

# LAMPIRAN

Lampiran 1. Buku KIA

*Sigitesta*

Alamat Rumah (Jl.)  
 Nomor Lantai di Rumah (No.)  
 Tempat (Desa/Kelurahan) Loka BIA  
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan 082 222 121 120 120

**IDENTITAS KELUARGA**

Nama Ibu: *A. M. K.*  
 Tempat/Tgl. Lahir: *20/08/1989*  
 Alamat: *Desa Loka BIA*  
 Pendidikan: *SD*  
 Pekerjaan: *ibu rumah tangga*  
 Kelompok Darah: *B*  
 No. KK: *123456789*

Nama Ayah: *Kusnanto*  
 Tempat/Tgl. Lahir: *10/10/1985*  
 Alamat: *Desa Loka BIA*  
 Pendidikan: *SD*  
 Pekerjaan: *ibu rumah tangga*  
 Kelompok Darah: *B*  
 No. KK: *123456789*

Alamat Rumah: *Mokerto 11*

Kecamatan: *Mokerto 11*  
 Kabupaten/Kota: *Mokerto 11*  
 No. Telp. yang bisa dihubungi: *089 666 240 120*

Nama Anak: *...*  
 Tempat/Tgl. Lahir: *...*  
 Anak ke: *...*  
 No. Aktif Keluarga: *...*

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**

Diisi oleh petugas kesehatan *M. M. M.*

Hari Pertama Hamil Terakhir (HPMT) tanggal *14/1/2019*  
 Hari Terakhir Perkiraan Partus (HTPP) tanggal *21/10/2019*  
 Tanggal Terjadi Aborsi:  Ya  Tidak  
 Cara Aborsi:  Spontaneus  Medis  Terpapar Radiasi  
 Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: *...*  
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: *...*

Kesakit Alami: *...*

| No   | Tanggal Kunjungan | Tekanan Darah (mmHg) | Berat Badan (kg) | Ukuran Lingkar Perut (cm) | Tempo Serviks (cm) | Lebar Serviks (cm) | Denyut Jantung Janin (bpm) |
|------|-------------------|----------------------|------------------|---------------------------|--------------------|--------------------|----------------------------|
| 1/3  | 14/1              | 100/80               | 55               | 11                        | -                  | -                  | -                          |
| 2/3  | 21/1              | 100/80               | 55               | 14                        | -                  | -                  | -                          |
| 3/3  | 28/1              | 100/80               | 57               | 14                        | -                  | -                  | -                          |
| 4/3  | 4/2               | 100/80               | 57               | 15                        | -                  | -                  | -                          |
| 5/3  | 11/2              | 100/80               | 59               | 23                        | -                  | -                  | 144/m                      |
| 6/3  | 18/2              | 100/80               | 59               | 27                        | 2                  | 4p                 | 140                        |
| 7/3  | 25/2              | 100/80               | 63               | 29                        | 3                  | 4p                 | 150                        |
| 8/3  | 3/3               | 100/80               | 64               | 31                        | 4                  | 4p                 | 155                        |
| 9/3  | 10/3              | 110/70               | 64               | 33                        | 4                  | 4p                 | 160                        |
| 10/3 | 17/3              | 110/70               | 66               | 36                        | 4                  | 4p                 | 136                        |

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari ke *2* jumlah persalinan *1* jumlah kelahiran *0* *C.P.P. & D.*  
 Jumlah anak hidup *...* jumlah lahir mati *...*  
 Jumlah anak lahir kurang bulan *...* atau *1* *0* *8h* *27m* *30"*  
 Jenis kelahiran (1) dengan persalinan normal (2) dengan persalinan sesar (3) dengan persalinan TT sesar (4) dengan persalinan lainnya *...*  
 Persalinan persalinan normal (1) Tidak  
 Cara persalinan sesar (1) Misioner/Normal (1) Tidak

