

**Lampiran 1****SURAT PERNYATAAN KEASLIAN**

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : DAYUNING MUTIARA PRISCANTINI

NIM : P27824221017

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 Ny. “N” G1P00000 Usia Kehamilan 40**

**Minggu Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan dan Bayi Baru**

**Lahir, Nifas dan Menyusui, Neonatus dan Keluarga Berencana di**

**Puskesmas “P” 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, 15 Mei 2024

Yang Menyatakan



Dayuning Mutiara Priscantini

(P27824221017)

**Lampiran 2****LEMBAR PERMOHONAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Dayuning Mutiara Priscantini

NIM : P27824221017

Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kampus

Magetan Politeknik Kesehatan 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 ahlimadya kebidanan.

Demikian surat permohonan ini saya buat. Atas perhatiannya saya mengucapkan terima kasih.

Magetan, 12 Februari 2024  
Yang menyatakan,



Dayuning Mutiara Priscantini  
(P27824221017)

## Lampiran 3

**LEMBAR PERSETUJUAN***(INFORMED CONSENT)*

Saya yang bertandatangan dibawah ini:

Nama : Nurul Utami  
Umur : 21 tahun  
Pendidikan : SMA  
Pekerjaan : Ibu Rumah Tangga  
Alamat : Dsn. Serut 3/2 Sidokerto, Sidorejo, 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 oleh Mahasiswi Prodi DIII 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, 12 Februari 2024  
Yang Menyetujui



(Nurul Utami)

**Lampiran 4****RIWAYAT HIDUP**

Nama : Dayuning Mutiara Priscantini  
Tempat, Tanggal Lahir : Madiun, 18 September 2002  
Agama : Islam  
Alamat : Dsn. Pintu RT 012/RW 005, Ds. Dagangan,  
Kecamatan Dagangan, Kabupaten Madiun

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 02 Dagangan
2. SMP Negeri 1 Geger
3. SMA Negeri 1 Geger

## Lampiran 5

TABEL BANTU SKRINING STATUS TT WUS JAWA TIMUR

BAGI WUS YANG LAHIR SEBELUM TAHUN 1973, PERTANYAANNYANYA PADA RIWAYAT CPW (C), SAAT HAMIL (D) DAN KAMPANYE/AKSELERASI MNTE/ORI DIFTERI(E)			
NO	RIWAYAT IMUNISASI TT	PERNAH/TIDAK DIIMUNISASI DPT/DPT-HB/DT/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	Pernah	T2
B	RIWAYAT BIAS		
1	Untuk WUS yang lair antara tahun 1973 s/d 1976		
	a. Kelas6		
2	Untuk WUS yang lahir antara tahun 1977 s/d 1987		
	a. Kelas1		
	b. Kelas6		
3	Untuk WUS yang lahir tahun 1988		
	a. Kelas1		
	b. Kelas5		
	c. Kelas6		
4	Untuk WUS yang lahir tahun 1989		
	a. Kelas1		
	b. Kelas4		
	c. Kelas5		
	d. Kelas6		
5	Untuk WUS yang lahir tahun 1990		
	a. Kelas1		
	b. Kelas3		
	c. Kelas4		
	d. Kelas5		
	e. Kelas6		
6	Untuk WUS yang lahir tahun 1991		
	a. Kelas1		
	b. Kelas2		
	c. Kelas3		
	d. Kelas4		
7	Untuk WUS yang lahir tahun 1992 s/d sekarang		
	a. Kelas1	Pernah	T3
	b. Kelas2	Pernah	T4
	c. Kelas3	Pernah	T5
C	SAAT CALON PENGANTIN		
D	SAAT HAMIL		
	a. Hamil1		
	b. Hamil2		
	c. Hamil3		
	d. Hamil4		
E	LAIN-LAIN (KEGIATAN KAMPANYE/ORI DIFTERI) CONTOH: SAAT SMA TAHUN 2003-2005 DAN AKSELERASI WUS DI BANGKALAN & SUMENEP (2009- 2010), ORI DIFTERI2001		
STATUS IMUNISASI T SEKARANG (TOTAL IMUNISASI KOMPONEN T YANG SUDAH DIDAPATKAN)			T5

**KETERANGAN :**

1. Vaksinasi bayi DPT 3 dosis dimulai sejak 1977-sekarang
2. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1984-1997 = kelas 1 laki+ perempuan (DT 2 ds) & kelas 6 perempuan (TT 2 ds)
3. Vaksinansi anak SD/MI (BIAS) DT & TT tahun 1998-2000 = kelas 1 (DT) s/d kelas 2-6 (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 HARUS DISKRINING 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

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

Nama: Ny. N Umur Ibu: 21 Th. 18/2024  
 Hamil ke: 1 Haid Terakhir tgl: 14/01 Perkiraan Persalinan tgl: 12.01  
 Pendidikan: Ibu SMA Suami SMA  
 Pekerjaan: Ibu IRT Suami Pedagang

KEL. F.R.	II NO	III Masalah / Faktor Risiko	IV SKOR	Tribulan							
				I	II	III	III.1	III.2			
		Skor Awal Ibu Hamil	2							2	
I	1	Terlalu muda hamil I < 16 th	4								
	2	a. Terlalu lambat hamil I kawin > 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	Pernah gagal kehamilan	4								
	9	Pernah melahirkan dengan:									
		a. Tarikan tang / vakum	4								
		b. Uri drogoh	4								
		c. Diberi infus/Transfusi	4								
II	11	Penyakit pada ibu hamil:									
		a. Kurang darah b. Malaria	4								
		c. TBC Paru d. Payah jantung	4								
		e. Kencing Manis (Diabetes)	4								
		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 (Hydramnion)	4								
	15	Bayi mati dalam kandungan	4								
	16	Kehamilan lebih bulan	4								
<b>JUMLAH SKOR</b>											<b>2</b>

