

LAMPIRAN

Lampiran 1. Surat Kesediaan membimbing**SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Machfudloh, S.SiT., M.HKes

NIDN : 0608018701

Pangkat/Golongan : Ka. Prodi D III Kebidanan

Pekerjaan : Dosen tetap

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

Nama : Uswatun Khasanah

NIM : 40001700017

Judul LTA :

**“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE) PADA
NYS DI PUSKESMAS PEGANDON KABUPATEN KENDAL”**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 2019

Pembimbing



Machfudloh, S.SiT., M.HKes

NIDN. 0608018701

SURAT KESEDIAAN MEMBIMBING

Yang bertanda tangan di bawah ini:

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

NIDN : 0627018001

Pangkat/Golongan :

Pekerjaan : Dosen tetap

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

Nama : Uswatun Khasanah

NIM : 40001700017

Judul LTA:


**“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE) PADA
NY.S DI PUSKESMAS PEGANDON KABUPATEN KENDAL”**

Demikian surat keterangan ini dibuat untuk dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang,

2019

Pembimbing



Endang Susilowati, S.SiT., M.Kes

NIDN. 0627018001

Lampiran 2. Surat Keterangan konsultasi**SURAT KETERANGAN KONSULTASI**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Machfudloh, S.SiT., M.HKes

NIDN : 0608018701

Pangkat/Golongan : Ka. Prodi D III Kebidanan

Pekerjaan : Dosen tetap

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

Nama : Uswatun Khasanah

NIM : 40001700017

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



Machfudloh, S.SiT., M.HKes

NIDN. 0608018701

SURAT KETERANGAN KONSULTASI

Yang bertanda tangan di bawah ini:

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

NIDN : 0627018001

Pangkat/Golongan :

Pekerjaan : Dosen Tetap

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

Nama : Uswatun Khasanah

NIM : 40001700017

Judul LTA:

**“ASUHAN KEBIDANAN BERKELANJUTAN (CONTINUITY OF CARE) PADA
NY.S DI PUSKESMAS PEGANDON 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 Susilowati, S.SiT., M.Kes

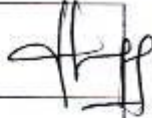

NIDN. 0627018001

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 : Uswatun Khasanah
 NIM : 40001700017
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.S
 Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal
 Pembimbing : Machfudloh,S.SiT., M.HKes

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Kamis AB / PD 2019	BAB I	- Perbaiki latar belakang tentang Aci	
2.	18 / 10 2019	BAB I	- Penambahan latar belakang tentang faktor penyebab, upaya Indonesia, permasalahan Aci dan faktor penyebab Aci di Puskesmas	
3.	Selasa 29 / 10 2019	BAB I, II, IV	- Parafrase paragraf - Sistematika penulisan - Asuhan berkelanjutan	
4.	11 / 11 2019	BAB 1, 2, 3, 4	- Tambahkan BAB I - Tambahkan UU kesehatan keperawatan, dan UU kebidanan 2019	

S.	14 / 11 2019	BAB I, II,	Revisian uu Ace BAB I, II, III, IV	
C.	19 / 11 2019	BAB I, II, III IV	Penyusunan Materi ofisio - lengkapi daftar pustaka - dokumentasi	

Semarang,



2019

Pembimbing


Machfudloh, S.SiT., M.HKes**NIDN. 0608018701**

PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Jl. Raya Kaligawe KM.04 Po Box 1054 Semarang Telp. (024)6583584

Nama Mahasiswa : Uswatun Khasanah
 NIM : 40001700017
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.S
 Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal
 Pembimbing : Endang Susilowati, S.SiT.,M.Kes

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Rabu 06 / " / 2019	BAE I, II, III <u>IV</u>	- sistematisa Penulisan - Penambahan pembahasan tentang kehamilan, persalinan, Nifas dan BBL	
2.	21 / " / 2019		konsep 1 X blm acc	
3.				

Lampiran 4. Informed Consent**SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN****(INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny.S

Umur : 35 tahun

Alamat : Desa Gemuh blanten RT 01/RW 01 kec. Pegandon Kab. Kendal

Pekerjaan : IRT

Setelah memperoleh penjelasan sebelumnya, dengan ini menyatakan:

SETUJU/TIDAK SETUJU

Diikutsertakan dan bersedia berperan dalam penyelesaian Laporan Tugas Akhir berjudul:

"Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.S"

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

Pegandon, 25 September

Mengetahui,
Penanggung Jawab

Uswatun Khasanah

Yang Menyatakan,
Responden

Ny.S

Lampiran 5. Buku KIA

Nomor Registrasi Ibu: _____
 Nomor Urut di Kohort Ibu: _____
 Tanggal menerima buku KIA: _____
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan: _____

