

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : CHILLA FATHIKA QURNAWATI

NIM : P27824221015

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2021

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul:

“Asuhan Kebidanan Pada N.y “K” G₁P₀₀₀₀₀ Kehamilan, Persalinan, Nifas, Bayi Baru Lahir, dan Keluarga Berencana di Puskesmas Plaosan, Magetan”

Apabila suatu saat nanti saya terbukti melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Magetan, 17 Mei 2024

Yang Menyatakan

CHILLA FATHIKA QURNAWATI
P27824221015

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

NAMA : CHILLA FATHIKA QURNAWATI

Tempat, Tanggal lahir : Madiun, 19 Februari 2003

AGAMA : ISLAM

ALAMAT : Ds. Klagen Serut 14/04 Jiwan, Madiun

Riwayat Pendidikan :

1. SDN NGEONG KOTA MADIUN
2. SMPN 03 KOTA MADIUN
3. SMAN 05 KOTA MADIUN

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : CHILLA FATHIKA QURNAWATI

NIM : P27824221015

Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kampus Magetan Politeknik Kesehatan
Kemenkes Surabaya

Memohon kesediaan ibu menjadi klien yang akan diberikan asuhan kebidanan *continuity of care* mulai kehamilan trimester III, persalinan, nifas, neonatus, dan pemilihan KB pascasalin untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas perhatian ibu saya ucapkan terimakasih.

Magetan, 17 Mei 2024

Pemohon

CHILLA FATHIKA QURNAWATI
P27824221015

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. Kartika Lia Dewi
Umur : 26 tahun
Pendidikan : SMA
Pekerjaan : IRT
Alamat : Sarangan 19/3 Plaosan, Magetan

Setelah mendapatkan penjelasan maksud dan tujuan serta memahami pelaksanaan studi kasus asuhan kebidanan secara *continuity of care* pada ibu hamil, bersalin, nifas, neonatus, dan KB pascasalin oleh Mahasiswi Prodi D III Kebidanan Magetan Politeknik Kesehatan Surabaya, dengan ini saya menyatakan bersedia menjadi klien dalam pelaksanaan asuhan kebidanan secara *continuity of care* tersebut.

Demikian persetujuan ini saya buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari siapapun, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Magetan, 17 Februari 2024

Yang Menyatakan

(.....)

Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS, JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANHANYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNTE/ORI DIFTERI (E)			
NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DIIMUNISASI DPT/DPT- HB/DI/TT/Td?	KESIMPULAN STATUS TT?
1	2	3	4
A	RIWAYAT IMUNISASI DPT/DPT-HB SAAT BAYI		
	BAYI YANG LAHIR SETELAH TAHUN 1990 STATUS-NYA DIHITUNG T-2		
B	RIWAYAT BIAS		
	1 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1973 s/d 1976		
	a. Kelas 6		
	2 Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 6		
	3 Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 5		
	c. Kelas 6		
	4 Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 4		
	c. Kelas 5		
	d. Kelas 6		
	5 Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 3		
	c. Kelas 4		
	d. Kelas 5		
	e. Kelas 6		
	6 Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
	d. Kelas 4		
	7 Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
	a. Kelas 1		
	b. Kelas 2		
	c. Kelas 3		
C	SAAT CALON PENGANTIN		
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil 1		
	b. Hamil 2		
	c. Hamil 3		
	d. Hamil 4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009-2010), ORI DIFTERI 2001		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			

KETERANGAN :

1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977-sekarang
2. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas laki+perempuan (DT 2 ds) & kelas perempuan (TT 2 ds)
3. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998-2000 = kelas 1 (DT) s/d kelas2-6 (TT)
4. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 2001- sekarang = kelas 1, 2 & 3
5. Vaksinansi CPW/ CATIN & BUMIL TT2 dosis dimulai 1984- 2000, TH 2001- SEKARANG HARUSDISKRINING LEBIH DULU
6. Interval minimal pemberian: TT1 ke TT2= 4 minggu, TT2 ke TT3= 6 bulan, TT3 TT4= 1 tahun, TT4-TT5= 1 tahun
7. Masa perlindungan terhadap Tetanus Toxoid= T1= 0 tahun, T2= 3 tahun, T3= 5 tahun, T4= 10 tahun, T5= 25 tahun

Lampiran 6

Kartu Skor Poedji Rochjati

Nama : Ny. "K"

Umur Ibu : 26Th.

Hamil ke-1 Haid terakhir tgl:14-06-2023

Perkiraan lahir: 21-03-2024

Pendidikan ibu : SMA

Suami : Tn. "R"

Pekerjaan ibu : IRT

Suami : Wiraswasta

KEL F.R	NO.	Masalah / Faktor Resiko	SKOR	Triwulan				
				I	II	III.1	III.2	
		Skor Awal Ibu Hamil	2					
I	1	Terlalu muda hamil I ≤ 16 Tahun	4					
	2	Terlalu tua hamil I ≥ 35 Tahun	4					
		Terlalu lambat hamil I kawin ≥ 4 Tahun	4					
	3	Terlalu lama hamil lagi ≥ 10 Tahun	4					
	4	Terlalu cepat hamil lagi ≤ 2 Tahun	4					
	5	Terlalu banyak anak, 4 atau lebih	4					
	6	Terlalu tua umur ≥ 35 Tahun	4					
	7	Terlalu pendek ≥ 145 cm	4					
	8	Pernah gagal kehamilan	4					
	9		Pernah melahirkan dengan a. terikan tang/vakum	4				
		b. uri dirogoh	4					
		c. diberi infus/transfusi	4					
	10	Pernah operasi sesar	8					
II	11	Penyakit pada ibu hamil a. Kurang Darah b. Malaria, c. TBC Paru d. Payah Jantung	4					
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4					
		f. Penyakit Menular Seksual	4					
		12	Bengkak pada muka / tungkai dan tekan darah tinggi.	4				
		13	Hamil kembar	4				
	14	Hydramnion	4					
	15	Bayi mati dalam kandungan	4					
	16	Kehamilan lebih bulan	4					
	17	Letak sungsang	8					
	18	Letak Lintang	8					
III	19	Perdarahan dalam kehamilan ini	8					
	20	Preeklampsia/kejang-kejang	8					
		JUMLAH SKOR						
JML. SKOR	KEL. RESIKO	PERA WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
1	KRR	BIDAN	TIDAK DIRUJUK	RUMAH POLINDES	BIDAN			
6-10	KRT	BIDAN/ DOKTER	BIDAN PKM	POLINDES, PKM, RS	BIDAN DOKTER			
≥ 12	KRST	DOKTER	RUMAH SAKIT	RUMAH SAKIT	DOKTER			

Lampiran 7

TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA

Nama : Ny. "K"

Alamat : Sarangan 19/3 Plaosan, Magetan.