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

KEHAMILAN		PERSALINAN DENGAN RISIKO						
JML. SKOR	KEL. RISIKO	PERA. WATAN	RUJUKAN	TEMPAT	PENOLONG	RUJUKAN		
						RDR	RRR	RTW
1	KR	BEKAR	TIDAK DIRUJUK	RUMAH BIDAN	BIDAN			
6-10	KRT	DKR/TER	PKM	POLINDES PKM	PUSKESMAS	BIDAN	DKR/TER	

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  
 Puskesmas 5. Rumah Sakit 6. Praktek Dokter

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

<b>RUJUKAN DARI :</b>	1. Sendi	<b>RUJUKAN KE :</b>	1. Bidan
	2. Dukun		2. Puskesmas
	3. Bidan		3. Rumah Sakit
	4. Puskesmas		

**RUJUKAN :**

1. Rujukan Dini Berencana (RDB) / 2. Rujukan Tepat Waktu (RTW)  
 Rujukan Dalam Rahim (RDR) 3. Rujukan Terlambat (RTI)

**Gawat Obstetrik :**

<b>Kel. Faktor Risiko I &amp; II</b>	<b>Gawat Darurat Obstetrik :</b>
1. ....	• Kel. Faktor Risiko III
2. ....	1. Perdarahan antepartum
3. ....	2. Eklampsia
4. ....	• <b>Komplikasi Obstetrik</b>
5. ....	3. Perdarahan postpartum
6. ....	4. Uri Tertinggal
7. ....	5. Persalinan Lama
	6. Panas Tinggi

**TEMPAT :**

1. Rumah Ibu	<b>PENOLONG :</b>	1. Dukun	<b>MACAM PERSALINAN :</b>
2. Rumah bidan	<input checked="" type="checkbox"/> Bidan	<input checked="" type="checkbox"/> Bidan	1. Normal
3. Polindes	3. Dokter	3. Dokter	2. Tindakan pervaginam
<input checked="" type="checkbox"/> Puskesmas	4. Lain-2	4. Lain-2	3. Operasi Sesar
5. Rumah Sakit			
6. Perjalanan			

**PASCA PERSALINAN :**

**IBU :**

1. Hidup	<b>TEMPAT KEMATIAN IBU :</b>
2. Mati, dengan penyebab :	1. Rumah ibu
a. Perdarahan b. Preeklampsia/Eklampsia	2. Rumah bidan
c. Partus lama d. Infeksi e. Lain-2	3. Polindes
	4. Puskesmas
	5. Rumah Sakit
	6. Perjalanan
	7. Lain-2

**BAYI :** 3.300

1. Berat lahir, ... gram (ak>2) erempuan  
 Lahir hidup. Apgar Skor : .....  
 3. Lahir mati, penyebab .....  
 4. Mati kemudian, umur ... hr, penyebab .....  
 5. Kelainan bawaan : tidak ada / ada .....

**KEADAAN IBU SELAMA MASA NIFAS (42 Hari Pasca Salin)**

<input checked="" type="checkbox"/> Sehat	2. Sakit	3. Mati, penyebab .....
Pemberian ASI:	1. Ya	2. Tidak

Keluarga Berencana :  Ya 13 bulan / Sterilisasi .....  
 2. Belum Tahu

Kategori Keluarga Miskin : 1. Ya  Tidak

Sumber Blaya : Mandiri / Bantuan : .....

## Lampiran 7

TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA

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 <sup>2</sup> )	-	
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)	-	
<b>Keterangan Sistem Skoring:</b> Ibu hamil dilakukan rujukan bila ditemukan sedikitnya <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 risiko sedang <input type="checkbox"/> dan atau,</li> <li>• 1 risiko tinggi <input type="checkbox"/></li> </ul> * Manifestasi klinis APS antara lain : keguguran berulang, IUFD, kelahiran premature ** MAP dihitung setiap kali kunjungan ANC		

Centang pilihan yang sesuai

Kesimpulan : Tidak ada risiko preeklampsia

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 POST PARTUM SAAT KEHAMILAN DAN  
PERSALINAN**

Nama/Suami : Ny. N  
 Umur : 21 tahun  
 Alamat : Dsn. Serut 3/2 Sidokerto, Sidorejo, Magetan  
 Status Gravida : G1P00000  
 Tanggal skrining : 12 Februari 2024

	FAKTOR RISIKO ANTENATAL	YA	TIDAK	FAKTOR RISIKO PERSALINAN	YA	TIDAK
1	Usia $\geq 35$ tahun		✓	Induksi Persalinan		✓
2	BMI $\geq 30$		✓	Partus lama		✓
3	Grandemulti		✓	- Kala I		✓
4	Postdate		✓	- Kala II		✓
5	Makrosomia		✓	- Kala III		✓
6	Gemeli		✓	Epidural Analgesia		✓
7	Myoma		✓	Vakum / forceps		✓
8	APB		✓	Episiotomi		✓
9	Riwayat HPP		✓	Koriamnintis		✓
10	Riwayat SC		✓	Riwayat SC		✓
	<b>Hasil Akhir skrining</b>		10	<b>Hasil Akhir skrining</b>		10

Waspada Perdarahan

-
---

Tindak Lanjut

-
---

**INTERPRETASI :**

Jika ada 1 "YA" = Waspada Perdarahan Jika ada >1 "YA" = Tindakan lanjut

Sumber: Buku Kesehatan Ibu dan Anak, 2016, Halaman 24.

## Lampiran 9

## LEMBAR OBSERVASI

## A. ANAMNESISA

Tanggal masuk : 01-03-2024 ..... Jam : 01.10 WIB  
 His mulai tanggal : 29-02-2024 ..... Jam : 17.00 WIB  
 Darah : +  
 Lendir : +  
 Ketuban : Pecah / Belum Jam : .....

