

Lampiran 1: Lembar persetujuan pasien

LEMBARAN PERSETUJUAN PASIEN  
DALAM PENGAMBILAN KASUS LAPORAN TUGAS AKHIR  
MAHASISWA KEBIDANAN KEMENKES POLTEKES KUPANG

Yang bertanda tangan dibawah ini

1. Identitas pasien  
Nama : Ferderika littik  
Umur : 31 Tahun  
Agama : kristen protestan  
Suku/Bangsa : Rote / Indonesia  
Pekerjaan : IRT  
Alamat : oetete
2. Identitas keluarga  
Nama : Alfred Fattu  
Umur : 34 Tahun  
Agama : kristen protestan  
Suku/Bangsa : Timor / Indonesia  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Honorer  
Alamat : oetete

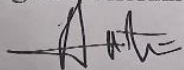
Dengan ini menyatakan bahwa bersedia untk menjadi pasien pada laporan tugas akhir dan berpartisipasi serta menerima Asuhan yang diberikan Mahasiswa Jurusan kebidanan mulai masa kehamilan, persalinan, bayi baru lahir, masa nifas, sampai dengan menggunakan KB.


Demikian surat pernyataan ini kami buat dengan kesadaran tanpa paksa dari pihak manapun, sebagai bukti keikutsertaan Laporan Tugas Akhir Mahasiswa Kebidanan Kemenkes Poltekkes Kupang.

Kupang, 19 februari 2025

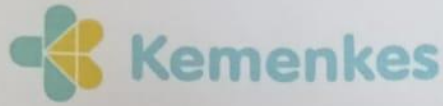
Mengetahui keluarga/Suami

Yang membuat pernyataan

  
( Alfred Fattu ..... )

  
( Ferderika littik ..... )

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi



Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Liliba, Oebobo,  
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111  
(0380) 8800256  
<https://poltekkeskupang.ac.id>

**LEMBAR KONSULTASI LAPORAN TUGAS AKHIR**

Nama Mahasiswa : Miranda Dillak  
NIM : PO5303240220734  
Pembimbing : Martina F. Diaz SST., M.Kes  
Judul : "Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny. F.L  
G3P2A0AH2 Usia Kehamilan 36 Minggu di Puskesmas  
Bakunase Tanggal 19 Februari S/D 22 Mei 2025"

No	Hari/tgl	Materi Bimbingan	Paraf
1.	Kamis, 20 Maret 2025	penjelasan kasus LTA	<i>[Signature]</i>
2.	Selasa, 1 April 2025	konsultasi pasien LTA dan Praker kunjungan pasien	<i>[Signature]</i>
3.	Kamis, 3 April 2025	konsultasi Bab Ij dan Bab Iii	<i>[Signature]</i>
4.	Jumat, 18 April 2025	konsultasi perbaikan Bab Ij dan bab Iii	<i>[Signature]</i>
5.	Selasa, 22 April 2025	konsultasi Bab Iy dan perbaikan Bab Iii	<i>[Signature]</i>
6.	Rabu, 30 April 2025	konsultasi revisi bab IV	<i>[Signature]</i>
7.	Selasa, 06 Mei 2025	konsultasi hari pemeriksaan pasien dan arkeb kehamilan	<i>[Signature]</i>
8.	Rabu, 21 Mei 2025	konsultasi perbaikan arkeb kehamilan	<i>[Signature]</i>
9.	Rabu, 12 Juni 2025	konsultasi arkeb Nipar dan BBL	<i>[Signature]</i>
10.	Kamis, 26 Juni 2025	konsultasi arkeb perailman .	<i>[Signature]</i>
11.			
12.			

Pembimbing

*[Signature]*

Martina F. Diaz, SST., M. Kes  
NIDN : 4013108702



Lampiran 3: Buku KIA

**PERNYATAAN IBU/ KELUARGA TENTANG PELAYANAN KESEHATAN IBU YANG SUDAH DITERIMA**  
 (Bukan Kolom Pencatatan Hasil Pemeriksaan)  
 Ibu menulis tanggal, tempat pelayanan; dan tenaga kesehatan membubuhkan paraf sesuai jenis pelayanan

