

LAMPIRAN

Lampiran 1

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : BELLA ANANDA RESTA

NIM : P27824218022

Program Studi : D-III Kebidanan Kampus Magetan

Angkatan : 2018 – 2021

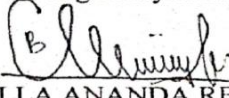
Menyatakan bahwa saya tidak melakukan plagiat dalam penulisan Laporan Tugas Akhir saya yang berjudul :

**“Asuhan Kebidanan Pada Ny. ‘W’ Masa Kehamilan Trimester III,
Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga Berencana Pascasalin di PMB Ny.
Sri Wahyuni, Jabung, Panekan”**

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, 5 Mei 2021

Yang Menyatakan


BELLA ANANDA RESTA
P27824218022

Lampiran 2

RIWAYAT HIDUP

Nama : Bella Ananda Resta

Tempat, Tanggal Lahir : Bogor, 28 November 1999

Agama : Islam

Alamat : Jln. Nias RT 60/RW 10 Desa Kincang Wetan

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Kincang 1
2. MTs Negeri Bibrik
3. MA Negeri 2 Madiun

Lampiran 3

LEMBAR PERMOHONAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

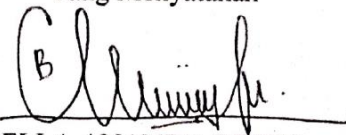
Nama : BELLA ANANDA RESTA
NIM : P27824218022
Status : Mahasiswa Prodi D III Kebidanan Kampus Magetan
Politeknik Kesehatan Kemenkes Surabaya

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, 16 Maret 2021

Yang Menyatakan


BELLA ANANDA RESTA
P27824218022

Lampiran 4

LEMBAR PERSETUJUAN
(INFORMED CONSENT)

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ny. W
 Umur : 32 1 tahun
 Pendidikan : SMP
 Pekerjaan : IRT
 Alamat : Karangpinto - Ngawi

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, 16 Maret 2021

Yang Menyatakan

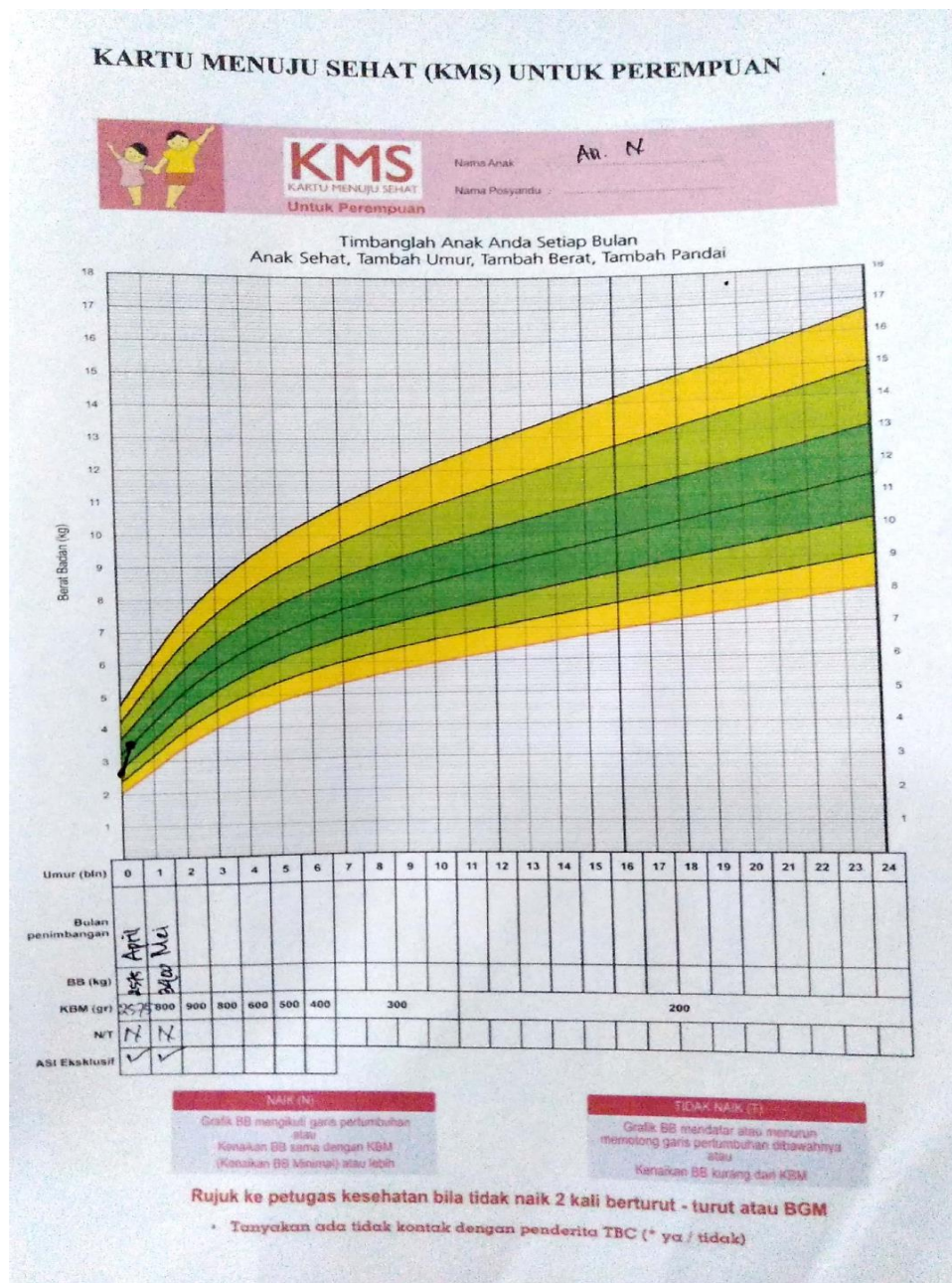
Heeylef

(.....)