IDENTITAS KELUARGA
 Nama Ibu: Idy. Sri Hartatik
 Tempat/Tgl. Lahir: 15-9-1989
 Kehamilan ke: 1 Anak terakhir umur: _____ tahun
 Agama: Islam
 Pendidikan: Tidak Sekolah/SD/SM/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah: _____
 Pekerjaan: _____
 No. JEN: _____

Nama Suami: Tn. Saikon
 Tempat/Tgl. Lahir: 1986
 Agama: Islam
 Pendidikan: Tidak Sekolah/SD/SM/SMU/Akademi/Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah: _____
 Pekerjaan: _____

Alamat Rumah: Des. Bemuh RT. 02/4663
 Kecamatan: Bemuh
 Kabupaten/Kota: _____
 No. Telp. yang bisa dihubungi: _____

Nama Anak: _____ LIP*
 Tempat/Tgl. Lahir: _____
 Anak ke: _____ dari _____ anak
 No. Akte Kelahiran: _____

*Ceklist yang sesuai

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Hari Pertama Had Terakhir (HPHT), tanggal: 25-12-18
 Hari Takalan Perkiraan (HTP), tanggal: 3-10-19
 Lingkar Lengan Atas: 25 cm, KDK I: 14, Noe KDK: _____ Tinggi Badan: 158 cm
 Golongan Darah: B

Penggunaan kontrasepsi sebelum kehamilan ini: _____
 Riwayat Penyakit yang diderita ibu: _____
 Riwayat Alergi: _____

Tgl	Nilai berat	Tekanan Darah (mmHg)	BB (kg)	Umr Kehamilan (minggu)	Tinggi Fundus (cm)	Letak janin (Rp/Sc/Sl)	Tempo denyut (per menit)
25/12/18	54	100/70	45	8 ⁺	6	kuad	140
01/01/19	57	100/60	46	11 ⁺	6	kuad(B)	140
08/01/19	59	100/50	47	15	6	kuad(B)	140
15/01/19	60	90/60	49,5	21 ⁺⁺	6	kuad	140
22/01/19	60	90/60	50	25 ⁶	7	kuad	140
29/01/19	60	100/60	50	26	21cm	kuad	140
05/02/19	60	100/60	50,6	29,0 ⁺⁺	29cm	kuad	140
12/02/19	60	100/70	51	31 ⁺	29cm	kuad	140
19/02/19	60	100/70	50	35 ⁺	26	kuad	140
26/02/19	60	90/70	50	37	26	kuad	140
05/03/19	60	90/60	50	38	32	kuad	140

Hasil tes: I
 Jumlah anak hidup: _____
 Jumlah anak lahir: _____
 Jumlah kematian: _____
 Riwayat imunisasi: _____
 Perilaku pemakanan: _____
 Cara persalinan: _____

CATATAN KESEHATAN IBU HAMIL

Diisi oleh petugas kesehatan

Nama ibu: I. ... alamat: ...
 Jenis kelamin: ...
 Pendidikan: ...
 Pekerjaan: ...

Uji	Hasil	Terangkan	Uji	Terangkan	Uji	Terangkan
-/+		Sp. Leuk	Ca. Leu	U	24-19	
0/+	10.6	Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
-/+	10.6	Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
-/+		Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
0/+		Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
0/+		Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
-/+		Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
-/+		Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
0/+		Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
0/+		Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	
0/+		Sp. Hb	2-10	10.6 Hb	10.6 Hb	

**LATORUM MEDIS
SKESMAS PEGANDON**

Jl. Tegrebo Pegandon Kandi 51257
Telp. (0294) 303705

Tp. :
 DOKTER :
 LAMAT :
 Pegandon

PEMERIKSAAN	HASIL	NILAI NORMAL
Hemoglobin	9.2	1435-163 g/l (Ht 5-10) g/l
Leukosit		4.000 - 11.000/mm ³
Leu		
-1 jam		L40 - 15 mm
-2 jam		P=0 - 20 mm
Hitung Jenis		
- Eosinofil		1 - 2%
- Basofil		0 - 1%
- Neutrofil Segmen		5 - 5%
- Neutrofil Segmen		54 - 62%
- Limfosit		25 - 33%
- Monosit		3 - 7%
Trombosit		150.000 - 450.000/mm ³
Hematokrit		L40 - 54% P=35 - 47%
Eritrosit		144 - 512 x 10 ⁶ /mm ³
Gol darah		
Widal		
- O		
- H		
Hbs Ag		

Pegandon, Peg. 1 SEP 2019
 Penderita
 7

Lampiran 6. Dokumentasi Kunjungan ANC



Lampiran 7. Dokumentasi Kunjungan Nifas dan Neonatus



SURAT PERSETUJUAN/PENOLAKAN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny.S