HPHT: 01/07/24	Trimester I	Trimester II		Trimester III		
Tgl Periksa:		04/11/24	6/12/24	14/2/25	11/3/25	15/3/25
Tempat Periksa:		P.Obb	P.Obb	P.Obb	Pegay. Tunj	P.Obb
Timbang BB		50	53	56	58,2	58
Pengukuran Tinggi Badan		148		148		
Ukur Lingkar Lengan Atas		25		25	26	26
Tekanan Darah		84/65	85/61	82/64	100/59	98/60
Periksa Tinggi Rahim					✓	✓
Periksa Letak dan Denyut Jantung Janin					✓	✓
Status dan Imunisasi Tetanus		TTS	TS	TS		✓
Konseling						✓
Skrining Dokter						✓
Tablet Tambah Darah					10.	✓
Test Lab Hemoglobin (Hb)			12,3			15,0
Test Golongan Darah			K			
Test Lab Protein Urine						✓
Test Lab Gula Darah			115			
Pemeriksaan USG						
PPIA			MR	MR	MR	
Tata Laksana Kasus						
Ibu Bersalin Taksiran Persalinan: 08/04/25	Fasyankes:			Rujukan:		

	IBU	SUAMI KELUARGA	ANAK
NAMA	Ferdienka Libik	Alfred Fattol	
NIK	5371025401940003		
PEMBIAYAAN			
NO. JKN: FASKES TK 1: FASKES RUJUKAN:			
GOL. DARAH	B	O	
TEMPAT TANGGAL LAHIR	KPD, 14-01-1994	34 th	
PENDIDIKAN	SMK	SMA	
PEKERJAAN	IRT	Honorar	
ALAMAT RUMAH			
TELEPON		011/004 081 529 837 124	
NAMA ANAK			
ANAK KE			
NOMOR AKTE KELAHIRAN			
NIK			
TEMPAT/ TANGGAL LAHIR			
GOLONGAN DARAH			
JENIS PELAYANAN			
<input type="checkbox"/> JKN/ ASURANSI LAIN <input type="checkbox"/> . NOMOR <input type="checkbox"/> . TANGGAL BERLAKU			
FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN:			
<input type="checkbox"/> PRIMER: <input type="checkbox"/> . NOMOR REGISTRASI KOHORT BAYI: <input type="checkbox"/> . NOMOR REGISTRASI KOHORT BALITA DAN ANAK PRA-SEKOLAH: <input type="checkbox"/> SEKUNDER: <input type="checkbox"/> . NOMOR CATATAN MEDIK RS			
PUSKESMAS DOMISILI:	PKM-065		
NO. REGISTER KOHORT IBU:	OTT/ 59/ 24		

Lampiran 4: Kartu Skor Poedji Rochjati

**SKRINING / DETEKSI DINI IBU RISIKO TINGGI**  
OLEH  
**PKK DAN PETUGAS KESEHATAN**

Nama: Ny. F.C Umur Ibu: 31 Th.  
 Hamil ke 3. Haid Terakhir tgl. 01/07/2019 Perkiraan Persalinan tgl. 08/04/20  
 Pendidikan: Ibu SMK Suami Tn. A.P  
 Pekerjaan: Ibu IRT Suami 34 tahun

KEL. F.R.	NO.	Masalah / Faktor Risiko	SKOR	Tribulan			
				I	II	III	IV
		Skor Awal Ibu Hamil	2			2	
I	1	Terlalu muda, hamil I < 16 th	4				
	2	a. Terlalu lambat hamil I. kava > 4th	4				
		b. Terlalu tua, hamil I > 35 th	4				
	3	Terlalu cepat hamil lagi (< 2 th)	4				
	4	Terlalu lama hamil lagi (> 10 th)	4				
	5	Terlalu banyak anak, 4 / lebih	4				
	6	Terlalu tua, umur > 35 tahun	4				
	7	Terlalu pendek < 145 Cm	4				
	8	Perrah gagal kehamilan	4				
	9	Perrah melahirkan dengan: a. Takan tang / vakum b. Utri dirogoh c. Diberi intus/Transfusi	4				
II	11	Penyakit pada ibu hamil: a. Kurang darah b. Malara c. TBC Paru d. Payah jantung e. Kencing Manis (Diabetes) f. Penyakit Menular Seksual	4				
	12	Bengkak pada muka / tungkai dan Tekanan darah tinggi	4				
	13	Hamil kembar 2 atau lebih	4				
	14	Hamil kembar air (Hydrannoni)	4				
	15	Bayi mati dalam kandungan	4				
	16	Kehamilan lebih bulan	4				
	17	Lafak Seksual	4				
	18	Penyakit Menular Seksual	4				
	19	Keadaan Ibu Selama Masa Nifas (42 Hari Pasca Salin)	4				
	20	Keadaan Ibu Selama Masa Nifas (42 Hari Pasca Salin)	4				
<b>JUMLAH SKOR</b>			<b>2</b>				