## B. KEADAAN UMUM

Tensi : 115/65 mmHg  
 Suhu : 36°C  
 Nadi : 86 x/menit  
 Respirasi : 21 x/menit  
 Odema : -

## C. PEMERIKSAAN OBSTETRI

Palpasi perlimaan : 3/5  
 VT : Tanggal 01-03-2024 ..... Jam : 00.20 WIB  
 Hasil  $\frac{1}{4}$  tog,  $\phi$  3 cm, eff 50%, ket (+), prestep, HL

OBSERVASI KALA I ( Fase Laten  $\phi < 4$  cm )

Tanggal	Jam	His dlm 10 "		DJJ	Tensi	Suhu	Nadi	VT	Ket.
		Berapa kali	Lamanya						
01/03/2024	00.10	3 x	25"	134	115/65	36	86	$\frac{1}{4}$ tog, $\phi$ 3 cm, eff 50%, ket (+), prestep, HL	Terpasang infus RL 500 ml, 20 fpm
	00.30	3 x	30"						
	01.00	3 x	30"	140			88		
	01.30	3 x	30"	143					
	02.00	3 x	30"	148			84		



**CATATAN PERSALINAN**

- Tanggal : 01-08-2022
- Nama Bidan : Bid. Eny Bah. Ani, Bid. Penny
- Tempat Persalinan :
  - Rumah Ibu  Puskesmas
  - Polindes  Rumah Sakit
  - Klinik Swasta  Lainnya .....
- Alamat tempat persalinan : .....
- Catatan :  Rujuk, kala I/II/III/IV
- Alasan merujuk : .....
- Tempat rujukan : .....
- Pendamping saat merujuk :
  - Bidan  Teman  Suami  Dukun  Keluarga  Tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
  - Gawatdarurat  Perdarahan  HDK  Infeksi  PMTCT

**KALA I**

- Partograf melewati garis waspada  T
- Masalah lain, sebutkan : .....
- Penatalaksanaan masalah tsb : .....
- Hasilnya : .....

**KALA II**

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

**KALA III**

- Inisiasi Menyusu Dini :
  - Ya
  - Tidak, alasannya : .....
- Lama kala III : 15 menit
- Pemberian Oksitosin 10U IM?
  - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
  - Tidak, alasan : .....
  - Penjepitan tali pusat ..... menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
  - Ya, alasan : .....
  - Tidak
- Penegangan tali pusat terkendali ?
  - Ya
  - Tidak, alasan : .....

**24. Masase fundus uteri ?**

- Ya
- Tidak, alasan : .....

**25. Plasenta lahir lengkap (intact)  / Tidak**

- Jika tidak lengkap, tindakan yang dilakukan :
- .....
  - .....

**26. Pasenta tidak lahir >30 menit :**

- Tidak
- Ya, tindakan : .....

**27. Laserasi :**

- Ya, dimana : mulut vagina, kulit perineum
- 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 ..... 800 ml**

**31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut : .....**

Hasilnya : .....

**KALA IV**

**32. Kondisi ibu: KU: Baik.. TD: 115/72 mmHg**

Nadi: 82 x/mnt Napas: 21 /mnt

**33. Masalah dan penatalaksanaan masalah : .....**

**BAYI BARU LAHIR**

**34. Berat badan : 3.800 gram**

**35. Panjang badan : 50 cm**

**36. Jenis kelamin L P**

**37. Penilaian bayi baru lahir : Baik Ada penyulit**

**38. Bayi lahir :**

- Normal, tindakan:
  - mengeringkan
  - menghangatkan
  - rangsang 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 :

- .....
- .....
- .....

**39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir**

- Ya, waktu : 1 jam setelah bayi lahir
- Tidak, alasan : .....

**40. Masalah lainnya, sebutkan :**

Hasilnya : .....

**TABEL PEMANTAUAN KALA IV**

Jam ke	Waktu	Tekanan Darah	Nadi	Suhu	Tinggi Fundus Uteri	Kontraksi Uterus	Kandung Kemih	Darah yg keluar
1	12.40	115/72	82	36.7	2 jari bawah pusat	Keras bundar	Korong	40 cc
	12.55	115/72	82		2 jari bawah pusat	Keras bundar	Korong	
	13.10	115/72	82		2 jari bawah pusat	Keras bundar	Korong	
	13.25	115/72	82		2 jari bawah pusat	Keras bundar	Korong	
2	13.55	115/72	82	36.7	2 jari bawah pusat	Keras bundar	Korong	
	14.25	115/72	02		2 jari bawah pusat	Keras bundar	Korong	

## Lampiran 11

## LEMBAR RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN

**RINGKASAN PELAYANAN PERSALINAN**

**Ibu Bersalin dan Ibu Nifas**

Tanggal persalinan : 01-08-2024 Pukul : 12.10 WIB  
 Umur kehamilan : 40 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 : 1  
 Berat Lahir : 3.300 gram  
 Panjang Badan : 50 cm  
 Lingkar Kepala : 33 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 HBO

Keterangan tambahan: .....