| No   | Tgl Kunjungan | Nilai Anemia (Hb) | Tanda Jangkitan TI, H. atau infeksi organ lain | Nilai yang diupayakan | Keadaan Tempat Melahirkan - Sifat Persalinan (Pul) | Kategori Hasil Kunjungan |
|------|---------------|-------------------|--|-----------------------|--|--------------------------|
| 1/3  | 14/1          | 100/80            | 55   | 11                    | -  | -                        |
| 2/3  | 21/1          | 100/80            | 55   | 14                    | -  | -                        |
| 3/3  | 28/1          | 100/80            | 57   | 14                    | -  | -                        |
| 4/3  | 4/2           | 100/80            | 57   | 15                    | -  | -                        |
| 5/3  | 11/2          | 100/80            | 59   | 23                    | -  | -                        |
| 6/3  | 18/2          | 100/80            | 59   | 27                    | 2  | 4p                       |
| 7/3  | 25/2          | 100/80            | 63   | 29                    | 3  | 4p                       |
| 8/3  | 3/3           | 100/80            | 64   | 31                    | 4  | 4p                       |
| 9/3  | 10/3          | 110/70            | 64   | 33                    | 4  | 4p                       |
| 10/3 | 17/3          | 110/70            | 66   | 36                    | 4  | 4p                       |

**CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL**

| No | Indeks Massa Tubuh | Tinggi Badan (cm) | Berat Badan (kg) | Umur Kehamilan (Minggu) | Tinggi Fundus (cm) | Letak Jantung (Rp/Su/L) | Denyut Jantung (per menit) |
|----|--------------------|-------------------|------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|----------------------------|
| 1  | 20                 | 150               | 67               | 32                      | 22                 | Rp                      | 120                        |
| 2  | 20                 | 150               | 67               | 36                      | 24                 | Rp                      | 120                        |
| 3  | 20                 | 150               | 67               | 38                      | 26                 | Rp                      | 120                        |

Berikan dokter dan tenaga kesehatan mengingatkan keluarga untuk segera mengurus AKTE KELAHIRAN. Syarat mengurus akte kelahiran: (1) Surat Kelahiran dari dokter/bidan/pemilong kelahiran (2) nama dan identitas akte kelahiran, (3) KK orang tua, (4) KTP orang tua, (5) Kupon Akta Nikah/Akta Perkawinan orang tua.

Diisi oleh Tenaga Kesehatan (Dokter dan Dokter Spesialis)

*Handwritten notes:*  
 - 10/10/19  
 - 20-10-19  
 - ke rumah  
 - ke rumah  
 - ke rumah  
 - ke rumah

**KETERANGAN LAHIR**

No : 021/RSM/EB/S/2019

Yang bertandatangan di bawah ini, menerangkan bahwa:  
 Pada hari ini ..... tanggal ..... Pukul .....  
 telah lahir seorang bayi:

Jenis kelamin : Laki-laki/Perempuan\*  
 Jenis Kelahiran : Tunggal/Kembar 2/Kembar 3/Lainnya\*  
 Kelahiran ke : 1

Berat lahir : 3500 gram  
 Panjang Badan : 51 cm  
 di Rumah Sakit/ Puskesmas/ Rumah Bersalin/ Polindes/ Rumah Bidan/di  
 .....,  
 Alamat : Jl. Soeromo - Hertasno No. 98 Kalimantan  
 Diberi nama : .....

Dari Orang Tua:  
 Nama Ibu : Ny. Nurfitri Umur : 30 tahun  
 Pekerjaan : 3324154805090003  
 Nama Ayah : To. Reaktor Umur : 38 tahun  
 Pekerjaan : Karyawan swasta  
 KTP/NIK No. : 324082005870001  
 Alamat : No. 1000 VS  
 Kecamatan : Kalimangau  
 Kab./Kota : Keb. Bat

Saksi I : ..... Saksi II : .....  
 Penolong persalinan : 20-10-2019

*Handwritten signature and stamp:*  
 \* Ulangi yang sesuai  
 \*\* Tanda tangan, nama lengkap, nomor induk pegawai, nama instansi  
 PEMERINTAH KABUPATEN KALIMANGAU  
 RSUD. H. DR. MOESTAR  
 KALIMANGAU