**PENYULUHAN KEHAMILAN/PERSALINAN AMAN – RUJUKAN TERENCANA**

JML. SKOR RISKI	KEL. WATAN	PERA WATAN	RUJUKAN	PERSALINAN DENGAN RISIKO		
				TEMPAT	PENG. LONG	RUJUKAN
1-3	KRT	BIDAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENG. LONG	RUJUKAN
4-10	KRT	BIDAN DOKTER	POLINDES PKMRS	RUJUKAN	TEMPAT	PENG. LONG
11-15	KRT	BIDAN DOKTER	POLINDES PKMRS	RUJUKAN	TEMPAT	PENG. LONG
16-20	KRT	BIDAN DOKTER	POLINDES PKMRS	RUJUKAN	TEMPAT	PENG. LONG

Kematian Ibu dalam kehamilan: 1. Abortus 2. Lain-lain

**KARTU SKOR 'POEDJI ROCHJATI'**  
**PERENCANAAN PERSALINAN AMAN**

Tempat Perawatan Kehamilan: 1. Posyandu 2. Polindes 3. Rumah Bidan  
4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

Persalinan: Melahirkan tanggal: ..../..../.....

**RUJUKAN DARI:** 1. Sendiri 2. Dukur 3. Bidan 4. Puskesmas  
**RUJUKAN KE:** 1. Bidan 2. Puskesmas 3. Rumah Sakit 4. Puskesmas

**RUJUKAN:**  
 1. Rujukan Diri Berencana (ROB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)  
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) / 3. Rujukan Terlambat (RTI)

**Gawat Obstetrik:**  
 Kel. Faktor Risiko I & II  
 1. ....  
 2. ....  
 3. ....  
 4. ....  
 5. ....  
 6. ....  
 7. ....

**Gawat Darurat Obstetrik:**  
 • Kel. Faktor Risiko III  
 1. Perdarahan antepartum  
 2. Eklampsia  
 • Komplikasi Obstetrik  
 3. Perdarahan postpartum  
 4. Lini Tertinggal  
 5. Persalinan Lama  
 6. Panas Tinggi

**TEMPAT:** 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan  
**PENOLONG:** 1. Dukun 2. Bidan 3. Dokter 4. Lan-2  
**MACAM PERSALINAN:** 1. Normal 2. Tindakan pervaginam 3. Operasi Sesar

**PASCA PERSALINAN:**  
**IBU:** 1. Hidup 2. Mati, dengan penyebab:  
 a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia  
 c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2  
**TEMPAT KEMATIAN IBU:** 1. Rumah Ibu 2. Rumah Bidan 3. Polindes 4. Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Perjalanan 7. Lain-2  
**BAYI:** 1. Berat lahir: .... gram, Laki-2/Perempuan  
 2. Lahir hidup, Apgar Skor: .....  
 3. Lahir mati, penyebab: .....  
 4. Mati kemudian, umur: ... hr, penyebab: .....  
 5. Kelahiran savaani: tidak ada / ada

**KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)**  
 1. Sehat 2. Sakit 3. Mati, penyebab: .....  
 Pemberian ASI: 1. Ya 2. Tidak

**Keluarga Berencana:** 1. Ya, ..... / Sterilisasi .....  
 2. Belum Tahu

**Kategori Keluarga Miskin:** 1. Ya 2. Tidak  
**Sumber Biaya:** Mandiri / Bantuan: .....



**PERSALINAN**

1. Tanggal : 18-04-2025
2. Nama bidan : .....
3. Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya : .....
4. Tempat persalinan : .....
5. Alasan :  rujuk, kala : I / II / III / IV
6. Alasan merujuk : .....
7. Tempat rujukan : .....
8. Pendamping pada saat merujuk :
  - Bkdn  Teman
  - Suami  Dukun
  - Keluarga  Tidak ada

**KALA I**

9. Partogram melewati garis waspada : Y /  D
10. Masalah lain, sebutkan : .....
11. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
12. Hasilnya : .....