Kriteria	Risiko sedang	Risiko tinggi
Anamnesis		
Multipara dengan kehamilan oleh pasangan baru		
Kehamilan dengan teknologi reproduksi berbantu: bayi tabung, obat induksi ovulasi		
Umur \geq 35 tahun		
Nulipara		
Multipara yang jarak kehamilan sebelumnya > 10 tahun		
Riwayat preeklampsia pada ibu atau saudara perempuan		
Obesitas sebelum hamil (IMT > 30 kg/m ²)		
Multipara dengan riwayat preeklampsia sebelumnya		
Kehamilan multiple		
Diabetes dalam kehamilan		
Hipertensi kronik		
Penyakit ginjal		
Penyakit autoimun, SLE		
Anti phospholipid syndrome*		
Pemeriksaan Fisik		
Mean Arterial Pressure > 90 mmHg **		
Proteinuria (urin celup > +1 pada 2 kali pemeriksaan berjarak 6 jam atau segera kuantitatif 300 mg/24 jam)		
Keterangan Sistem Skoring: Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya <ul style="list-style-type: none"> • 2 risiko sedang <input type="checkbox"/> dan atau, • 1 risiko tinggi <input type="checkbox"/> * Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan :

Bilamana ibu berisiko preeklamsi maka pemeriksaan kehamilan, persalinan dan pemeriksaan nifas dilaksanakan di Rumah Sakit.

Lakukan rujukan terencana pada ibu hamil dengan kondisi yang disebutkan di atas (tidak perlu menunggu inpartu)

Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2020, Halaman 9

Lampiran 8

**TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POSTPARTUM SAAT
KEHAMILAN DAN PERSALINAN**

Nama/Suami : Ny. "K" / Tn. "R"
 Umur : 26 Tahun / 24 Tahun
 Alamat : Sarangan 19/03 Plaosan, Magetan.
 Status Gravida : G1P00000
 Umur Kehamilan : 35-36 minggu
 Tanggal Skrining : 17 Februari 2024

FAKTOR RISIKO ANTENATAL	Ya	Tidak	FAKTOR RISIKO PERSALINAN	Ya	Tidak
Usia >35 tahun			Induksi persalinan		
BMI >30			Partus lama		
Grandemulti			- Kala I		
Postdate			- Kala II		
Makrosomia			- Kala III		
Gemeli			Epidural Analgesia		
Myoma			Vakum/forcep		
APB			Episiotomy		
Riwayat HPP			Korionnitis		
Riwayat SC			Riwayat SC		
Hasil Akhir Skrining					

Waspada Perdarahan

Tindak Lanjut

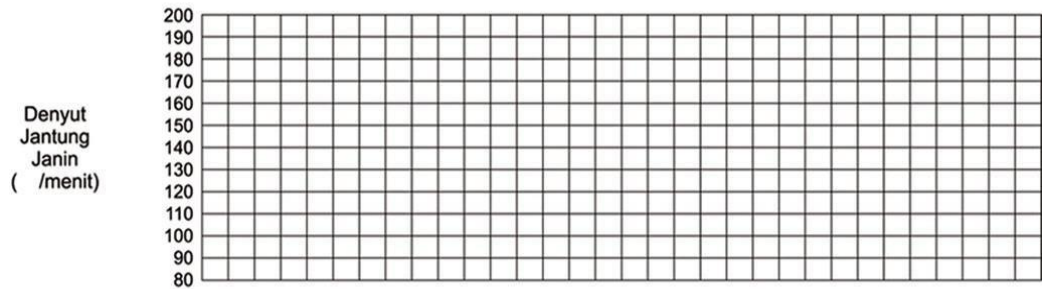
Ket:

1. Dalam ANC bila salah satu jawaban "Ya" waspada perdarahan
2. Tindak lanjut tergantung kasus

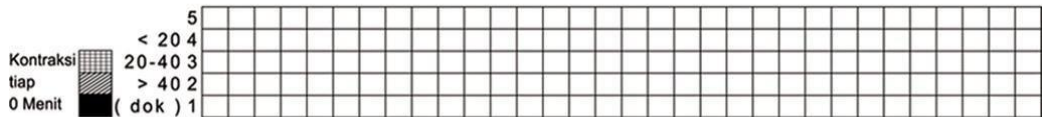
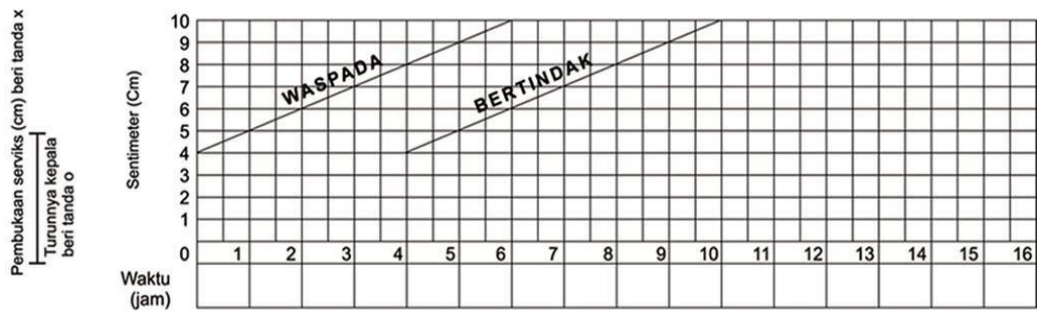
Lampiran 10