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?
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	✓	T ₁
	b. Kelas 4	✓	T ₂
	c. Kelas 5	✓	T ₃
	d. Kelas 6	✓	T ₄
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	✓	T ₅
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)			T ₁₅

Lampiran 6



Lampiran 7



TABEL SKRINING PRE EKLAMPSIA
 Dilakukan pada Usia Kehamilan 12 - 28 Minggu



Nama / Suami : Ny. W / Tn. S
 Umur : 32 th / 38 th
 Alamat : Ds. Karangapito
 Status Gravida : G3P20002
 Umur Kehamilan : 40-41 minggu
 Tanggal Skrining : 23 Maret 2021

I		Pemeriksaan Fisik dan Anamnesis		
		*	Ya	Tidak
1	Riwayat Keluarga Pre Eklampsia			✓
2	Primigravida			✓
3	Primitua Sekunder (Jarak Antar Kehamilan >10 th)			✓
4	Usia > 35 tahun			✓
5	Body Mass Index BB/TB ² > 30/ OBESITAS*			✓
6	Mean Arterial Pressure (Sistolik+2 Diastolik/3) >90*			✓
7	Roll Over Test (Perbandingan Diastolik Miring Kiri (Left lateral Recumbent) dan Telentang (Supine) >15 mmHg*			✓
Hasil > 2 (Positif)				
II	Riwayat Khusus			
1	Riwayat Hipertensi Dalam Kehamilan			✓
2	Hipertensi Kronis			✓
3	Kelainan Ginjal			✓
4	Diabetes			✓
5	Penyakit Autoimun			✓
Hasil 1 Positif				
III	Doppler Velosimetri arteri Uterina ≥ 16 minggu			
1	Peningkatan Resistensi dan atau			✓
2	Notching (+)			✓
Hasil 1 Positif				
Hasil Akhir Skrining				
Keterangan				15

* : Tulis hasil Pemeriksaan
 - Low dose Aspirin 1 x 80-150 mg/hari sampai dengan 7 hari sebelum persalinan.
 - Kalsium 1 g/hari

Lampiran 8



**TABEL SKRINING RISIKO PERDARAHAN POST PARTUM
SAAT KEHAMILAN DAN PERSALINAN**



Nama / Suami : Ny. W / Tn. S
 Umur : 32 th / 38 th
 Alamat : Ds. Karangpulo
 Status Gravida : G3P20002
 Umur Kehamilan : 40-41 minggu
 Tanggal Skrining : 23 Maret 2021

	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	Gemelli		✓	Epidural Analgesia		✓
7	Myoma		✓	Vakum / forcep		✓
8	APB		✓	Episiotomi		✓
9	Riwayat HPP Riwayat		✓	Korioamnionitis		✓
10	SC		✓	Riwayat SC		✓
	Hasil Akhir Skrining		10	Hasil Akhir Skrining		10

Waspada Perdarahan —

Tindak Lanjut Pemeriksaan

Lampiran 9

Nama / Suami : Ny W / Tn S
 Tanggal lahir / umur : 6-9-1989 / 32 tahun
 Alamat : Karangpinto
 Telepon : -

FORMULIR SKRINING CORONA VIRUS DISEASE (COVID-19)
 Berilah tanda centang (✓) pada kolom yang sesuai!

GEJALA		YA	TIDAK
NO.	PERTANYAAN		
1.	Demam / riwayat demam < 2 minggu		✓
2.	Batuk / pilek / nyeri tenggorokan < 2 minggu		✓
3.	Sesak napas		✓

FAKTOR RISIKO		YA	TIDAK
NO.	PERTANYAAN FAKTOR RISIKO		
1.	Riwayat perjalanan ke luar negeri atau kota-kota terjangkit di Indonesia dalam waktu 14 hari sebelum timbul gejala. Asal Kota : Kapan anda datang :		✓
2.	Memiliki riwayat paparan salah satu atau lebih : a. Riwayat kontak erat dengan kasus konfirmasi COVID-19 b. Bekerja atau mengunjungi fasilitas kesehatan yang berhubungan dengan pasien konfirmasi COVID-19 ATAU ; c. Memiliki riwayat kontak dengan hewan penular (jika hewan penular sudah teridentifikasi) ATAU ; d. Memiliki demam ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) atau ada riwayat demam, memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri atau kontak dengan orang yang memiliki riwayat perjalanan ke luar negeri		✓ ✓ ✓ ✓
3.	Apakah ada keluarga yang baik atau mudik dari daerah terjangkit ? 1. Asal Kota : 2. Kapan anda datang :		✓
4.	Apakah Anda sedang hamil ?	✓	
5.	Apakah Anda mempunyai Riwayat Penyakit Lain ?		✓

Menyatakan bahwa keterangan yang saya berikan diatas adalah BENAR. Surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sehat, sadar dan tanpa ada paksaan dari pihak manapun jika dikemudian hari saya terbukti memberikan KETERANGAN PALSU, saya menyatakan sanggup dibawa ke RANAH HUKUM.

