II.

Masalah Kala IV :

- Placenta lahir lengkap (infact) (Ya) Tidak

Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan:

a. b.

16. Placenta tidak lahir > 30 menit :

- Ya, Tidak (checked), alasan

17. Laserasi :

- Ya, dimana : Mukosa vagina, kulit perineum, dan

- Tidak

18. Jika Laserasi perineum, derajat : 1 (2) 3/4

Tindakan :

- Penjahitan, dengan atau tanpa anestesi (checked)

- Tidak dihaji, alasan

19. Atonia uteri :

- Ya, tindakan

- Tidak (checked)

20. Jumlah darah yang dikeluarkan pendarahan :

21. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :

hasilnya :

KALA IV

22. Kondisi ibu : KU : Baik... TD : 110/70 mmHg Nadi : 80 x/mnt

Napas : 22 x/mnt

23. Masalah dan penatalaksanaan masalah :

BAYI BARU LAHIR

24. Berat badan : 3100 gram

25. Panjang badang : 49 cm

26. Jenis Kelamin : L (P)

27. Penilaian bayi baru lahir : baik / ada penyakit

28. Bayi lahir :

- Normal, tindakan :

- Mengeringkan (checked)

- Menghangatkan (checked)

- Rangsang taktil (checked)

- Memastikan IMD atau naluri menyusui segera

Asfiksia/pucat/biru/lemas, tindakan :

- Mengeringkan

- Rangsang taktil

- Bebaskan jalan napas

- Pakaian/selimuti bayi dan tempatkan disisi ibu

- Menghangatkan

Lain-lain, sebutkan :

Cacat bawaan, sebutkan :

Hipotermi, tindakan :

a. b. c.

29. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir

- Ya, waktu : 30 menit jam setelah bayi lahir (checked)

- Tidak, alasan :

30. Masalah lain, sebutkan :

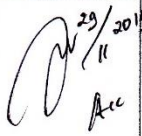

Hasilnya :

Lampiran 8. Berita Acara Ujian Proposal LTA

BERITA ACARA

UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama Mahasiswa : Ainaya Hafizatul Adibiyah
 NIM : 40001700001
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity Of Care*) pada Ny. R
 Di Puskesmas Rowosari II Kabupaten Kendal
 Penguji I : Muliatul Jannah, S.ST.,M.Biomed
 Penguji II : Isna Hudaya,S.ST., M.Biomed

NO	Nama Penguji	Saran	Tanda Tangan
1-	Isna Hudaya, S.ST., M. Biomed	1- Rumusan Masalah 2- Tujuan Khusus 3- BAB II Tinjauan teori → kebutuhan ibu hamil III → asuhan / penatalaksanaan ibu hamil IOT 4- BAB III → tinjauan kasus 5- BAB IV → pembahasan bb 12 kg (normal)	 29/11/2019 Acc
2-	Muliatul Jannah, S. ST. M. Biomed	1- kata pengantar (case penulisan) 2- Asuhan / penatalaksanaan (TI, Per. peruntang, dan HIA) 3- sistematika penulisan (tinjauan teori) bab II 4- menghitun umur kehamilan 5- lampiran	 11/11/19 Acc

Lampiran 9. Lembar Konsultasi





PRODI D3 KEBIDANAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Jl. Raya Kaligawe KM.04 Po Box 1054 Semarang Telp. (024)6583584

Nama Mahasiswa : Ainaya Hafizatul Adibiyah
NIM : 40001700001
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.R
di Puskesmas Rowosari II Kabupaten Kendal
Pembimbing : Endang Surani, S.SiT.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1-	Kamis, 23.01.2020	BAB II, III, IV	- Cara penulisan - Sumber penulisan - Tabel - Tinggalkan Teori - Askep pengalaman kard I II	
2-	Rabu 04.02.2020	BAB IV kard I, II, III, IV	- Waktu - cara penulisan. - Askep tifus - Askep ebl	
3-	Selasa 10.02.2020	Pembahasan	- Teori - Daftar pustaka - Masalah - cara penulisan	
4-	Senin 19.02.2020	BAB V	Au	

Semarang,

2019

Pembimbing



Endang Surani, S.SiT.,M.Kes

NIDN. 0604017601





PRODI D3 KEBIDANAN

FAKULTAS KEDOKTERAN

UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG

Jl. Raya Kaligawe KM.04 Po Box 1054 Semarang Telp. (024)6583584

Nama Mahasiswa : Ainaya Hafizatul Adibiyah
NIM : 40001700001
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.R
di Puskesmas Rowosari II Kabupaten Kendal
Pembimbing : Alfiah Rahmawati, S.SiT., M.Keb

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1-	Senin 03/02/2020	BAB IV	- Paragraf - perbarui Asuhan - perbarui kala I dan kala II	
2-	Jum'at 14-02-2020	BAB IV	- Patokan - Asuhannya - waktu	
3-	Senin 17-02-2020	Pembahasan	- cara penulisan - perbarui Asuhan - perbarui cara penyamparan - Teori	
4	Selasa 18-02-2020	Pembahasan	- teori - kasus - kesenjangan	

5-	Rabu 19-02-2020	Pembahasan Bab V	- Teori - kasus - kesenjangan	df

Semarang,

2019

Pembimbing



Aliah Rahmawati, S.SiT., M.Keb

NIDN. 0609048703

Lampiran 10. Dokumentasi Kunjungan ANC