PARTOGRAF

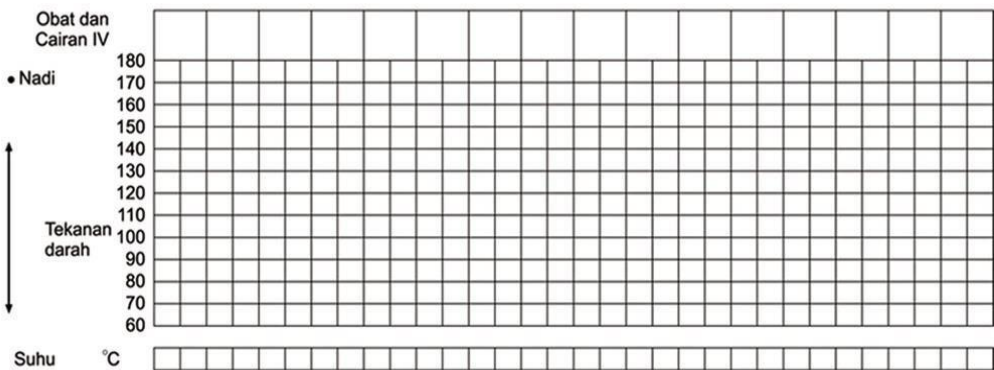
No. Register Nama Ibu : _____ Umur : _____ G. _____ P. _____ A. _____
 No. Puskesmas Tanggal : _____ Jam : _____ Alamat : _____
 Ketuban pecah Sejak jam _____ mules sejak jam _____



Air ketuban
 Penyusupan



Oksitosin U/L tetes/menit



Urin — Protein
 — Aseton
 — Volume

CATATAN PERSALINAN

1. Tanggal :
2. Nama Bidan :
3. Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu Puskesmas
 - Polindes Rumah Sakit
 - Klinik Swasta Lainnya
4. Alamat tempat persalinan :
5. Catatan : Rujuk, kala I/II/III/IV
6. Alasan merujuk :
7. Tempat rujukan :
8. Pendamping saat merujuk :
 - Bidan Teman Suami Dukun Keluarga Tidak ada
9. Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - Gawatdarurat Perdarahan HDK Infeksi PMTCT

KALA I

10. Partograf melewati garis waspada : Y / T
11. Masalah lain, sebutkan :
12. Penatalaksanaan masalah tsb :
13. Hasilnya :

KALA II

14. Episiotomi :
 - Ya, indikasi :
 - Tidak
15. Pendamping pada saat persalinan :
 - suami teman tidak ada
 - keluarga dukun
16. Gawat janin :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
 - Tidak
 - Pemantauan DJJ setiap 5-10 menit selama kala II, hasil :
17. Distosia bahu :
 - Ya, tindakan yang dilakukan :
 - Tidak
18. Masalah lain, penatalaksanaan masalah tsb dan hasilnya:

KALA III

19. Inisiasi Menyusu Dini :
 - Ya
 - Tidak, alasannya :
20. Lama kala III : menit
21. Pemberian Oksitosin 10IU IM?
 - Ya, waktu : menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan
 - Penjepitan tali pusat menit setelah bayi lahir
22. Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
23. Penegangan tali pusat terkendali ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :

TABEL PEMANTAUAN KALA IV

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1								
2								

1.2. Partograf Halaman Belakang

24. Masase fundus uteri ?
 - Ya
 - Tidak, alasan :
25. Plasenta lahir lengkap (*intact*) Ya / Tidak
 - Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
 - a.
 - b.
26. Pasenta tidak lahir >30 menit :
 - Tidak
 - Ya, tindakan
27. Laserasi :
 - Ya, dimana :
 - Tidak
28. Jika laserasi perineum, derajat : 1 / 2 / 3 / 4
 - Tindakan :
 - Penjahitan, dengan / tanpa anastesi
 - Tidak dijahit, alasan
29. Atonia uteri :
 - Ya, tindakan
 - Tidak
30. Jumlah darah yang keluar/perdarahan ml
31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :
 - Hasilnya :

KALA IV

32. Kondisi ibu: KU: TD: mmHg
Nadi: x/mnt Napas: /mnt
33. Masalah dan penatalaksanaan masalah :

BAYI BARU LAHIR

34. Berat badan : gram
35. Panjang badan : cm
36. Jenis kelamin : L / P
37. Penilaian bayi baru lahir : Baik / Ada penyulit
38. Bayi lahir :
 - Normal, tindakan:
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangsangan taktil
 - memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 - mengeringkan menghangatkan
 - rangsang taktil lainnya, sebutkan.....
 - bebaskan jalan napas
 - pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu
 - Cacat bawaan, sebutkan :
 - Hipotermi, tindakan :
 - a.
 - b.
 - c.
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir
 - Ya, waktu : jam setelah bayi lahir
 - Tidak, alasan :
40. Masalah lainnya, sebutkan :
 - Hasilnya :

Lampiran 11

LEMBAR KETERANGAN LAHIR

KETERANGAN LAHIR

No :

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
 Anak ke : Usia gestasi:
 Berat lahir : gr, Panjang Badan : cm, Lingkar Kepala: cm
 di Rumah Sakit/Puskesmas/Rumah Bersalin/Praktik Mandiri Bidan/di

.....
 Alamat :

Diberi nama :


Dari Orang Tua;

Nama Ibu : Umur : tahun
 NIK :
 Nama Ayah :
 NIK :
 Pekerjaan :
 Alamat :
 Kecamatan :
 Kab/Kota :

..... Tanggal,

Saksi I Saksi II Penolong persalinan

(.....) (.....) (.....)