Umur : 35 tahun

Alamat : Desa Gemuh Blanten RT 01/RW 01 Kec. Pegandon Kab. Kendal

Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga

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.S”

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

Pegandon, 25 September 2019

Mengetahui,
Penanggung Jawab



Uswatun Khasanah

Yang Menyatakan,
Responden






Ny.S

BERITA ACARA

UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR


Nama : Uswatun Khasanah
 NIM : 40001700017
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.S Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal
 Tanggal : 22 November 2019
 Penguji I : Muliatul Jannah, S.Si.T, M.Biomed
 Penguji II : Alfiah Rahmawati, S.Si.T, M.Keb

No	Nama Penguji	Saran	Tanda Tangan
1.	Muliatul Jannah, S.Si.T.,M.Biomed	1. Perbaiki Kalimat dan huruf. 2. BAB 1 : penyebab akibat langsung dan tidak langsung AKI & AKB 3. BAB II : tambahan pemeriksaan penunjang urine, glukosa dan protein. 4. BAB IV : Umur kehamilan dan HPHT 5. Tambahan lampiran yang asli	
			

BERITA ACARA

UJIAN PROPOSAL LAPORAN TUGAS AKHIR

Nama : Uswatun Khasanah
 NIM : 40001700017
 Judul : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (*Continuity of Care*) Pada Ny.S
 Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal
 Tanggal : 22 November 2019
 Penguji I : Muliatul Jannah, S.S.T, M.Biomed
 Penguji II : Alfiah Rahmawati, S.Si.T, M.Keb

No	Nama Penguji	Saran	Tanda Tangan
1.	Alfiah Rahmawati, S.Si.T.,M.keb	1. Perbaikan penulisan kalimat dan perbaikan huruf 2. BAB II : tambahan daftar pustaka, cara penulisan dan imunisasi TT 3. BAB III : perbaikan tanggal dan waktu pelaksanaan, studi kasus tambahan informed consent. 4. BAB IV : imunisasi TT, penulisan, dan daftar pustaka 5. Tambahan lampiran yang asli.	 Au





Semarang, 2019

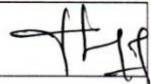



Alfiah Rahmawati, S.Si.T, M.Keb
NDIN.

PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Jl. Raya Kaligawe KM.04 Po Box 1054 Semarang Telp. (024)6583584

Nama Mahasiswa : Uswatun Khasanah
 NIM : 40001700017
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.S
 Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal
 Pembimbing : Machfudloh, S.Si.T,M.HKes

No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Senin, 6 / 01 2020	Asuhan bersalin Asuhan Nifas Asuhan BBL	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki paragraf - Asuhan bersalin dan pengawasan sampai lengkap di perbaiki. - perbaiki kunjungan nifas dan BBL. 	
2.	Rabu, 22 / 01 2020	Bab IV Hasil Asuhan bersalin Nifas dan BBL	<ul style="list-style-type: none"> - Perbaiki Asuhan - Pendekatan materi yang dikonsulsi. - lanjut Askes nifas dan BBL 	
3.	Rabu, 12 / 02 2020	BAB IV, V	<ul style="list-style-type: none"> - perbaikan jam Asuhan bersalin dan nifas - pengawasan - kala III - kala II - kala IV 	
4.	Kamis, 13 / 02 2020	BAB I, II, III, IV, V	<ul style="list-style-type: none"> - Penempatan sumber keperawatan - Perbaikan kalimat dan penempatan Asuhan. 	

5.	Senin, 17/02 2020	BAB I - V	= pembahasan mengurutkan dari BAB IV - V	
6.	Rabu, 19/02 2020	Asuhan Keperawatan Pemeriksaan dan Penutup.	Penutupan Sidang. Belajar	

Semarang,

2020


Pembimbing


Machfudloh, S.SiT., M.HKes

NIDN. 0608018702

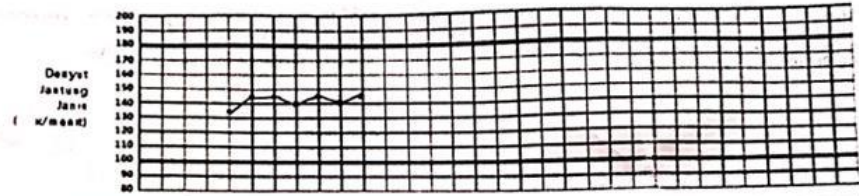
PRODI D3 KEBIDANAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG SEMARANG
Jl. Raya Kaligawe KM.04 Po Box 1054 Semarang Telp. (024)6583584