**Lampiran 2. Dokumentasi Kunjungan hamil**







**Dokumentasi Bersalin**



**Dokumentasi kunjungan bayi baru lahir dan Kunjungan Nifas**









## Lampiran

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

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Ny.M  
Umur : 30 Tahun  
Alamat : Desa Nislokerto RT 001, RW 005 Kec Kaliwungu Kab.Kendal  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

Setelah memperoleh penjelasan sepenuhnya, dengan ini menyatakan :

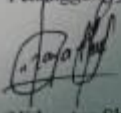
**SETUJU/~~BUKAN SETUJU~~**


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

**"Asuhan kebidanan berkelanjutan (Countunity of Care) pada Ny.M"**

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

Kaliwungu, 24 September 2019

Mengetahui,  
Penanggung jawab  
  
(Hidayatus Sholikhah)

Yang menyatakan,  
Responden  
  
(Ny.M)

**SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Atika Zahra Arisanti, S.ST., M.Keb  
NIK : 210914061  
Pangkat/Golongan :  
Pekerjaan : Dosen Prodi DIII Kebidanan

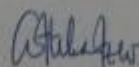
Menyatakan bersedia menjadi pembimbing pembuatan Laporan Tugas Akhir atas nama mahasiswa Prodi D3 Kebidanan Fakultas Kebidanan Universitas Islam Sultan Agung Semarang, sebagai berikut :

Nama : Hidayatin Sidiqibah  
NIK : 40091700008

Judul LTA : "ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*Continuity of Care*) PADA NY.M DI PUSKESMAS KALIWUNGU KABUPATEN KENDAL".

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 09 September 2019  
Pembimbing,



Atika Zahra Arisanti, S.ST., M.Keb  
NIK.210914061

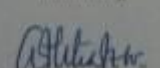
**PRODI IS KEBIDANAN**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN**  
**UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG**  
**Jl. Raya Kaligawe KM 4 PO Box 1954 Semarang Telp. (021) 6593584**

Nama Mahasiswa : Hidayat Sholikhah  
 NIM : 4000170008  
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity of Care) Pada Ny. M di Puskesmas Kaliwangi Kabupaten Kendal  
 Pembimbing : Atika Zahra Arisanti, S. ST., M. Keb

| NO | Hari/Tanggal                | Pokok bahasan                        | Saran  | Paraf Pembimbing |
|----|-----------------------------|--------------------------------------|--|------------------|
| 1  | 15 oktober<br>2019          | BAB I                                | Latihan BAB I - II                                     | af               |
| 2  | Kamis<br>21 oktober<br>2019 | BAB I<br>BAB II<br>BAB III<br>BAB IV | -> Parahipertensi 37 = 47<br>-> P'hati asuhan p' natal | af               |
| 3  | Kamis,<br>22/10             | BAB I - II                           | - P'hati s'k sarman                                    | af               |

Semarang, 2019

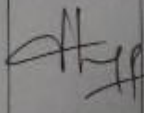
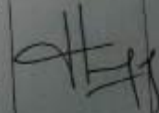
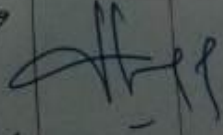
Pembimbing

  
 Atika Zahra Arisanti, S. ST., M. Keb  
 NIDN 210914061



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

Nama Mahasiswa : Hidayatus Sholikhah  
Nim : 40001700008  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Contiunity of Care*) Pada Ny. M di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kendal  
Pembimbing : Machfudloh., S. SiT., MH.Kes

| NO | Hari/<br>Tanggal             | Pokok bahasan                                | Saran  | Paraf<br>Pembimbing   |
|----|------------------------------|--|--|---|
| 1. | Senin<br>07 oktober<br>2019  | - BAB I                                      | - Tambahkan program pemerintah Indonesia<br>- Perbaiki penulisan   |    |
| 2. | Selasa<br>15 oktober<br>2019 | - BAB I                                      | - Tambahkan program pemerintah kendal untuk menurunkan aki AKB<br>- Perbaiki penulisan sumber setelah titik. |   |
| 3. | Kamis<br>31 oktober<br>2019  | - BAB I<br>- BAB II<br>- BAB III<br>- BAB IV | - Kurangi latar belakang<br>- Ambil inti dalam paragrafnya<br>- Penulisan SPOR dipertahankan kembali.        |  |