 • Untuk pengurusan ke Dinas Kependudukan dan Catatan Sipil setempat

Lampiran 12

LEMBAR RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

Ibu Bersalin dan Ibu Nifas

Tanggal persalinan : Pukul :

Umur kehamilan : Minggu

Penolong persalinan : SpOg/ Dokter umum/ Bidan

Cara persalinan : Normal/Tindakan

Keadaan ibu : Sehat/Sakit (Pendarahan/Demam/Kejang/
Lokhia berbau/lain-lain)/
Meninggal*

KB Pasca persalinan :

Keterangan tambahan :

** Lingkari yang sesuai*

Bayi Saat Lahir

Anak ke :

Berat Lahir : gram

Panjang Badan : cm

Lingkar Kepala : cm

Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan/tidak bisa ditentukan*

Kondisi bayi saat lahir:**

Segera menangis Anggota gerak kebiruan

Menangis beberapa saat Seluruh tubuh biru

Tidak menangis Kelainan bawaan:

Seluruh tubuh kemerahan Meninggal

Asuhan Bayi Baru Lahir **:

Inisiasi menyusui dini (IMD) dalam 1 jam pertama kelahiran bayi

Suntikan Vitamin K1

Salep mata antibiotika profilaksis

Imunisasi HB0

Keterangan tambahan:

** Lingkari yang sesuai*

*** Beri tanda [✓] pada kolom yang sesuai*

13

Lampiran 13

KARTU MENUJU SEHAT (KMS) UNTUK PEREMPUAN



KMS

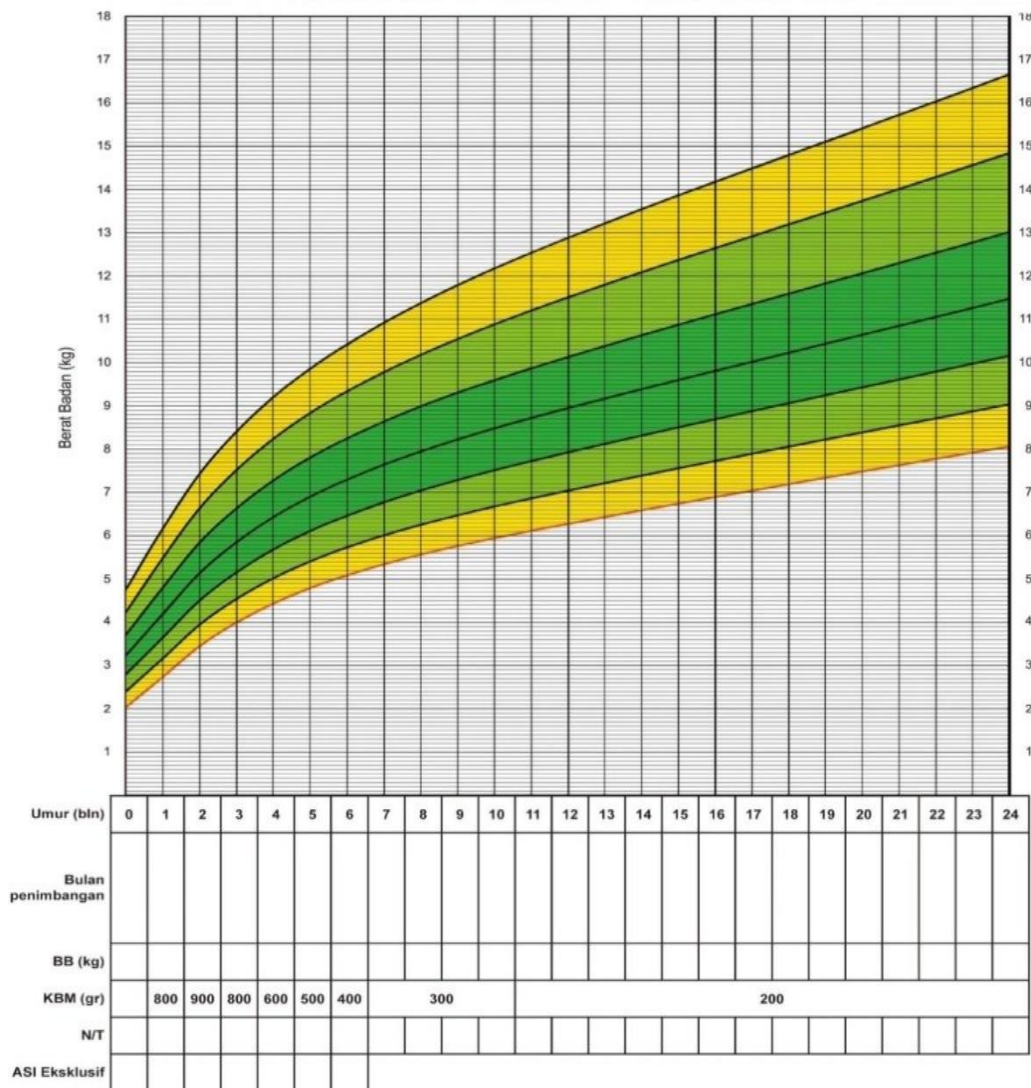
KARTU MENUJU SEHAT

Untuk Perempuan

Nama Anak :

Nama Posyandu :

Timbanglah Anak Anda Setiap Bulan
Anak Sehat, Tambah Umur, Tambah Berat, Tambah Pandai



NAIK (N)

Grafik BB mengikuti garis pertumbuhan atau Kenaikan BB sama dengan KBM (Kenaikan BB Minimal) atau lebih