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

13

Lampiran 12

KARTU MENUJU SEHAT ANAK LAKI-LAKI

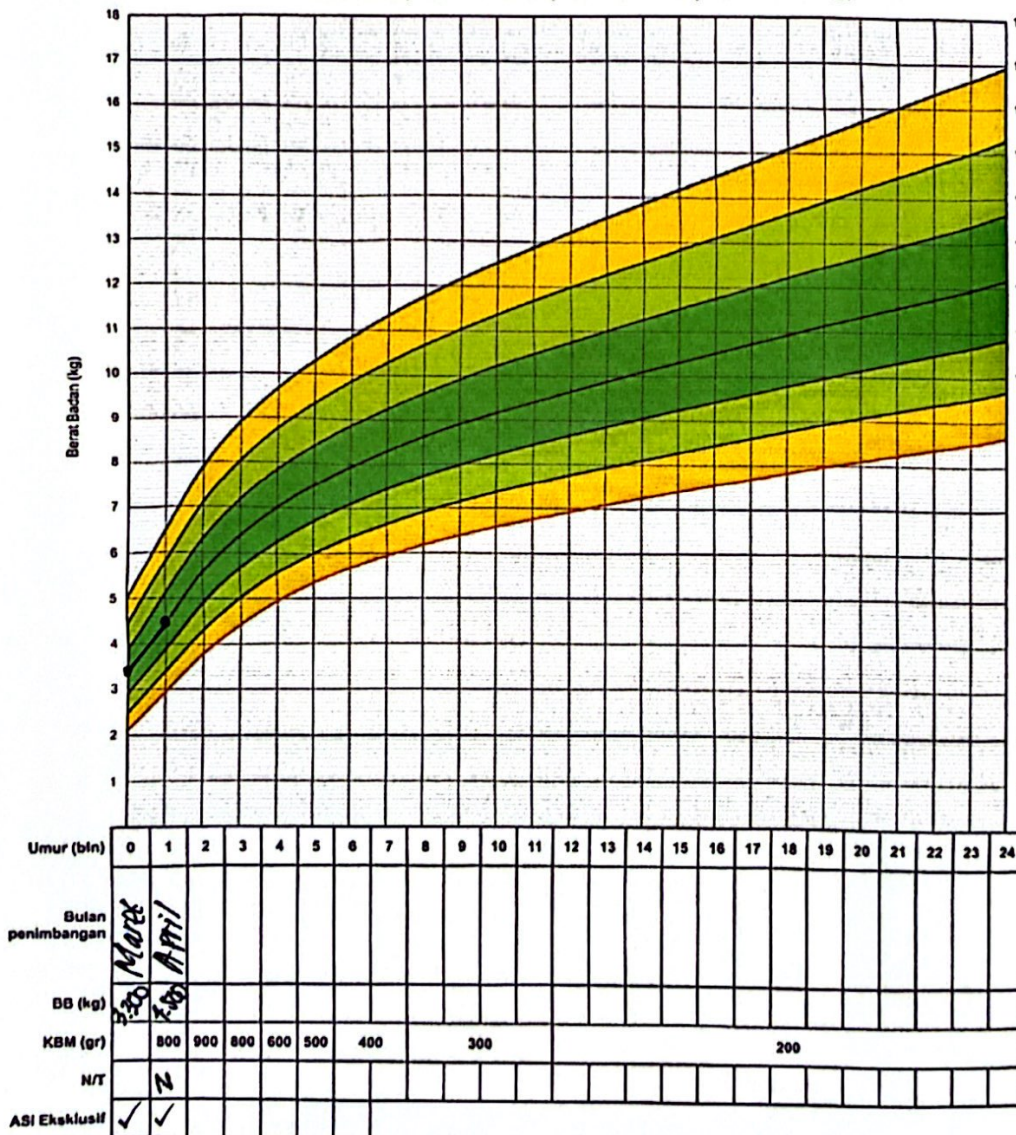


**KMS**  
KARTU MENUJU SEHAT  
Untuk Laki-Laki

Nama Anak : Ahmar

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

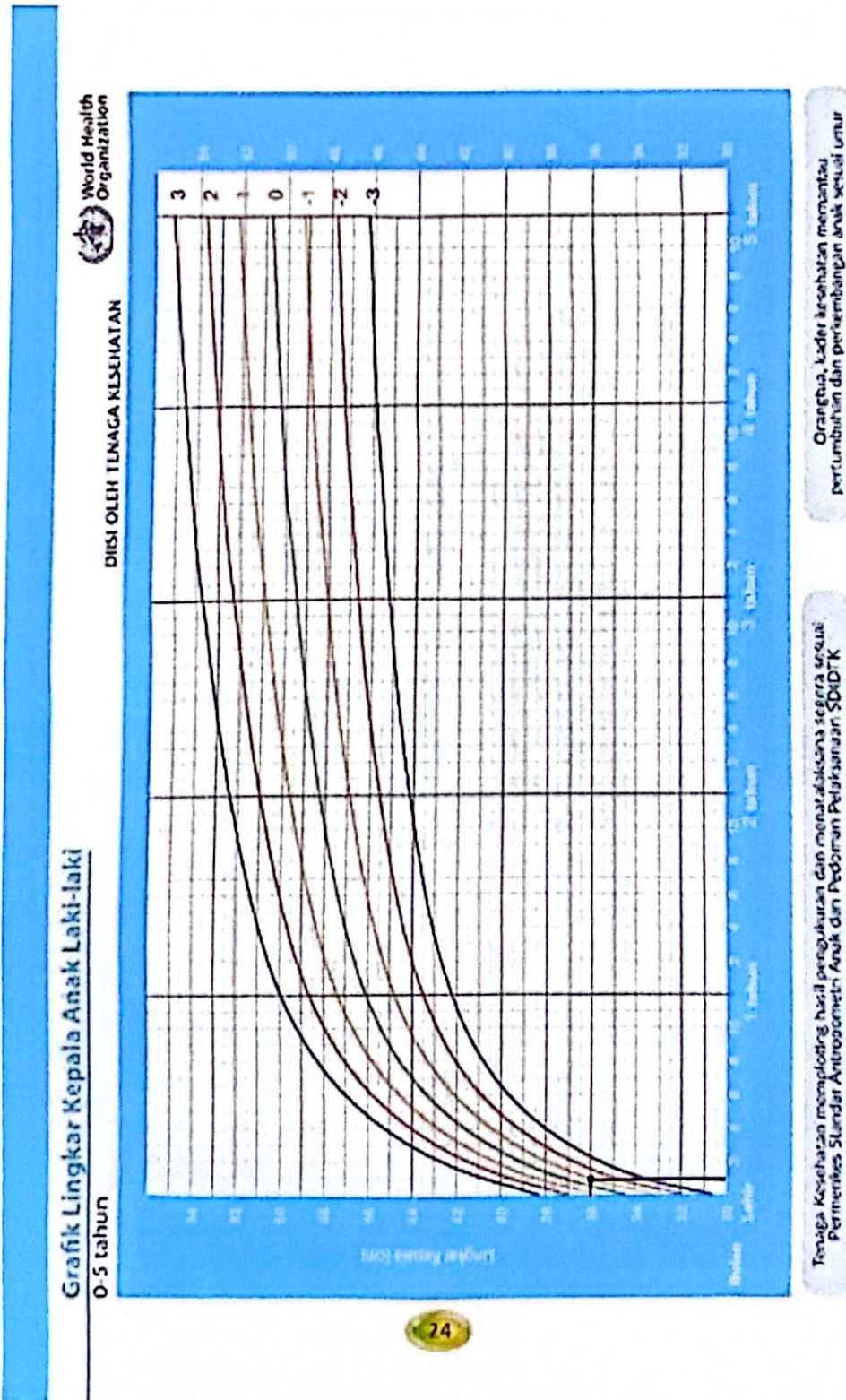
**TIDAK NAIK (T)**  
Grafik BB mendatar atau menurun memotong garis pertumbuhan dibawahnya atau Kenaikan BB kurang dari KBM