Magetan, 17 Maret 2021
 Saksi

Petugas Skrining

Responden

(Bella Annanda)



(Ny. W)

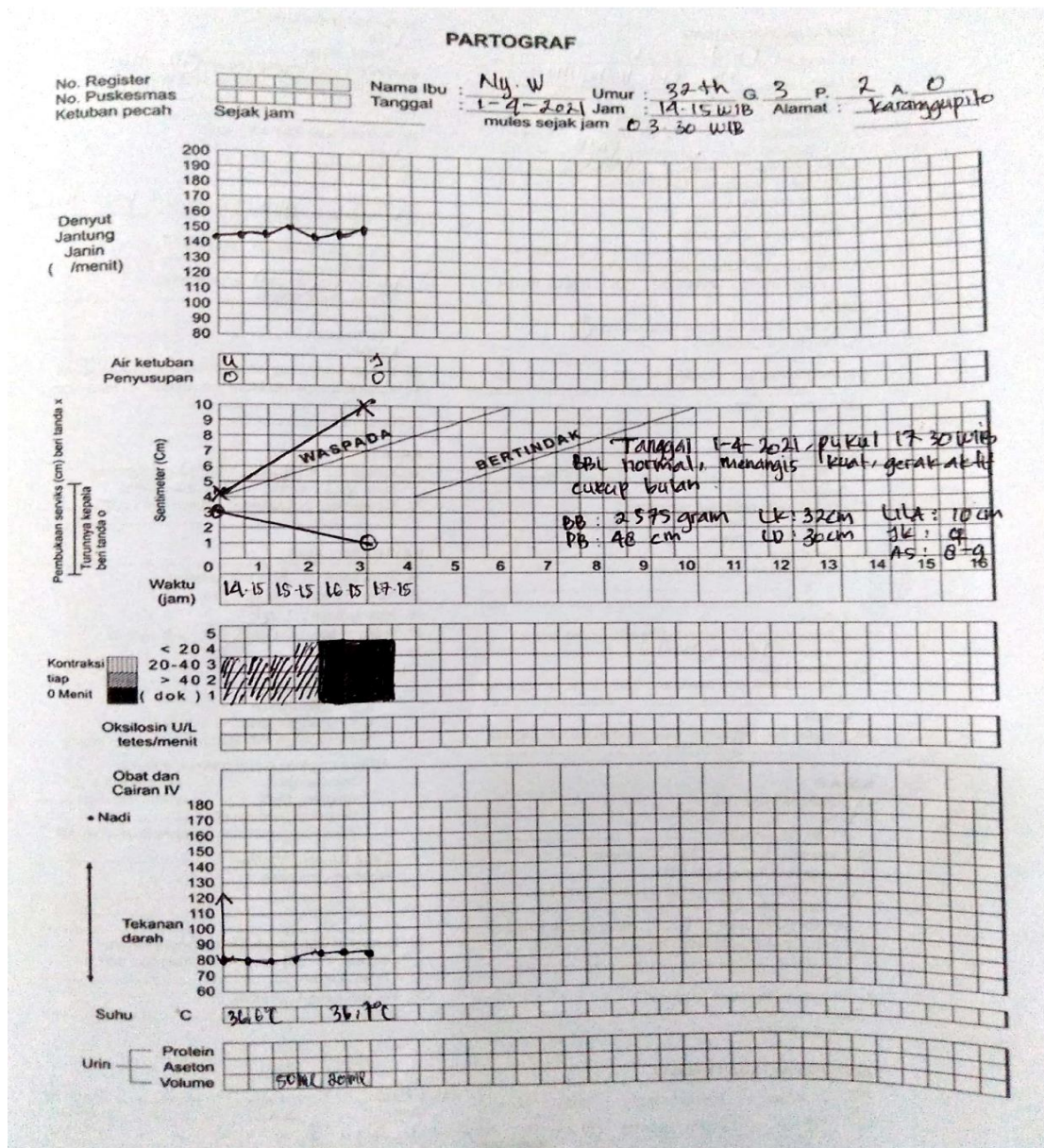
(Signature)

(Signature)

CARA PENILAIAN

Pasien Dalam Pengawasan (PDP)	Orang Dalam Pemantauan (ODP)	Kesimpulan (lingkari salah satu)
Gejala No. 1 + No. 2 + No. 3 DAN Faktor Risiko No. 1 ATAU Gejala No. 1 atau No. 2 DAN salah satu atau lebih faktor risiko No. 2 dan No. 3	Gejala No. 1 atau No. 2 DAN fasiko No. 1 ATAU Riwayat kontak erat dengan kasus COVID-19 ATAU daerah dengan kasus konfirmasi COVID-19	Pasien Dalam Pengawasan (PDP) Orang Dalam Pengawasan (ODP) Bukan Keduanya

Lampiran 10



CATATAN PERSALINAN

- Tanggal : 1-4-2021
- Nama Bidan : Ny. Sri Wahyuni
- Tempat Persalinan :
 - Rumah Ibu
 - Polindes
 - Klinik Swasta
 - Puskesmas
 - Rumah Sakit
 - Lainnya : PMB Pakelan
- Alamat tempat persalinan :
- Catatan : Rujuk, kala I/II/III/IV
- Alasan merujuk :
- Tempat rujukan :
- Pendamping saat merujuk :
 - Bidan
 - Temam
 - Suami
 - Dukun
 - Keluarga
 - Tidak ada
- Masalah dalam kehamilan/persalinan ini :
 - Gawatdarurat
 - Perdarahan
 - HDK
 - Infeksi
 - PMTCT

KALA I

- Partograf melewati garis waspada : Y / 10
- 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 : 124 x/menit
- 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 : 10 menit
- Pemberian Oksitosin 10IU IM?
 - Ya, waktu : 1 menit sesudah persalinan
 - Tidak, alasan :
- Penjepitan tali pusat : 2 menit setelah bayi lahir
- Pemberian ulang Oksitosin (2x) ?
 - Ya, alasan :
 - Tidak
- 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	18.15	120/80 mmHg	80 x/m	36.6°	2 jari bawah put	Baik	-	100 ml
	18.30	120/80 mmHg	80 x/m		2 jari bawah put	Baik	-	5 ml
	18.45	120/80 mmHg	80 x/m		2 jari bawah put	Baik	-	-
	19.00	120/80 mmHg	80 x/m		2 jari bawah put	Baik	-	-
2	19.30	110/70 mmHg	80 x/m	36.5°	2 jari bawah put	Baik	-	5 ml
	20.00	110/80 mmHg	78 x/m		2 jari bawah put	Baik	+ 80 ml	-