Nama Mahasiswa : Uswatun Khasanah
 NIM : 40001700017
 Judul LTA : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan (Continuity Of Care) Pada Ny.S
 Di Puskesmas Pegandon Kabupaten Kendal
 Pembimbing : Endang Susilowati, S.Si.T.,M.Kes

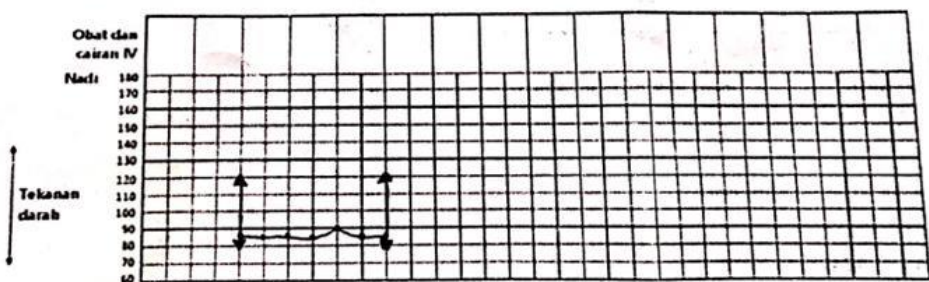
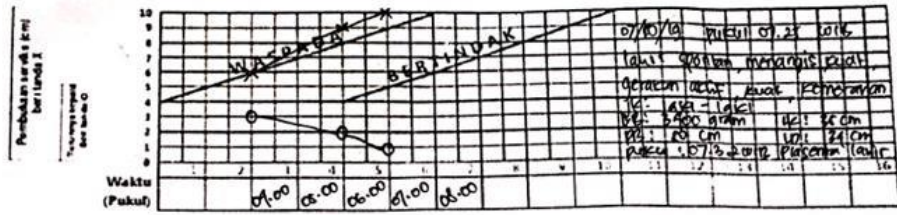
No	Hari/Tanggal	Pokok Bahasan	Saran	Paraf Pembimbing
1.	Kamis, 13/02 2020	BAB 1 - V <u>AKESB -</u>	pertama kali kontuil	
2.				

PARTOGRAF

No. Register: Nama Ibu/Bapak: Ny. S / Tn. S Umur: 35 / 32 Gl. P.O. AD. Hamil: 41 minggu
 RS/Puskesmas/BB: Masuk Tanggal: 07 October 2019 Pukul: 01.00 WIB
 Kotuban Pocah sejak pukul 06.00 WIB Maba sejak pukul 01.00 WIB Alamat: Cremun Blanten Y1



dir ketuban	10	3	3
postseptas	0	0	0



Temperatur °C: 36.3

Urine	Protein	
	Aseton	
	Volume	

Makan terakhir: Pukul 20.00 Jenis: Nasi sayur, ikan Porsi: 1 piring
 Minum terakhir: Pukul 20.30 Jenis: Air putih, tesa Porsi: 2 gelas

Penolong: [Signature]
 (Uswatan K.)

1. Tanggal : 07 Oktober 2019
2. Nama bidan : Usamah Kharisrah
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya
4. Alamat tempat persalinan : Pegandon, Kab Kendal
5. Catatan : rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk : (C)
7. Tempat rujukan : Bidan Teman Suami Dukun Keluarga Tidak ada

KALA I

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

KALA II

13. Episiotomi :
 - Ya, Indikasi
 - 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 : 2 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	gaww	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	07.00	110 / 80	80	36.6	2 jin & Pusa	Keras	Kosong	15
	08.05	110 / 80	80		2 jin & Pusa	Keras	Kosong	10
	08.20	120 / 80	78		2 jin & Pusa	Keras	Kosong	10
	08.35	120 / 80	80		2 jin & Pusa	Keras	Kosong	10
2	09.05	120 / 80	80	36.9	2 jin & Pusa	Keras	Kosong	10
	09.30	120 / 80	78		2 jin & Pusa	Keras	Kosong	5

- Masalah kala IV :
- Penatalaksanaan masalah tersebut :
- Hasilnya :

24. Masase fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan
 25. Plasenta lahir lengkap (intact) / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
 - Ya, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
 27. Laserasi :
 - Ya, dimana mutsa vagina, kulit perineum dan otot
 - Tidak, perineum
 28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan :
 - Panjahan, dengan / tanpa anestesi
 - Tidak dijahit, alasan
 29. Atoni uteri :
 - Ya, tindakan
 - a.
 - b.
 - c.
 - Tidak
 30. Jumlah perdarahan : 100 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 : U / 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 : 30 menit jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan
 40. Masalah lain,sebutkan :
 - Hasilnya :