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

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

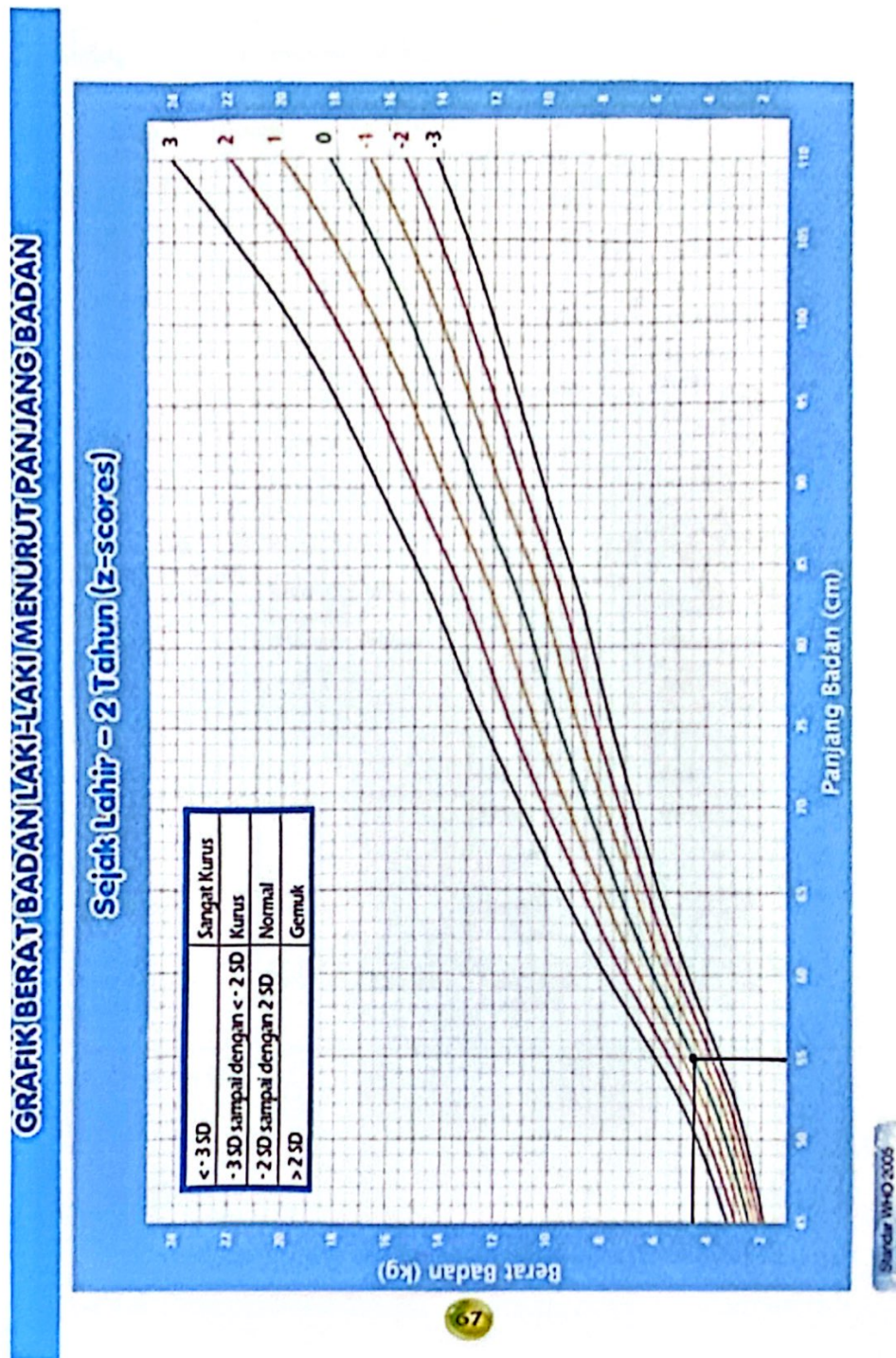
Lampiran 13

GRAFIK LINGKAR KEPALA



## Lampiran 14

## GRAFIK BERAT BADAN MENURUT PANJANG BADAN






## Lampiran 15

## Pelayanan Kesehatan Neonatus (0-28 hari)

## 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: BB: 3.300 gr PB: 50 cm LK: 33 cm  Inisiasi Menyusu Dini (IMD) <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1 <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: 03/24 Jam: 19.10 WIB Nomor Batch: 365679	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Vit K1* <input checked="" type="checkbox"/> Salep/Tetes Mata* <input checked="" type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input checked="" type="checkbox"/> Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____  BB: _____ gr PB: _____ cm LK: _____ cm  Skrining Hipotiroid Kongenital <input type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya kuning <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/> Imunisasi HB* <input type="checkbox"/> Tgl/bl/th: _____ Jam: _____ Nomor Batch: _____  Skrining Hipotiroid Kongenital* <input checked="" type="checkbox"/> <i>*Bila belum diberikan</i>	Menyusu <input checked="" type="checkbox"/> Tali Pusat <input checked="" type="checkbox"/> Tanda bahaya kuning <input checked="" type="checkbox"/> Identifikasi kuning <input type="checkbox"/>   ** Berikan tanda pada bagian tubuh mana bayi tampak kuning dengan melingkari angka.
PPIA	PPIA	PPIA	PPIA
Masalah: -	Masalah: -	Masalah: -	Masalah: -
Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -	Dirujuk ke:** -
Nama Tenaga Kesehatan:	Nama Tenaga Kesehatan:	Nama Tenaga Kesehatan:	Nama Tenaga Kesehatan:

\* Catatan penting:

.....