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 :
 -
 -

26. Plasenta tidak lahir >30 menit ;

- Tidak
- Ya, tindakan :

27. Laserasi : Ya, dimana : mukosa kulit perineum

- Tidak
- Jika laserasi perineum, derajat 0 / 2 / 3 / 4

Tindakan : Penjahitan dengan tanpa anastesi

- Tidak dijahit, alasan :

29. Atonia uteri : Ya, tindakan : Tidak

- Jumlah darah yang keluar/perdarahan : ± 100 ml

31. Masalah dan penatalaksanaan masalah tersebut :

- Hasilnya :

KALA IV

- Kondisi ibu: KU: baik. TD: 120/80 mmHg
- Nadi: 82 x/mnt Napas: 17 /mnt

33. Masalah dan penatalaksanaan masalah :

BAYI BARU LAHIR

- Berat badan : 3575 gram
- Panjang badan : 48 cm
- Jenis kelamin : L / P

37. Penilaian bayi baru lahir Baik Ada penyulit

- Bayi lahir :
 - Normal, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangangan taktil
 - memastikan IMD atau naluri menyusu segera
 - Asfiksia ringan/pucat/biru/lemas, tindakan :
 - mengeringkan
 - menghangatkan
 - rangang taktil
 - lainnya, sebutkan :
 - bebaskan jalan napas
 - pakaian/selimuti bayi dan tempatkan di sisi ibu

Cacat bawaan, sebutkan :

Hipotermi, tindakan :

-
-
-

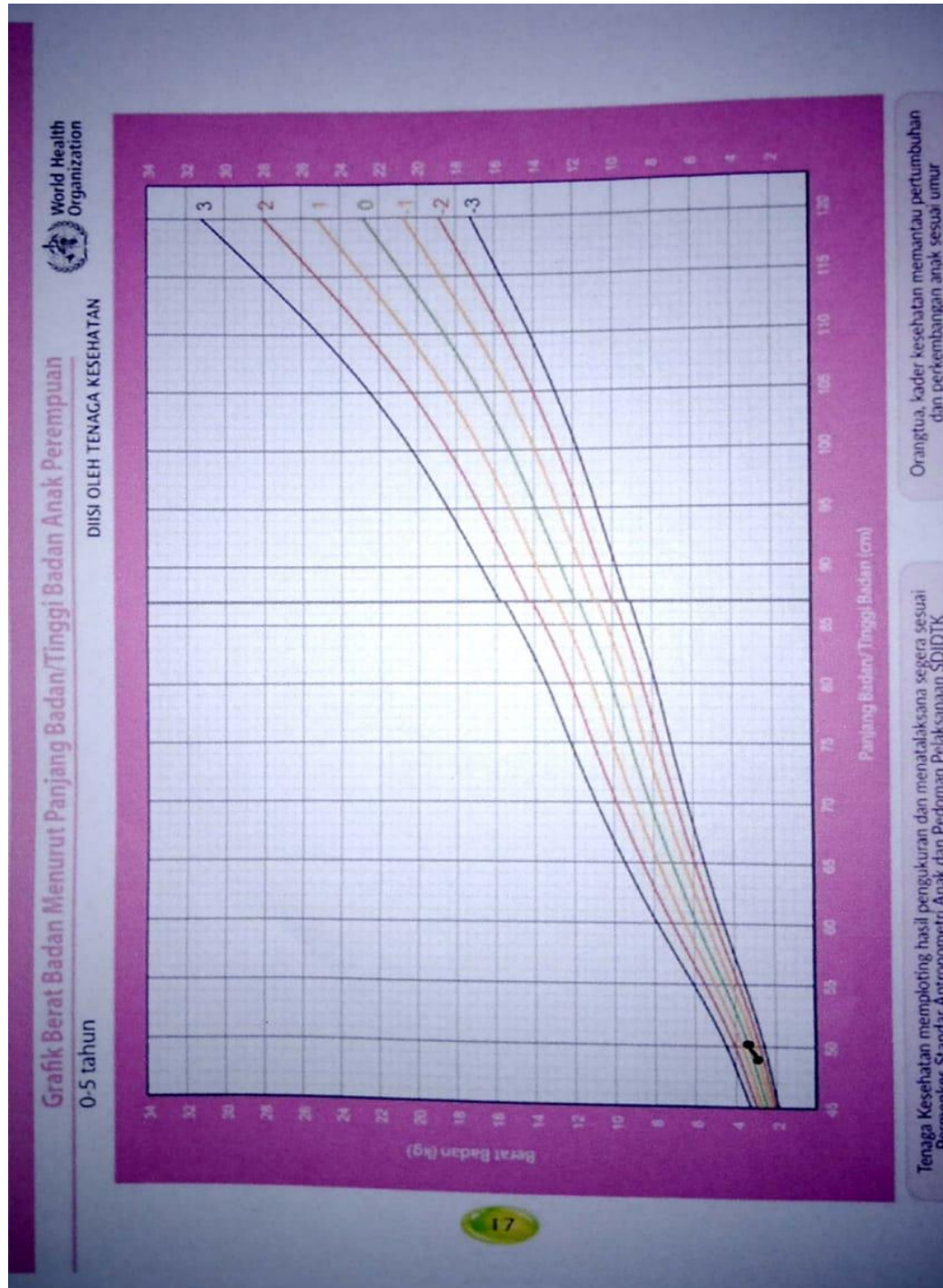
39. Pemberian ASI setelah jam pertama bayi lahir