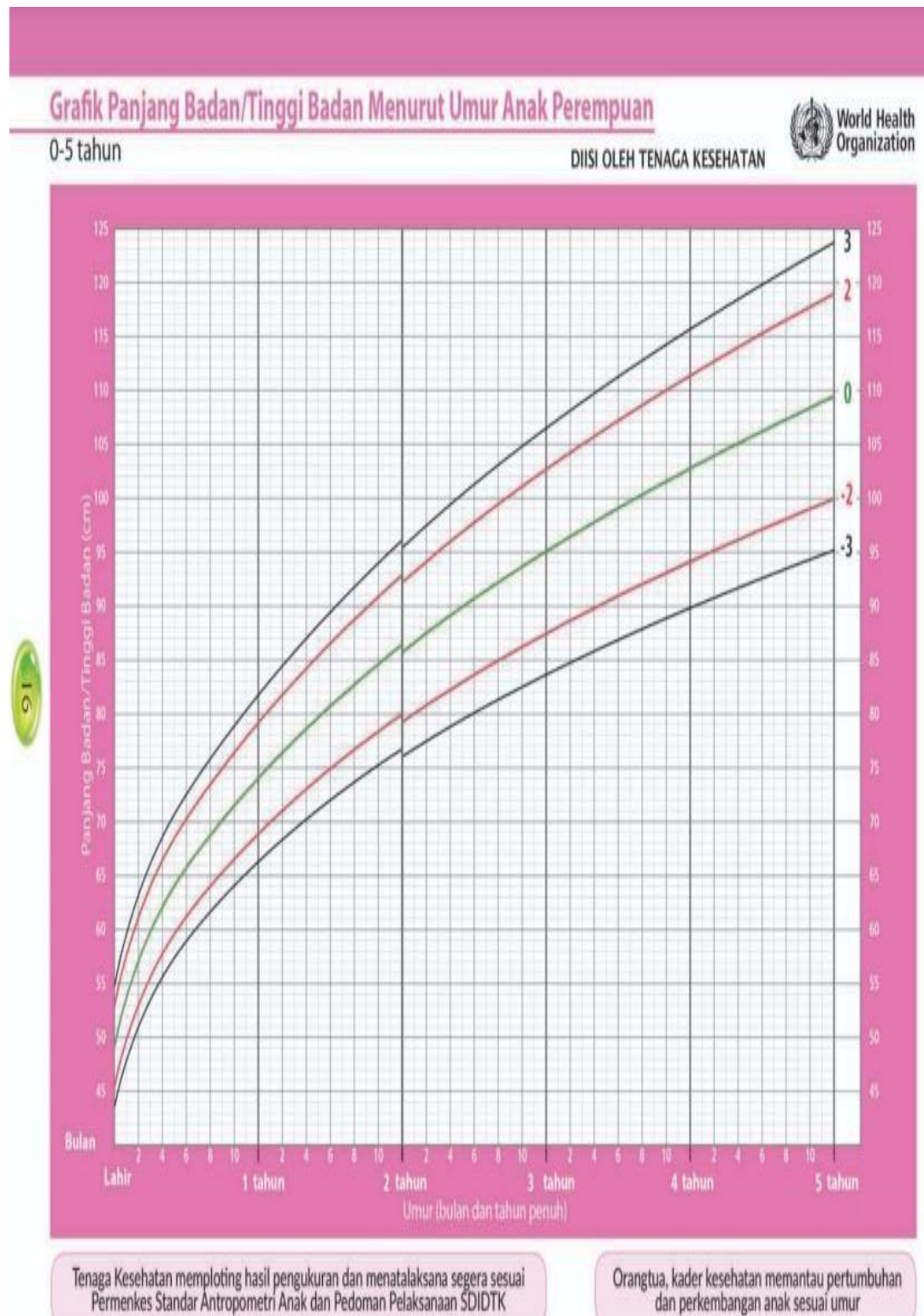
TIDAK NAIK (T)

Grafik BB mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau Kenaikan BB kurang dari KBM

Rujuk ke petugas kesehatan bila tidak naik 2 kali berturut - turut atau BGM

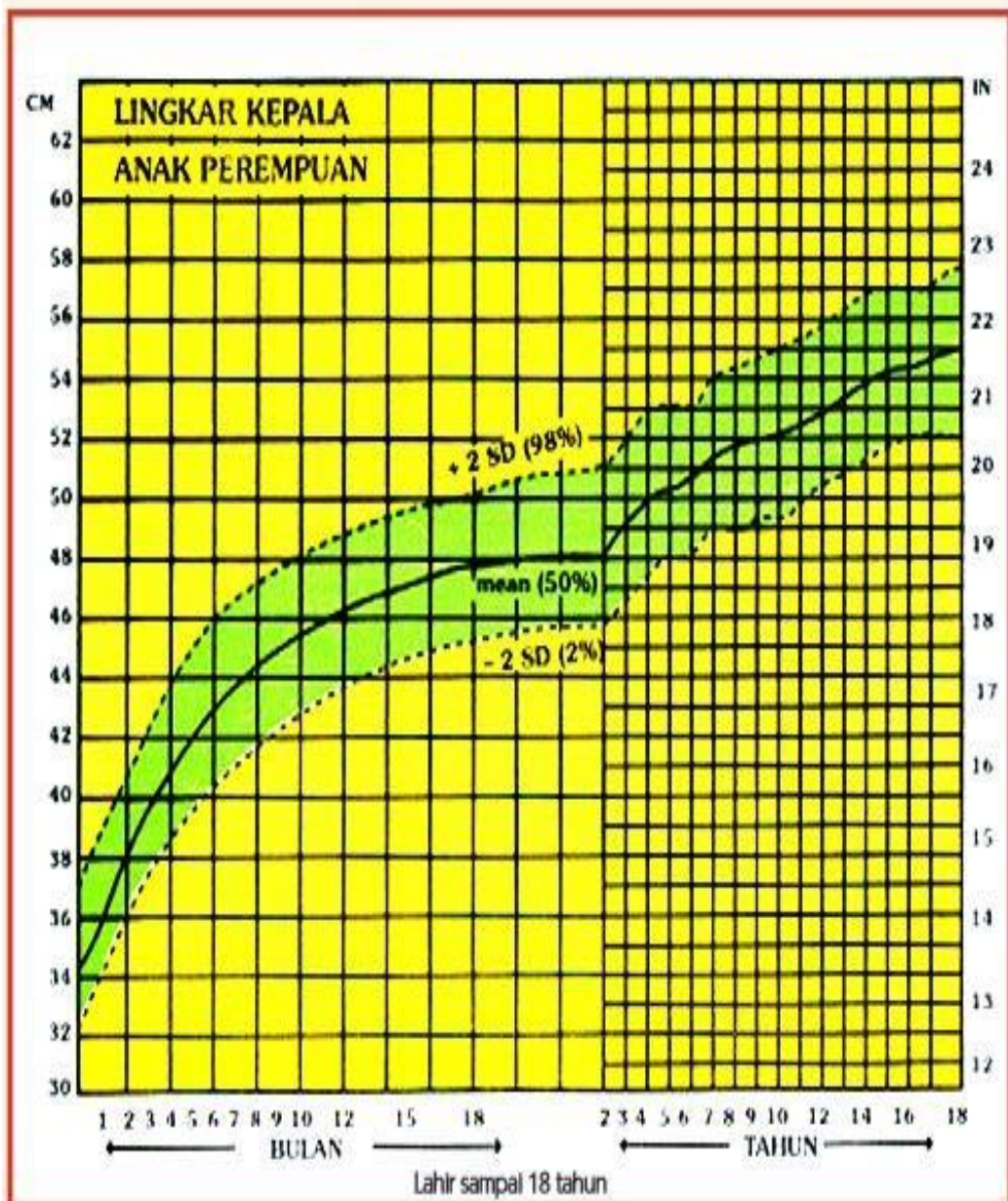
- Tanyakan ada tidak kontak dengan penderita TBC (* ya / tidak)