.....

.....

Nama tenaga kesehatan:

.....

.....

\*\* Beri tanda strip (-) jika tidak ada masalah/ tidak dirujuk

## Lampiran 16

## FORMULIR JENIS DETEKSI TUMBUH KEMBANG SESUAI USIA

Umur Anak	Jenis Deteksi Tumbuh Kembang Yang Harus Dilakukan							
	Deteksi Dini Penyimpangan Pertumbuhan		Deteksi Dini Penyimpangan Perkembangan			Deteksi Dini Penyimpangan Mental Emosional (dilakukan atas indikasi)		
	BB/TB	LK	KPSP	TDD	TDL	KMPE	M-CHAT	GPPH
0 bulan	✓	✓						
3 bulan	✓	✓	✓	✓				
6 bulan	✓	✓	✓	✓				
9 bulan	✓	✓	✓	✓				
12 bulan	✓	✓	✓	✓				
15 bulan	✓		✓					
18 bulan	✓	✓	✓	✓			✓	
21 bulan	✓		✓				✓	
24 bulan	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
30 bulan	✓	✓	✓	✓	✓		✓	
36 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
42 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
48 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
54 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
60 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
66 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓
72 bulan	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓

## KETERANGAN:

BB/TB : Berat Badan terhadap Tinggi badan  
 LK : Lingkar Kepala  
 KPSP : Kuesioner Pra Skrining Perkembangan  
 TDD : Tes Daya Dengar

TDL : Tes Daya Lihat  
 KMPE : Kuesioner Masalah Perilaku Emosional  
 M-CHAT : Modified Checklist for Autism in Toddlers  
 GPPH : Gangguan Pemusatan Perhatian dan Hiperaktivitas

## Lampiran 17

## FORMULIR TES DAYA DENGAR

Umur kurang atau sampai 3 bulan	Ya	Tidak
1. Kemampuan Ekspresif Apakah bayi dapat mengatakan aaaaa, ooooo? Apakah bayi menatap wajah dan tampak mendengarkan anda, lalu berbicara saat anda diam? Apakah anda dapat seolah olah berbicara dengan bayi anda?	✓	
2. Kemampuan Reseptif Apakah bayi kaget bila mendengarkan suara (mengejapkan mata, napas lebih cepat)? Apakah bayi kelihatan menoleh bila anda berbicara di sebelahnya?	✓	
3. Kemampuan Visual Apakah bayi anda dapat tersenyum? Apakah bayi anda kenal dengan anda seperti tersenyum lebih cepat pada anda dibandingkan orang lain?	✓	
<b>Total jawaban tidak</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