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

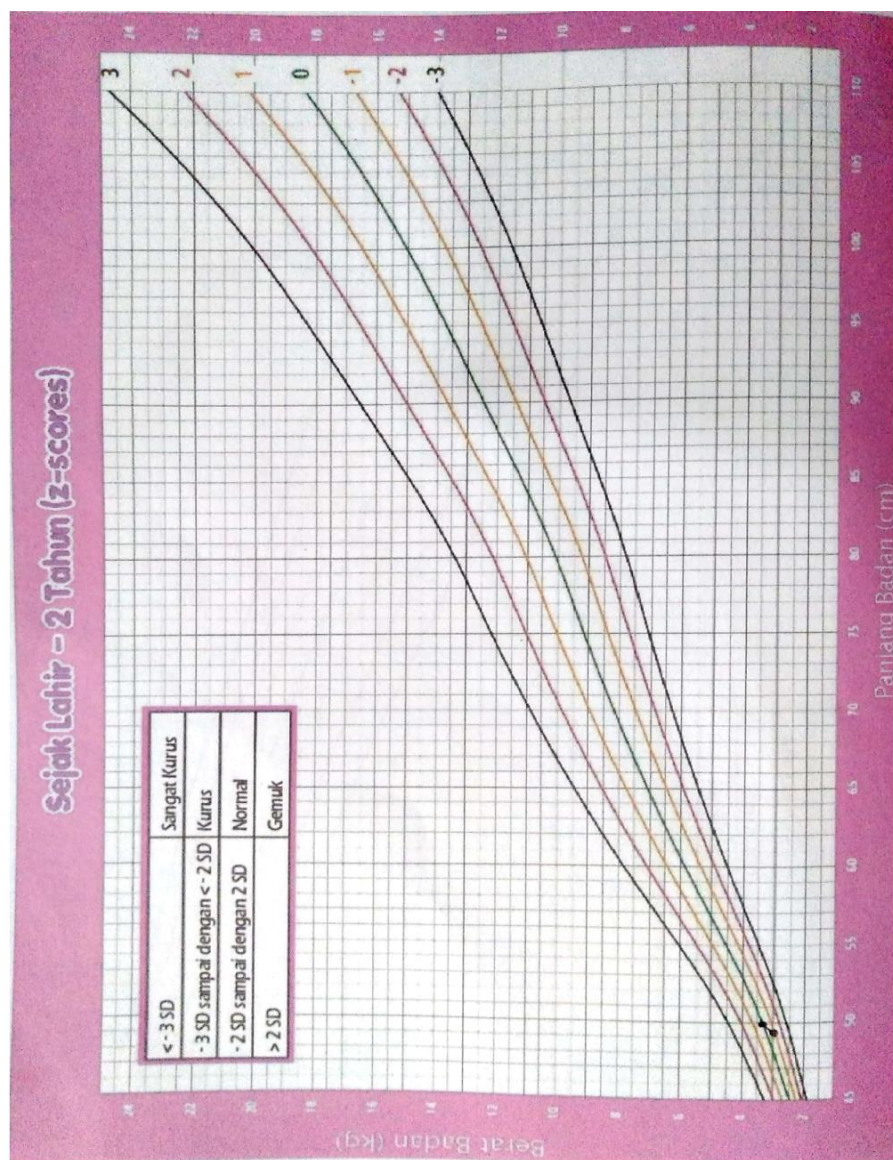
40. Masalah lainnya, sebutkan :

- Hasilnya :