Semarang, 2019

Pembimbing

Machfudloh, S.SiT.,MH. Kes  
NIDN.0608018701

**SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Machfudloh S.SiT,MH.Kes

NIDN : 0608018702

Pangkat/Golongan :

Pekerjaan : Dosen Tetap

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

Nama : Hidayatus Sholikhah

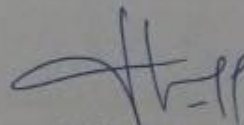
NIM : 40001700008

Judul LTA : " ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (*Continuity of Care*)  
PADA NY.M DI PUSKESMAS KALIWUNGU KABUPATEN KENDAL "

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 09 September 2019

Pembimbing,



Machfudloh S. SiT, MH. Kes

NIDN : 0608018702

## SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Machfudloh S.SiT,MH.Kes

NIDN : 0608018702

Pangkat/Golongan :

Jabatan : Dosen Tetap

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

Nama : Hidayatus Sholikhah

NIM : 40001700008

Judul LTA :

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

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing LTA pada Hari Tanggal Bulan Tahun 2019 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, 2019

Pembimbing,

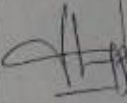
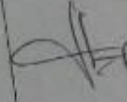
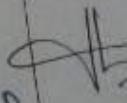


Machfudloh S.SiT,MH.Kes

NIDN : 0608018702

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

Nama Mahasiswa : Hidayatus Sholikhah  
Nim : 40001700008  
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) Pada Ny. M di Puskesmas Kaliwungu Kabupaten Kendal  
Pembimbing : Machfudloh., S. SiT., MH. Kes

| NO | Hari/<br>Tanggal          | Pokok bahasan                                | Saran  | Paraf<br>Pembimbing   |
|----|---------------------------|--|--|---|
| 4. | 11 November<br>2019.      | - BAB I<br>- BAB II<br>- BAB III<br>- BAB IV | - Perbaiki BAB I<br>- Ditambahkan UUI NO 9<br>tentang kebidanan 2019<br>- Perbaiki BAB IV<br>- Cari penyebab ARS di<br>Indoharta |    |
| 5. | 19 November               | - BAB I<br>- BAB II<br>- BAB III<br>- BAB IV | - Perbaiki BAB I<br>Latar Belakang<br>- Perbaiki Penulisan<br>- Ditambahkan UUI NO<br>39 tentang kesehatan                       |   |
| 6. | Selasa.<br>17 NOV<br>2019 | - BAB I<br>- BAB II<br>- BAB III<br>- BAB IV | Wajibkan berseragam<br>pendukung<br>Siapkan juga ujian   |  |

Semarang, 2019

Pembimbing

Machfudloh, S.SiT., MH. Kes  
NIDN.0608018701



**SURAT KETERANGAN KONSULTASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Atika Zahra Arisanti, S.ST., M.Keb  
 NIK : 21091406  
 Pangkat/Golongan :  
 Jabatan : Dosen Prodi DIII Kebidanan

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

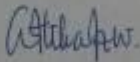
Nama : Hidayatus Sholikhah  
 NIM : 40001700008  
 Judul LTA :

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

Menyatakan bahwa mahasiswa seperti tersebut diatas benar-benar telah melakukan konsultasi pada pembimbing LTA pada Hari            Tanggal    Bulan            Tahun 2019, 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,            2019  
 Pembimbing,

  
 Atika Zahra Arisanti, S.ST., M.Keb  
 NIK : 21091406