Lampiran 18

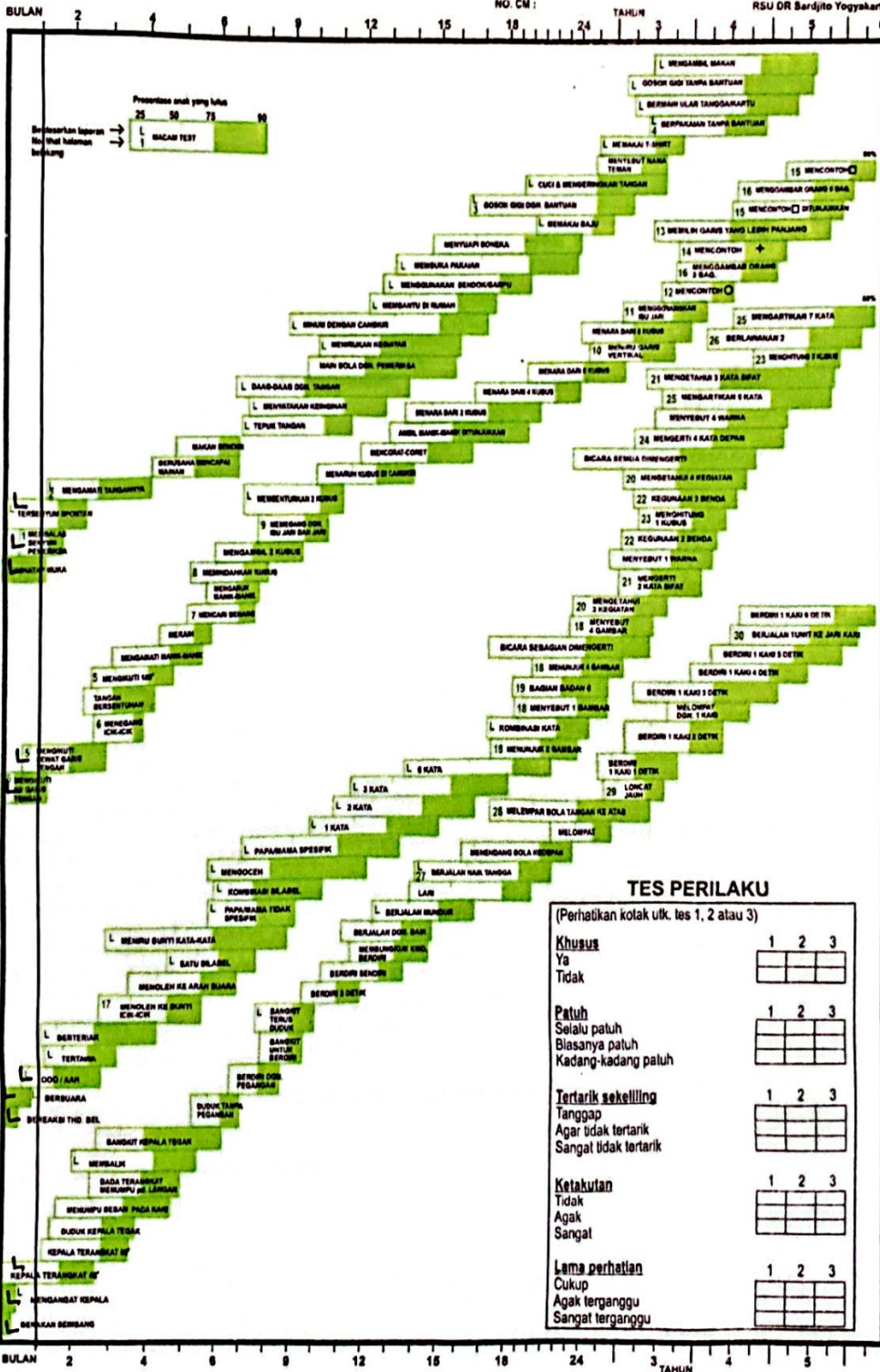
FORMULIR DENVER II

Denver II

PEMERIKSA:  
TANGGAL:

NAMA:  
TANGGAL LAHIR:  
NO. CM:

Diterjemahkan oleh:  
Ny. Suprapti Djuari MAppSc  
RSU DR Sardjito Yogyakarta



## PETUNJUK PELAKSANAAN

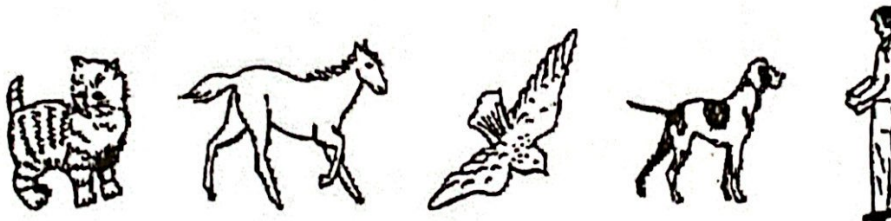
1. Coba anak agar tersenyum dengan tersenyum, berbicara atau melambaikan tangan kepadanya. Jangan menyentuh anak.
2. Anak harus memandang tangan beberapa detik.
3. Orang tua dapat menolong mengarahkan sikat gigi dan menaruh odol pada sikat.
4. Anak tidak harus dapat menaiki sepatu, memasang benik/rutsiling di belakang.
5. Gerakan benang dengan perlahan-lahan dalam suatu busur dari satu sisi ke sisi lain  $\pm 20$  cm di atas muka anak.
6. Lulus bila anak memegang ick-ick 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  $30^\circ$  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 terbaik (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 lengan, 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? ..... meringkik? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak: Apa yang kau lakukan bila dingin? ..... capal? ..... lepar? 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 6, 7 dari 8.
26. Tanya kepada anak: Jika kuda itu besar, ukus 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 melompat bola di atas bahu  $\pm 1$  m (3 kaki) ke arah pemeriksa.
29. Anak harus melompat melampaui lebarnya formulir  $\pm 22$  cm ( $8\frac{1}{2}$ ).
30. Sunuh 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 19

## LEMBAR PELAYANAN IMUNISASI

## PELAYANAN IMUNISASI

UMUR	BULAN													2+	
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	12	18			
Jenis Vaksin	Tanggal Pemberian dan Paraf Petugas														
Hepatitis B (< 24 jam) No Batch:	1/2A 3														
BCG No Batch:	14/2A 3														
Polio tetes 1 No Batch:	14/2A 3														
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

## Lampiran 20


**DAFTAR TILIK PENAPISAN KLIEN KB  
METODE NONOPERATIF**

Metode Hormonal (pil kombinasi, pil progestin, suntikan dan susuk)	Ya	Tidak
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu atau lebih	✓	
Apakah anda menyusui dan kurang dari 6 minggu pascapersalinan <sup>1,2</sup>	✓	
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama		✓
Apakah pernah ikterus pada kulit atau mata		✓
Apakah pernah nyeri kepala hebat atau gangguan visual		✓
Apakah pernah nyeri hebat pada betis, paha atau dada, atau tungkai bengkak (edema)		✓
Apakah pernah tekanan darah >160 mmHg (sistolik) atau 90 mmHg (diastolik)		✓
Apakah ada massa atau benjolan pada payudara		✓
Apakah anda sedang meminum obat-obatan anti kejang (epilepsi) <sup>3</sup>		✓
<b>AKDR (semua jenis pelepas tembaga dan progestin)</b>		
Apakah hari pertama haid terakhir 7 hari yang lalu		
Apakah klien (atau pasangan) mempunyai pasangan seks lain		
Apakah pernah mengalami infeksi menular seksual (IMS)		
Apakah pernah mengalami radang panggul atau kehamilan ektopik		
Apakah pernah mengalami haid banyak (>1-2 pembalut/4 jam)		
Apakah pernah mengalami haid lama (>8 hari)		
Apakah pernah mengalami dismenorhea berat yang membutuhkan analgetika dan/atau istirahat baring		
Apakah pernah mengalami perdarahan atau perdarahan bercak antara haid setelah senggama		
Apakah pernah mengalami gejala penyakit jantung valvular atau kongenital		

1. Apabila klien menyusui dan kurang dari 6 minggu pasca persalinan, maka pil kombinasi adalah metode pilihan terakhir
2. Tidak cocok untuk pil progestin (minipil), suntikan (DMPA atau NET-EN) atau susuk
3. Tidak cocok untuk suntikan progestin (DMPA atau NET-EN)