Lampiran 11

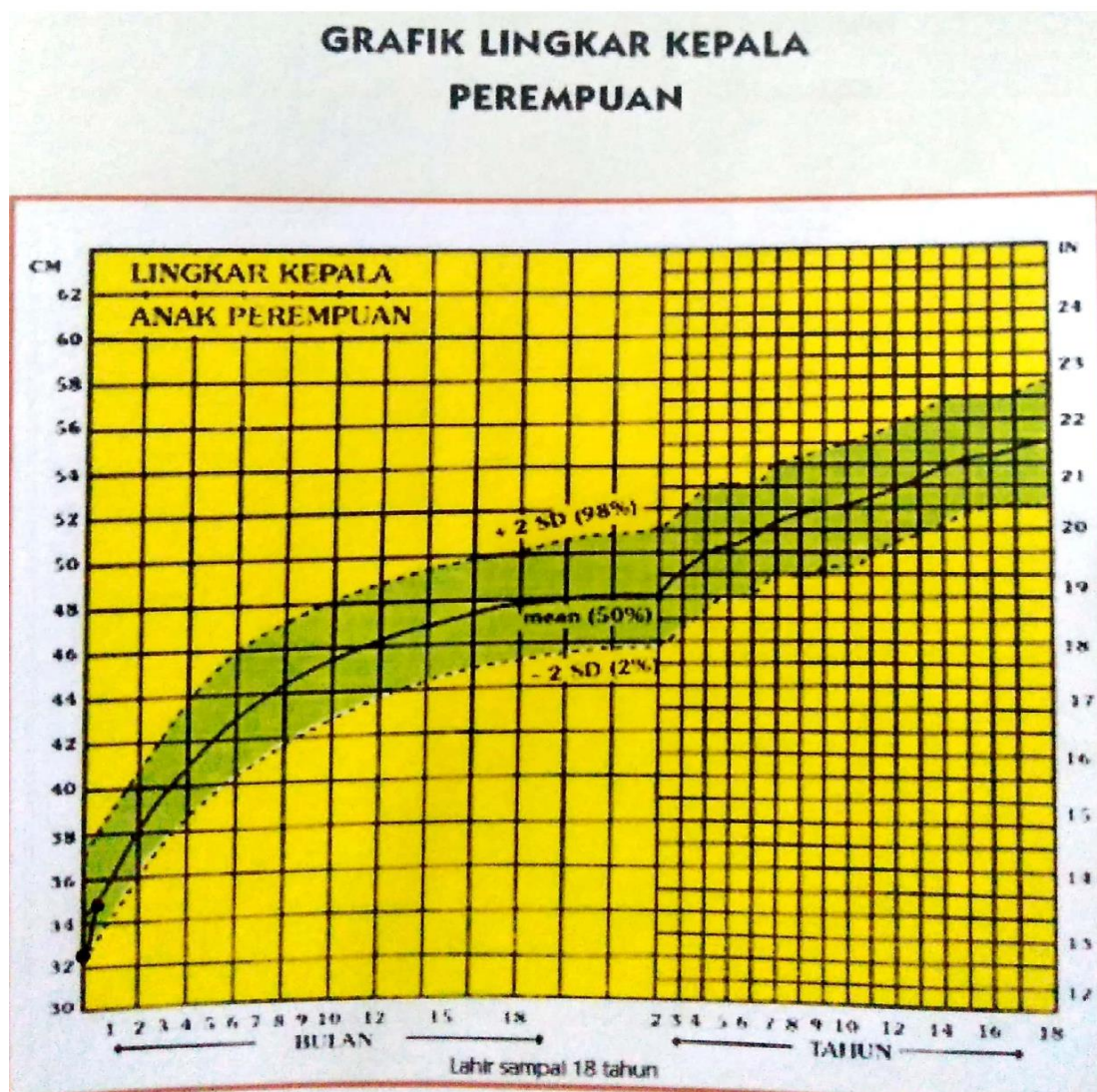


Lampiran 12



Dipindai dengan CamScanner

Lampiran 13



Lampiran 14

CATATAN IMUNISASI ANAK

UMUR (BULAN)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12+*
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi												
HB-0 (0-7 hari)	2-4-21												
BCG		20-5-21											
*Polio		20-5-21											
*DPT-HB-Hib 1													
*Polio 2													
*DPT-HB-Hib 2													
Polio 3													
*DPT-HB-Hib 3													
*Polio 4													
*IPV													
Campak													

UMUR (BULAN)	18	24
Vaksin	Tanggal Pemberian Imunisasi	
***DPT-HB-Hib Lanjutan		
***Campak Lanjutan		

Jadwal tepat pemberian imunisasi dasar lengkap

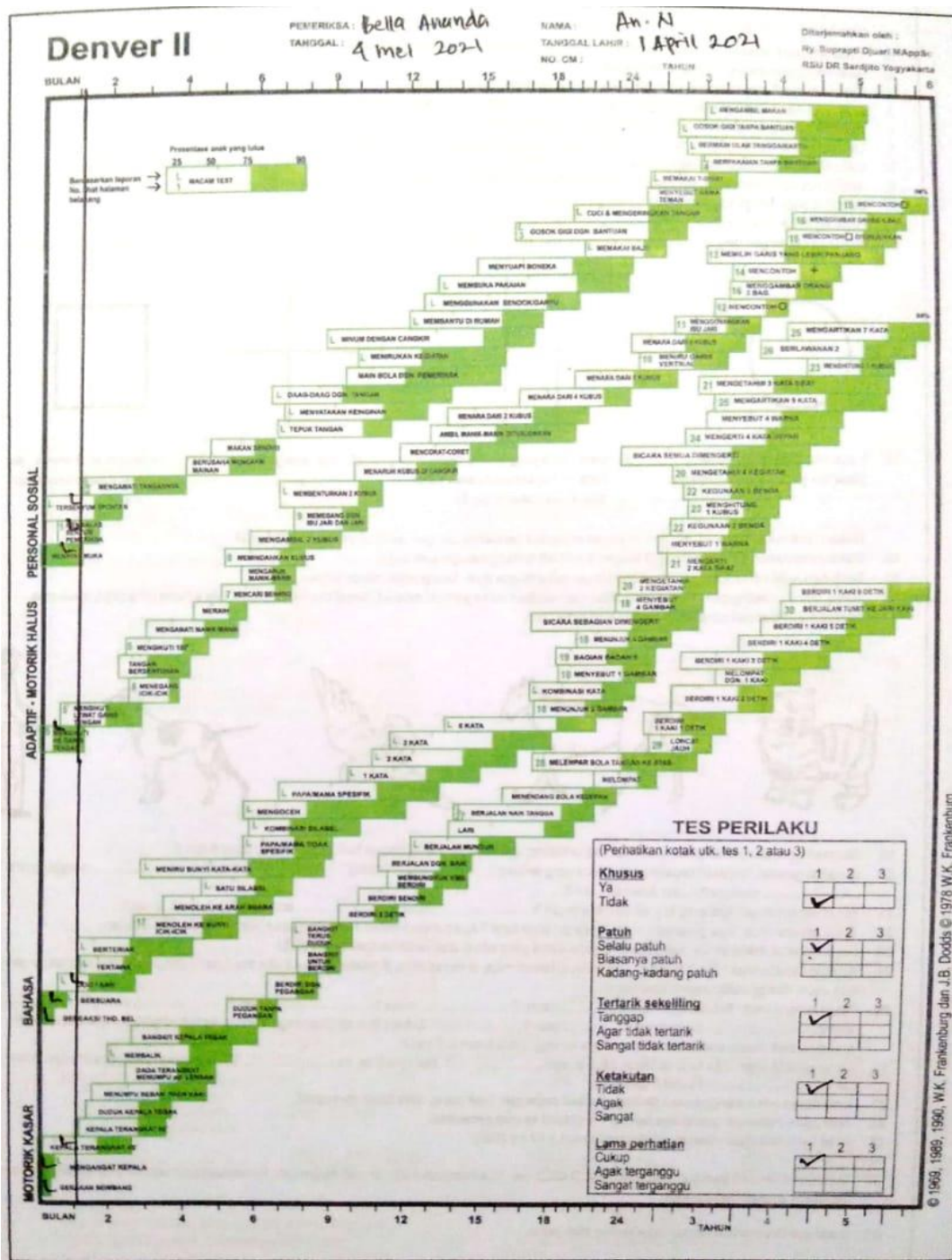
Waktu yang masih diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