**KALA II**

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

**KALA III**

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

**PEMANTAUAN PERSALINAN KALA IV**

Jam Ke	Waktu	Tekanan darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Perdarahan
1	08.30	130/80	80x	36,5	2 jari ↓ Pst	baik	Kosong	5cc
	08.45	130/80	80x		2 jari ↓ Pst	baik	Kosong	5cc
	09.00	130/80	80x		2 jari ↓ Pst	baik	Kosong	10cc
	09.15	120/80	80x		2 jari ↓ Pst	baik	Kosong	5cc
2	09.45	120/80	80x	36,8	2 jari ↓ Pst	baik	Kosong	10cc
	10.15	120/80	80x			baik	Kosong	5cc

Masalah kala IV : .....

Penatalaksanaan masalah tersebut : .....

Hasilnya : .....

Tanda bahaya :  Ibu.....  Bayi.....

Tindakan (Jelaskan di catatan kasus)

Dirujuk  Tidak dirujuk

Tanda tangan penolong :

24. Mas:se fundus uteri ?
    - Ya
    - Tidak, alasan : .....
  25. Plasenta lahir lengkap (inteci) Ya / Tidak
    - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan : .....
    - a. ....
    - b. ....
  26. Plasenta tidak lahir > 30 menit : Ya / Tidak
    - Ya, tindakan : .....
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
  27. Laserasi :
    - Ya, dimana : .....
    - Tidak
  28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
    - Tindakan : .....
    - Penjahitan, dengan / tanpa anestesi
    - Tidak dijahit, alasan : .....
  29. Atoni uteri :
    - Ya, tindakan : .....
    - a. ....
    - b. ....
    - c. ....
    - Tidak
  30. Jumlah perdarahan : 150 ..... ml
  31. Masalah lain, sebutkan : .....
  32. Penatalaksanaan masalah tersebut : .....
  33. Hasilnya : .....
- BAYI BARU LAHIR :**
34. Berat badan : 3400 ..... gram
  35. Panjang : ..... cm
  36. Jenis kelamin : D / 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
    - Aspihala 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 : ..... jam setelah bayi lahir
    - Tidak, alasan : .....
  40. Masalah lain,sebutkan : .....
  - Hasilnya : .....



Lampiran 7: leaflet

**Apakah itu perawatan payudara? perawatan payudara adalah**

Perawatan payudara (Breast Care) adalah suatu cara merawat payudara yang dilakukan saat kehamilan untuk produksi ASI, selain itu untuk kebersihan payudara dan bentuk puting susu yang masuk ke dalam atau datar

**TUJUAN PERAWATAN PAYUDARA**

1. Memelihara kebersihan payudara
2. Melenturkan dan menguatkan puting
3. Mengatasi puting susu datar/Masuk
4. Memperlancar Pengeluaran ASI

**CARA PERAWATAN PAYUDARA**

1. Teteskan minyak kelapa atau baby oil pada sepotong kasa atau kapas, lalu usapkan pada kedua puting susu ibu. Tunggulah kira-kira 5 menit, lalu gosoklah puting susu ibu dengan kain atau kapas selama 2-3 menit sehingga semua kotoran terlepas
2. Oleskan minyak kelapa atau baby Oil pada kedua tangan ibu, dengan telapak kiri pada payudara kiri dan telapak tangan pada payudara kanan. Telapak tangan di gosok pada payudara dimulai dari tengah ke atas, ke samping dan akhirnya ke bawah
3. Genggamlah tangan kanan ibu yang telah berminyak, tinju kanan (punggung jari-jari tangan menghadap payudara) dan di gosok pada payudara dengan arah pangkal sampai ke ujung puting susu. Ini di ulangi tetapi tidak memakai tinju melainkan dengan sisi sisi telapan tangan
4. Pelintirlah kedua puting susu ibu sambil di tarik ke depan, dengan demikian puting susu tetap akan menonjol keluar sehingga bayi ibu dapat mengisap puting susu dengan mudah