Lampiran 21

KARTU STATUS PESERTA KB

KARTU PESERTA KB		ALAT/BATUKARA KONTRASEPSI		
		TGL/BLN/THN MELAKUI DIPAKAI: <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="09"/> <input type="text" value="24"/> TGL/BLN/THN DICAKUP/DILEPAS (KEMUSUKAN/PLANS/LO): <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
NOMOR INDIK KEPENDUKAAN: <input type="text" value="3520186606020001"/>		TANGGAL KURUNGAN ULANG	KEBERSIHAN	PABAY
NAMA PESERTA KB: <u>Ny. Nurul / Tn. Agung</u>		<u>06-09-24</u>	<u>BB : 15 TB :</u>	
TANGGAL LAHIR/UMUR ISTRI: <input type="text" value="26"/> <input type="text" value="06"/> <input type="text" value="07"/> <input type="text" value="21"/> TAHUN				
ALAMAT: _____ _____ _____				
PENGGUNAAN ALUJANGSI: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak				
NAMA PAKSES KB/SARINGAN/ELARING: _____				
KODE PAKSES KB/SARINGAN/ELARING: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
PENANGGUNG JAWAB PELAYANAN KB: _____				
NIP: _____				



## Lampiran 22



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 : DAYUNING MUTIARA PRISCANTINI**

**NIM : P27824221017**

**Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" G1P00000 Usia Kehamilan 40-41 Minggu Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Nifas dan Menyusui, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di Puskesmas "P", Magetan**

**Penguji Utama : Bdn. Nana Usnawati, S.ST., M.Keb**

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	17-01-2024	Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal LTA	
2.	22-01-2024	Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal LTA	
3.	23-01-2024	Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal dan ACC Proposal LTA	
4.	29-05-2024	Konsultasi Revisi Pasca Sidang LTA	
5.	04-06-2024	Konsultasi Revisi Pasca Sidang LTA	
6.	05-06-2024	ACC Revisi Pasca Sidang LTA	

Mengetahui  
Kaprod DIII Kebidanan  
Kampus Magetan



**Yeta Puji Rahayu, S.S.T., M.Keb.**  
NIP. 19800222005012009



Koordinator I



**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 : DAYUNING MUTIARA PRISCANTINI**

**NIM : P27824221017**

**Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" G1P00000 Usia Kehamilan 40-41 Minggu Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Nifas dan Menyusui, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di Puskesmas "P", Magetan**

**Pembimbing I : Sulikah, S.ST., M.Kes**

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	15-10-2023	Konsultasi Penyusunan LTA, Pengarahan Secara Keseluruhan BAB 1 dan BAB 2	M
2.	01-12-2023	Konsultasi BAB 1 Tentang Penyusunan Pendahuluan	M
3.	07-12-2023	Konsultasi Cover dan BAB 1 Revisi Latar Belakang Serta Disesuaikan Dengan Panduan, Revisi Spasi, Font, dan Huruf	M
4.	08-12-2023	Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 Kehamilan	M
5.	04-01-2024	Konsultasi BAB 1 dan Revisi BAB 2 Kehamilan dan Persalinan	M
6.	05-01-2024	Konsultasi BAB 1 dan BAB 2 Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana	M
7.	12-01-2024	ACC BAB 1 dan BAB 2 Serta Struktur LTA Untuk Diajukan Seminar Proposal	M
8.	17-01-2024	Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal LTA dan ACC Proposal LTA	M
9.	20-03-2024	Konsultasi BAB 3 Kasus Laporan Kehamilan dan Persalinan	M
10.	02-03-2024	Konsultasi BAB 3 Kasus Laporan Kehamilan, Persalinan, Nifas, dan Neonatus	M
11.	06-05-2024	Konsultasi BAB 3, BAB 4, BAB 5, Cover, dan Lampiran	M
12.	07-05-2024	Konsultasi BAB 3, BAB 4, BAB 5, dan Sinopsis Secara Individu	M
13.	13-05-2024	Konsultasi BAB 3, BAB 4, BAB 5, Cover, Sinopsis, dan Lampiran	M

14.	13-05-2024	Konsultasi Revisi BAB 4 dan Menyiapkan Konsul Keseluruhan	4
15.	14-05-2024	ACC BAB 3, 4, 5, Cover, Lampiran dan Persiapan Sidang	4
16.	29-05-2024	Konsultasi Revisi Pasca Sidang LTA dan ACC Revisi Pasca Sidang LTA	4

Mengetahui  
Kaprodidi Kebidanan  
Kampus Magetan



Koordinator I

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 : DAYUNING MUTIARA PRISCANTINI

NIM : P27824221017

Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "N" G1P00000 Usia Kehamilan 40-41 Minggu Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan dan Bayi Baru Lahir, Nifas dan Menyusui, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di Puskesmas "P", Magetan

Pembimbing II : Suparji, S.ST., S.KM., M.Pd

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1.	05-12-2023	Konsultasi BAB 1 Tentang Latar Belakang Yang Disesuaikan Dengan Kasus Yang Diambil	
2.	03-01-2024	Konsultasi BAB 1 Revisi Latar Belakang dan BAB 2 Kehamilan, Persalinan	
3.	08-01-2024	Konsultasi BAB 1 dan 2 Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana	
4.	11-01-2024	ACC BAB 1 dan 2 Serta Struktur LTA Untuk Diajukan Seminar Proposal	
5.	23-01-2024	Konsultasi Revisi Pasca Seminar Proposal dan ACC Proposal LTA	
6.	06-05-2024	Konsultasi BAB 3 Kehamilan, Persalinan	
7.	07-05-2024	Konsultasi BAB 3	
8.	08-05-2024	Konsultasi BAB 3, 4, 5	
9.	13-05-2024	Konsultasi keseluruhan	
10	14-05-2024	ACC LTA untuk diajukan sidang	
11	29-05-2024	Konsultasi Revisi Pasca Sidang LTA dan ACC Revisi Pasca Sidang LTA	

Mengetahui  
Kaprosdi DIII Kebidanan  
Kampus Magetan



Koordinator I

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