Waktu Pemberian imunisasi bagi anak di atas 1 tahun yang belum lengkap

Waktu yang tidak diperbolehkan untuk pemberian imunisasi dasar lengkap

38

Lampiran 15

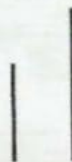


PETUNJUK PELAKSANAAN

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 menalikan sepatu, memasang benkruitsling 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 mencoba melihat kemana benang pergi. Benang dijatuhkan secepatnya dari pandangan tanpa pemeriksa bergerak.
7. Lulus bila anak mencoba melihat kubus dari satu tangan ke tangan lainnya tanpa bantuan dari tubuh, mulut atau meja.
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? meringk? Lulus 2 dari 5, 4 dari 5.
21. Tanya kepada anak: Apa yang kau lakukan bila dingin? capai? laper? 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 hays 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 $\pm 2\%$ 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 16

K/IV/KB/08

I. Tempat Pelayanan KB :
1. Nama :
2. No. Kode :

II. Nomor Seri Kartu :

--	--	--	--	--	--

KARTU STATUS PESERTA KB

III. Nama Peserta KB :
V. 1. Nama Suami/Istri : Wj. W / Th. S
VI. Umur Peserta KB : 32 th
VII. Alamat : Karangasupito

VI. Pendidikan Suami dan Istri :
1. Buta Huruf 4. Tamat SMP
2. Baca Latin 5. Tamat SMA
3. Tamat SD 6. Tamat PT

VIII. Pekerjaan Suami dan Istri :
1. Pegawai Negeri 4. Tamat SMP 7. Pekerja Lepas
2. TNI/Polri 5. Melayan 8. Lain-lain
3. Pegawai Swasta 6. Tidak Bekerja Pemilik Bangkai

IX. Jumlah anak hidup:

--	--	--	--

63

X. Umur anak terkecil:

--	--	--	--

60

XI. Status peserta KB 5
1. Baru pertama kali
2. Sudah bersalin/keguguran sebelumnya pernah pakai alat KB
3. Pindah tempat pelayanan, ganti cara
4. Pindah tempat pelayanan, cara sama
5. Tempat pelayanan tetap, ganti cara

XII. Cara KB terakhir: 1
1. IUD 2. MOP 3. MOW 4. Kondom
5. Implant 6. Suntikan 7. Pil

XIII. Sekarang untuk menentukan alat kontrasepsi yang dapat digunakan calon peserta KB
Petunjuk: Periksalah keadaan berikut ini dan hasilnya ditulis dengan angka atau tanda centang (✓) pada kotak yang tersedia

A. 1. Keadaan Umum: 1) Baik 2) Sedang 3) Kurang
2. Tekanan Darah: 120/80 mmHg
3. Hamil/Diduga hamil: 1) Ya 2) Tidak 2
4. Haid terakhir tanggal 15 06 20
5. Berat badan: 52 kg

6. Keadaan Peserta KB saat ini:
a. Sakit Kuning
b. Pendarahan pervaginam yang tidak diketahui penyebabnya
c. Tumor
- Payudara
- Rahim
- Indung telur
- Tertis
- Radang orchitis/epididimis
d. IMS/HIV/AIDS

7. Sebelum dilakukan pemasangan IUD atau MOW dilakukan pemeriksaan dalam:
a. Posisi Rahim: 1. Retrofleksi 2. Ante fleksi 2

b. Tanda-tanda radang
c. Tumor/keganasan ginekologi

8. Pemeriksaan tambahan (Khusus untuk calon MOP dan MOW)
a. Tanda-tanda diabetes
b. Kelainan pembekuan darah

B. 1. Alat kontrasepsi yang boleh digunakan: 1. IUD 2. MOW 3. MOP 4. Kondom 5. Implant 6. Suntikan 7. Pil
2. Konseling dengan menggunakan ABPK

XIV. Alat Kontrasepsi yang diberikan:
1. IUD 4. Kondom 7. Pil
2. MOW 5. Implant 8. Obat Vaginal
3. MOP 6. Suntikan

XV. Tanggal dipasang (**):

--	--	--	--	--	--

01 04 21

XVI. Tanggal dipesan kembali:

--	--	--	--	--	--

01 04 26

XVII. Tanggal dilepas (khusus Implant & IUD):

--	--	--	--	--	--

01 04 26

XVIII. Pemeriksaan: Berta Ardi

Keterangan:
*) Coret yang tidak perlu yang tidak boleh diberikan
**) Ditulis gratis untuk pelayanan tidak bayar

LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)
PELAYANAN KONTRASEPSI

Nomor Kode Tindakan

IDENTITAS TEMPAT PELAYANAN

Nama Faskes KB/RS/Praktik *):

Nomor Kode Faskes KB :

Nomor Klien / Nomor Seri Kartu :

Kode Keluarga Indonesia (KKI):

PERSETUJUAN KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. W

Umur : 32 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Alamat lengkap : Jalan RT RW Kel/Desa Karangpuito
Kecamatan Kendal Kabupaten/Kota Ngawi
Provinsi Jawa Timur Kode Pos 63261

Setelah mendapat penjelasan dan MENGETI SEPENUHNYA PERIHAL KONTRASEPSI YANG SAYA PILIH, maka saya selaku KLIEN SECARA SUKARELA MEMBERIKAN PERSETUJUAN UNTUK DILAKUKAN TINDAKAN MEDIK DAN ATAU PELAYANAN KONTRASEPSI SESUAI STANDAR PROFESI berupa :

☐ SUNTIKAN ☒ IUD ☐ IMPLAN ☐ MOW ☐ MOP **)

PERSETUJUAN SUAMI/ISTERI KLIEN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. S

Umur : 38 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki/Perempuan

Alamat lengkap : Jalan RT RW Kelurahan/Desa Karangpuito
Kecamatan Kendal Kabupaten/Kota Ngawi
Provinsi Jawa Timur Kode Pos 63261

Selaku SUAMI/ISTERI *) klien telah mendapat penjelasan, memahami dan ikut menyetujui terhadap tindakan medik dan atau pelayanan kontrasepsi tersebut.