Lampiran 14

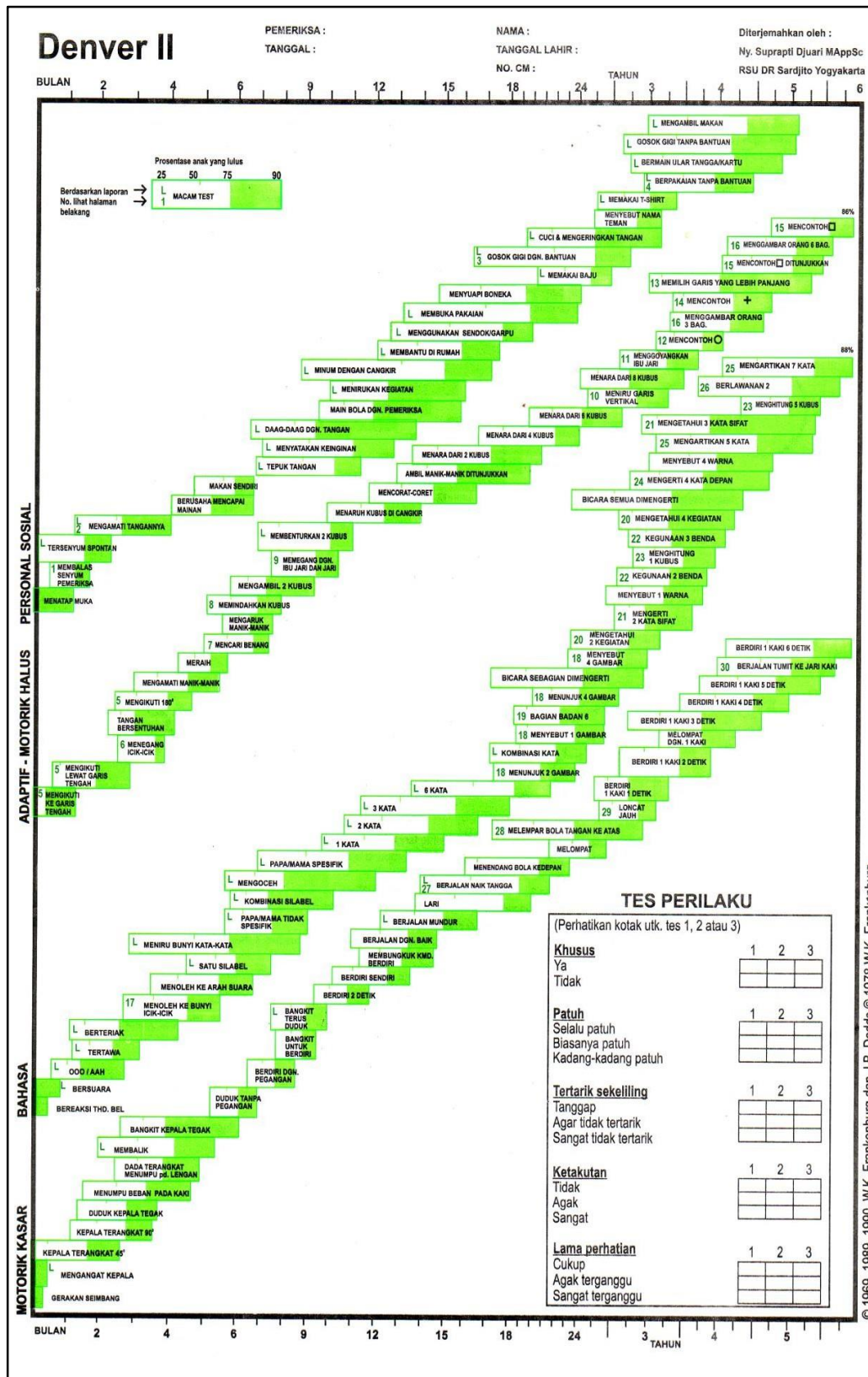


Lampiran 15

GRAFIK LINGKAR KEPALA PEREMPUAN



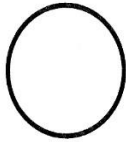
Lampiran 16



© 1969, 1989, 1990, W.K. Frankenburg dan I.B. Dodds © 1978, W.K. Frankenburg

PETUNJUK PELAKSANAAN

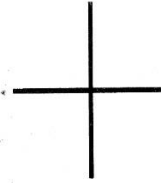
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandangi tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menalakan sepatu, memasang benik/ruitsliting di belakang.
5. Gerakan benang dengan perlahan-lahan dalam suatu busur dari satu sisi ke sisi lain ± 20 cm di atas muka anak.
6. Lulus bila anak memegang icik-icik waktu disentuhkannya pada punggung atau ujung jari-jari.
7. Lulus bila anak mencoba melihat kemana benang pergi. Benang dijatuhkan secepatnya dari pandangan tanpa tangan pemeriksa bergerak.
8. Anak harus memindahkan kubus dari satu tangan ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tubuh, mulut atau meja.
9. Lulus bila anak mengambil manik-manik dengan ibu jari dan jari.
10. Garis dapat bervariasi, hanya 30° atau kurang dari garis yang dibuat oleh pemeriksa.
11. Genggamkan tangan dengan ibu jari menghadap ke atas dan goyangkan ibu jari. Lulus bila anak menirukan dan tidak menggerakkan jari selain ibu jari.



12. Lulus bila ujung saling bertemu, gagal bila gerakan terus melingkar.



13. Garis mana yang lebih panjang? Putar kertas sampai terbalik (lulus Bila 3 dari 3 atau 5 dari 6)



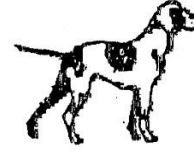
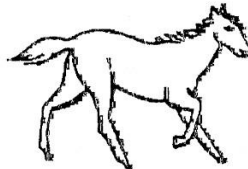
14. Lulus asal garis menyilang




15. Biarkan anak meniru, jika tidak dapat demonstrasikan


Waktu memberikan tugas 12, 14, dan 15 jangan menyebut bentuknya. Jangan mendemonstrasikan 12 dan 14.

16. Waktu memberikan skor, sepasang (2 tangan, 2 kaki dll) dihitung sebagai satu bagian.
17. Taruh satu kubus di cangkir, kocok perlahan-lahan dekat telinga anak. Ulangi untuk telinga lainnya.
18. Tunjuk masing-masing gambar dan minta anak menyebutkan nama gambar tersebut (Gagal bila hanya suara). Bila 4 nama yang betul, minta anak menunjuk gambar dari nama yang disebut oleh pemeriksa.



19. Gunakan boneka, katakan pada anak : Tunjukkan hidung, mata telinga, mulut, tangan, kaki, perut rambut. Lulus 6 dari 8.
20. Gunakan gambar, tanyakan kepada anak : mana yang terbang?, meong ? bicara ?, menggonggong ? meringik ? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak : Apa yang kau lakukan bila dingin ? capai ? lapar ? Lulus 2 dari 3, 3 dari 3.
22. Tanya kepada anak : Apa gunanya cangkir ? Apa gunanya kursi ? Apa gunanya pensil ? Jawaban harus termasuk kata-kata gerakan.
23. Lulus bila anak menaruh dan mengatakan berapa kubus yang ada di atas kertas dengan benar. (1, 5).