**OLEH**  
**MIRANDA DILLAK**  
**KEMENKES POLLTEKES KUPANG**



## APA SAJA TANDA BAHAYA

PADA IBU HAMIL TRIMESTER III

### 1. Penglihatan Kabur

Penglihatan kabur adalah masalah penglihatan yang mengidentifikasi keadaan yang mengancam jiwa, adanya perubahan visual (penglihatan) yang mendadak, seperti penglihatan atau pandangan kabur atau munculnya bayangan

### 2. Bengkak pada wajah dan jari-jari tangan

Edema ialah penimbunan cairan berlebihan dalam jaringan tubuh dan biasanya dapat diidentifikasi dengan penambahan berat badan dan bengkakan kaki, jari tangan dan wajah. Selain itu, kenaikan berat badan  $\frac{1}{2}$  kg setiap minggunya dalam kehamilan masih dianggap normal, namun jika kenaikan berat badan  $1$  kg seminggu beberapa kali, maka perlu kewaspadaan terhadap timbulnya preeklamsia.

### 3. Keluar cairan per vaginam

Keluarnya cairan berupa air-air dari vagina pada trimester III. Cairan pervaginam dalam kehamilan normal apabila tidak berupa perdarahan banyak, air ketuban leukhore yang patologis. Penyebab terbesarnya persalinan premature adalah ketuban pecah dini 10% mendekati dari semua persalinan dan 4% pada kehamilan kurang dari 34 minggu.

### 4. Gerakan janin tidak terasa

Ibu hamil mulai merasakan gerakan bayinya pada usia kehamilan 16-18 minggu (multigravida, sudah pernah hamil dan melahirkan sebelumnya) dan 18 - 20 minggu (primigravida, baru pertama kali hamil). Saat bayi tidur, gerakannya menjadi lebih lemah. Bayi harus bergerak minimal 3 kali dalam periode 3 jam (10 gerakan dalam 12 jam). Gerakan bayi lebih mudah terasa jika ibu berbaring atau beristirahat dan jika ibu makan dan minum dengan baik. Tanda dan Gejala Gerakan bayi kurang dari 3 kali dalam periode 3 jam.

### 5. Nyeri abdomen yang hebat

Pada kehamilan lanjut, jika ibu merasa nyeri yang hebat, tidak berhenti setelah beristirahat, disertai dengan tanda-tanda syok yang membuat keadaan umum ibu makin lama makin memburuk dan disertai perdarahan yang tidak sesuai dengan beratnya syok, maka kita harus waspada akan kemungkinan terjadinya solusio plasenta.



Jika ibu mengalami satu atau lebih tanda bahaya segera ke fasilitas kesehatan

Qleh

Poltekkes Kemeriores Kupang

## Lampiran 8: Surat Plagiarisme



Kementerian Kesehatan  
Poltekkes Kupang

Jalan Piet A. Tallo, Lilisa Gebobo,  
Kupang, Nusa Tenggara Timur 85111  
☎ 0380) 8800256  
🌐 <https://poltekkeskupang.ac.id>

### PERPUSTAKAAN TERPADU

<https://perpus-terpadu.poltekkeskupang.ac.id/> ; e-mail: [perpustakaanterpadu61@gmail.com](mailto:perpustakaanterpadu61@gmail.com)

### SURAT KETERANGAN HASIL CEK PLAGIASI

Dengan ini menerangkan bahwa

Nama : Miranda Dillak  
Nomor Induk Mahasiswa : PO5303240220734  
Dosen Pembimbing : Martina Fenansia Diaz, SST.,M.Kes  
Penguji : Ignasensia D. Mirong, SST.,M.Kes  
Jurusan : DIII Kebidanan  
Judul Karya Ilmiah : Asuhan Kebidanan Berkelanjutan Pada Ny F.L G3P2A0AH2  
UK 36 Minggu Di Puskesmas Bakunase Periode Tanggal 09  
Maret S/D 22 Mei 2025

Laporan Tugas Akhir yang bersangkutan di atas telah melalui proses cek plagiasi menggunakan Strike Plagiarism dengan hasil kemiripan (similarity) sebesar 28,88% Demikian surat keterangan ini dibuat agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kupang, 21 Agustus 2025

Admin Strike Plagiarism  
  
Murry Jermias Kale SST  
NIP. 198507042010121002