Pernyataan ini kami buat dengan KESADARAN PENUH ATAS SEGALA RESIKO TINDAK MEDIK yang akan diberikan.

Magetan, 1 April 2021

Yang memberi pelayanan konseling
Dokter/Bidan/Perawat *)

(Bella Annisa)

Klien

([Signature])

Suami/Isteri Klien *)

([Signature])

Keterangan : *) coret yang tidak perlu
**) beri tanda ☒

Lampiran 17

[illegible]



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SURABAYA
JURUSAN KEBIDANAN
PRODI KEBIDANAN MAGETAN**



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode Pos 63318
Phone : 0351- 895216 Fax : 0351- 891565
Email: prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

Website : www.poltekkesdepkes-sby.ac.id
Email : admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id

KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : Bella Ananda Resta
NIM : P27824218022
Judul LTA : Ny. "W" G₃p₂₀₀₀₂ Masa Kehamilan Trimester III,
Persalinan, Nifas, Neonatus, dan Keluarga
Berencana Pascasalin Di PMB Ny. "S" Magetan
Pembimbing II : Triana Septianti P, S.SiT., M.Keb.

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1	17-12-2020	Pengarahan LTA	
2	28-12-2020	Konsultasi BAB 1	
3	04-01-2020	Konsultasi revisi BAB 1	
4	18-12-2020	Konsultasi revisi BAB 1	
5	25-01-2021	ACC BAB 1	
6	03-01-2021	Konsultasi BAB 2	
7	15-01-2021	Konsultasi BAB 2	
8	15-01-2021	ACC BAB 2	
9	16-03-2021	Kunjungan ANC I	
10	06-04-2021	Kunjungan nifas ke I	
11	08-04-2021	Kunjungan nifas ke II	
12	14-04-2021	Konsultasi LTA	
13	17-04-2021	Konsultasi revisi LTA dan ACC	

Mengetahui
Kaprod. Bid. Kebidanan Kampus Magetan



Koordinator Akademik

Tinuk Esti Handayani, SST., M.Kes
NIP. 19690317 198903 2 004



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SURABAYA
JURUSAN KEBIDANAN
PRODI KEBIDANAN MAGETAN**



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode Pos 63318
Phone : 0351- 895216 Fax : 0351- 891565
Email: prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

Website : www.poltekkesdepkes-sby.ac.id
Email : admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id

KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : Bella Ananda Resta
NIM : P27824218022
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "W" G₃p₂₀₀₀₂ Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan Nifas, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di PMB Ny. "S" Magetan
Pembimbing I : Sunarto, S.Kep.Ns., M.M.Kes.

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1	14-12-2020	Pengarahan LTA secara online	
2	23-12-2020	Konsultasi BAB 1	
3	25-12-2020	BAB 1 ACC	
4	28-12-2020	Pengarahan LTA ssecara langsung	
5	16-01-2021	Konsultasi BAB 2	
6	17-01-2021	Revisi BAB 2	
7	18-01-2021	Pengarahan Pengerjaan BAB 2	
8	30-01-2021	Konsultasi Revisi BAB 2	
9	30-01-2021	ACC BAB 2	
10	05-05-2021	Konsultasi BAB 3	
11	06-05-2021	Konsultasi Revisi BAB 3	
12	07-05-2021	ACC BAB 3	
13	17-05-2021	Konsultasi BAB 4 dan 5	
14	19-05-2021	ACC BAB 4 dan 5	



Koordinator Akademik

Tinuk Esti Handayani, SST., M.Kes
NIP. 19690317 198903 2 004



**KEMENTERIAN KESEHATAN RI
POLITEKNIK KESEHATAN KEMENKES SURABAYA
JURUSAN KEBIDANAN
PRODI KEBIDANAN MAGETAN**



Jend. S. Parman No. 1 Magetan Kode Pos 63318
Phone : 0351- 895216 Fax : 0351- 891565
Email: prodikebidananmagetan@yahoo.co.id

Website : www.poltekkesdepkes-sby.ac.id
Email : admin@poltekkesdepkes-sby.ac.id

KARTU BIMBINGAN LTA

Nama Mahasiswa : Bella Ananda Resta
NIM : P27824218022
Judul LTA : Asuhan Kebidanan Pada Ny. "W" G₃P₂₀₀₀₂ Masa Kehamilan Trimester III, Persalinan Nifas, Neonatus, Dan Keluarga Berencana Di PMB Ny. "S" Magetan
Penguji : Teta Puji Rahayu, SST., M.Keb

No.	Tanggal	Uraian Kegiatan Bimbingan	Paraf
1	12-03-2021	Konsultasi Revisi Proposal	
2	12-03-2021	ACC Revisi	
3	27-05-2021	Konsultasi Revisi LTA	
4	28-05-2021	Konsultasi Revisi LTA dan ACC	

Mengetahui
Kepala Prodi Kebidanan Kampus Magetan

Teta Puji Rahayu, SST., M.Keb
NIP. 19860722 200501 2 009

Koordinator Akademik

Tinuk Esti Handayani, SST., M.Kes
NIP. 19690317 198903 2 004