24. Katakan kepada anak : Taruh kubus di atas meja, di bawah meja, di depan saya, di belakang saya. Lulus bila 4 dari 4 (jangan membantu anak dengan menunjuk, menggerakkan kepala atau mata).
25. Tanya kepada anak: Bola itu apa? danau ? meja ? rumah ? pisang ? korden ? pagar ? atap ? Lulus bila disebutkan kegunaannya, bentuk, dibuat dari apa, atau kategori umum (seperti pisang adalah buah, bukan haya kuning). Lulus 5 dari 8, 7 dari 8.
26. Tanya kepada anak : Jika kuda itu besar, tikus adalah? Jika api panas, es? Jika matahari bersinar siang hari, bulan bersinar? Lulus 2 dari 3
27. Anak hanya boleh menggunakan dinding atau besi pegangan, tidak orang, tidak boleh merangkak.
28. Anak harus melempar bola di atas bahu ± 1 m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir ± 22 cm ($8\frac{1}{2}$).
30. Suruh anak berjalan ke depan  Tumit berjarak $\pm 2\frac{1}{2}$ cm dari ibu jari kaki. Pemeriksa dapat mendemonstrasikan. Anak harus berjalan 4 langkah berturut-turut.
31. Pada usia tahun kedua, separo anak normal tidak patuh.

Lampiran 17

PELAYANAN KESEHATAN NEONATUS (0-28 HARI)			
Pelayanan kesehatan neonatus menggunakan pendekatan MTBS algoritma bayi muda umur <2 bulan			
0 - 6 jam	6 - 48 jam (KN1)	3 - 7 hari (KN2)	8 - 28 hari (KN3)
Kondisi: <input type="checkbox"/> BB: gr <input type="checkbox"/> PB: cm <input type="checkbox"/> LK: cm <input type="checkbox"/> Inisiasi Menyusui Dini (IMD) <input type="checkbox"/> Vit K1 <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input type="checkbox"/> Imunisasi HB <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: <input type="checkbox"/> Jam: <input type="checkbox"/> Nomor Batch: <input type="checkbox"/>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Vit K1* <input type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: <input type="checkbox"/> Jam: <input type="checkbox"/> Nomor Batch: <input type="checkbox"/> BB: gr <input type="checkbox"/> PB: cm <input type="checkbox"/> LK: cm <input type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: <input type="checkbox"/> Jam: <input type="checkbox"/> Nomor Batch: <input type="checkbox"/> Skrining Hipotiroid Kongenital* <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input type="checkbox"/> Tali Pusat <input type="checkbox"/> Tanda bahaya <input type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/>  ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
Masalah:	Masalah:	Masalah:	Masalah:
Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**	Dirujuk ke:**
Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:	Nama jelas petugas:
* Catatan penting: Nama tenaga kesehatan:			
** Beri tanda strip (-) jika tidak ada masalah/ tidak dirujuk			

Lampiran 18

PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN													
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18	24+	
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas													
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:														
BCG No Batch:														
Polio tetes 1 No Batch:														
DPT-HB-Hib 1 No Batch:														
Polio tetes 2 No Batch:														
DPT-HB-Hib 2 No Batch:														
Polio tetes 3 No Batch:														
DPT-HB-Hib 3 No Batch:														
Polio tetes 4 No Batch:														
Polio suntik (IPV) No Batch:														
Campak – Rubella (MR) No Batch:														
DPT-Hib-HB lanjutan No Batch:														
Campak – Rubella (MR) lanjutan No Batch:														

Keterangan:

- Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar
- Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar
- Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap
- Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar

8

Lampiran 19



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Surabaya

📍 Jalan Pucang Jajar Tengah No.56, Kertajaya,
Gubeng, Surabaya, Jawa Timur 60282
☎️ (031) 5027058
🌐 <https://web.poltekkesdepkes-sby.ac.id>

KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : CHILLA FATHIKA QURNAWATI

NIM : P27824221015

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. “K” Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Nifas dan Menyusui, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di Puskesmas Plaosan, Magetan

Pembimbing I : Sulikah, SST., M.Kes

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	25-10-2023	Pengarahan secara umum	
2.	01-12-2023	Konsultasi BAB I	
3.	07-12-2023	Konsultasi revisi BAB I	
4.	04-01-2024	Revisi BAB I dan konsultasi BAB II (Kehamilan,persalinan)	
5.	09-01-2024	Konsultasi BAB II (Kehamilan, persalinan, nifas, BBL, KB)	
6.	11-01-2024	ACC Proposal	
7.	18-01-2024	Konsultasi revisi pasca sidang	
8.	25-01-2024	ACC pasca sidang Proposal	
9.	25-04-2024	Konsultasi BAB III (Kehamilan, persalinan, nifas, BBL)	
10.	06-05-2024	Konsultasi BAB III (Kehamilan, persalinan, nifas, BBL, KB) dan BAB IV	
11.	07-05-2024	Bimbingan Kelompok bersama	
12.	13-05-2024	Konsultasi revisi BAB III (Kehamila, persalinan, nifas, BBL, KB) dan BAB IV	
13.	15-05-2024	Revisi BAB III, BAB IV dan BAB V	
14.	16-05-2024	Revisi Sinopsis dan BAB IV	

15.	17-05-2024	Konsultasi revisi pengetikan Sinopsis, BAB IV dan BAB IV	
16.	17-05-2024	Laporan Tugas Akhir ACC, dianjurkan untuk seminar hasil	
17.	04-06-2024	Konsultasi pasca sidang LTA	
18.	05-06-2024	Konsultasi revisi pasca sidang LTA	
19.	05-06-2024	Laporan Tugas Akhir ACC, dianjurkan untuk cetak LTA	

Mengetahui
Kaprosdi DIII Kebidanan
Kampus Magetan

Koordinator I

Teta Puji Rahayu, S.S.T., M.Keb.
NIP. 198002222005012009

Bdn. Nana Usnawati, S.S.T., M.Keb.
NIP. 197903122002122002



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Surabaya

Jalan Pucang Jajar Tengah No.56, Kertajaya,
Gubeng, Surabaya, Jawa Timur 60282
(031) 5027058
<https://web.poltekkesdepkes-sby.ac.id>

KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : CHILLA FATHIKA QURNAWATI

NIM : P27824221015

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. “K” Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Nifas dan Menyusui, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di Puskesmas Plaosan, Magetan

Pembimbing II : Suparji, SST., MPd.

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	05-12-2023	Konsultasi BAB I	
2.	09-01-2024	Konsultasi BAB II (Kehamilan, persalinan, nifas, BBL, KB)	
3.	10-01-2024	Revisi BAB I dan BAB II	
4.	12-01-2024	ACC Proposal Tugas Akhir	
5.	16-05-2024	Konsultasi BAB III, BAB IV, dan BAB V, Sinopsis	
6.	17-05-2024	Revisi BAB III, BAB IV dan BAB V, Sinopsis	
7.	17-05-2024	ACC Laporan Tugas Akhir dan dianjurkan untuk sidang akhir.	
8.	04-06-2024	Konsultasi pasca sidang LTA	
9.	05-06-2024	Konsultasi revisi pasca sidang LTA	
10.	05-06-2024	Laporan Tugas Akhir ACC, Dianjurkan untuk cetak LTA	

Mengetahui
Kaprosdi DIII Kebidanan
Kampus Magetan

Koordinator I

Teta Puji Rahayu, S.S.T., M.Keb.
NIP. 198002222005012009

Bdn. Nana Usnawati, S.S.T., M.Keb.
NIP. 197903122002122002



Kementerian Kesehatan
Poltekkes Surabaya

Jalan Pucang Jajar Tengah No.56, Kertajaya,
Gubeng, Surabaya, Jawa Timur 60282
(031) 5027058
<https://web.poltekkesdepkes-sby.ac.id>

KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : CHILLA FATHIKA QURNAWATI
NIM : P27824221015
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. “K” Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Nifas dan Menyusui, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di Puskesmas Plaosan, Magetan
Penguji Utama : Bdn. Nana Usnawati, S.S.T., M.Keb.

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	25-01-2024	Konsultasi pasca sidang Proposal LTA	
2.	28-01-2024	Konsultasi revisi pasca sidang Proposal LTA	
3.	28-01-2024	Proposal LTA ACC	
4.	04-06-2024	Konsultasi pasca sidang LTA	
5.	05-06-2024	Konsultasi revisi pasca sidang LTA	
6.	06-06-2024	Laporan Tugas Akhir ACC, Dilanjutkan cetak LTA	

Mengetahui
Kaprosdi DIII Kebidanan
Kampus Magetan

Koordinator I

Teta Puji Rahayu, S.S.T., M.Keb.
NIP. 198002222005012009

Bdn. Nana Usnawati, S.S.T., M.Keb.
NIP. 197903122002122002

